



P.I.A.O.

PIANO INTEGRATO ATTIVITA' ORGANIZZAZIONE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA

ASM

TRIENNIO 2025-2027

ANNO 2025

**(Decreto Legge 9 giugno 2021, n.80,
convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113
e Decreto del Presidente della Repubblica 24 giugno 2022, n. 81)**

Sommario

1. SEZIONE I - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	5
1.1 Dati identificativi dell'Azienda	5
1.2 Cosa facciamo	6
1.3 Analisi del contesto	7
1.3.1 Il contesto territoriale	7
1.3.2 Il contesto demografico	8
1.3.3 La ASM e il contesto di riferimento	19
1.4 Le risorse economico - finanziarie	20
1.5. COME OPERIAMO	23
1.5.1 Gli organi	23
1.5.2 Gli strumenti operativi aziendali	23
1.5.3 Il Sistema dell'offerta assistenziale	24
2. SEZIONE II – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	43
2.1 IL VALORE PUBBLICO	43
2.1.1 L'accessibilità digitale	44
2.1.2 L'accessibilità fisica	46
2.1.3 Le procedure da reingegnerizzare e semplificazione	47
2.1.4 Obiettivi di benessere equo e sostenibile	50
2.1.5 Obiettivi di efficientamento energetico	51
2.1.6. Monitoraggio e Attuazione azioni anno 2024	57
2.2 LA PERFORMANCE	57
2.2.1 Introduzione	57
2.2.2 Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance	57
2.2.3 La Performance Organizzativa	58
2.2.4. La Performance individuale	62
2.2.5 Gli indirizzi strategici	64
2.2.6 Obiettivi strategici per il triennio 2025 - 2027	87
2.2.7 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi	103
2.2.8 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione della sottosezione della Performance	104
2.2.9 Azioni di miglioramento del ciclo della performance	105
2.2.10 Sistemi di benchmarking	106
2.3. RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	108
2.3.1 Introduzione	108
2.3.2. La sottosezione del PIAO "rischi corruttivi e trasparenza"	108
2.3.3. Finalità generali del piano e obiettivi strategici 2025/2027	109
2.3.4. Coerenza con Piano Performance	112
2.3.5. Processo di redazione della sottosezione prevenzione corruzione e trasparenza del PIAO	112
2.3.6. Soggetti, ruoli e responsabilità nella strategia di prevenzione e trasparenza a livello decentrato	113
2.3.7. Fasi del processo di gestione del rischio	120
2.3.8. Analisi del contesto	121
2.3.9. Valutazione del rischio	122
2.3.10 La gestione del rischio	126
2.3.11. Trattamento del rischio	133
2.3.12. Identificazione delle misure	133
2.3.13 Misure di prevenzione della corruzione	135
2.3.14 Monitoraggio della sottosezione relativa alla prevenzione della corruzione e trasparenza del PIAO e verifica dell'efficacia delle misure	136
2.3.15 Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile	136
2.3.16 Misure ulteriori per la prevenzione della corruzione	137
2.3.17 Attuazione della sottosezione anticorruzione e trasparenza del P.I.A.O. nel 2024	137
2.3.18 Programmazione dell'attuazione della trasparenza	142
2.3.18.1 Premessa	142
2.3.18.2 Finalità generali del Piano e Obiettivi strategici 2025-2027	143
2.3.18.3 Soggetti coinvolti	144
2.3.18.4 Flussi informativi – Amministrazione Trasparente	145
2.3.18.5 Trasparenza e Contratti Pubblici	145
2.3.18.6 Accesso Civico	146

2.3.18.7 Monitoraggio	146
2.3.18.8 Stato di Attuazione	147
2.3.18.9 Trasparenza e Privacy	148
2.4 PIANO DI AZIONI POSITIVE 2025-2027	149
2.4.1. Obiettivi specifici ed azioni positive	150
2.4.2. Monitoraggio azioni 2023	154
3. SEZIONE III – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	154
3.1. CONTESTO DI RIFERIMENTO E ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA.....	155
3.1.1 Le risorse umane	155
3.1.2 L'assetto organizzativo	157
3.1.3 Organigramma aziendale attuale vigente fino a nuovo atto aziendale	159
3.2 LA PROGRAMMAZIONE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE PER IL TRIENNO 2025-2027 (PTFP 2025-2027).....	163
3.2.1 Metodologia di lavoro	163
3.2.2 Il tetto di spesa	164
3.2.3 Il fabbisogno di personale 2025-2027	164
3.2.4 Stabilizzazione Covid	172
3.2.5 Piano della Formazione	172
3.2.5.1 Attività Ecm	173
3.2.5.2 Eventi formativi realizzati nel 2024	174
3.2.5.3 Pianificazione attività formativa	187
3.2.5.4 Strumenti e Metodologie	194
3.2.5.4 Formazione Obbligatoria	194
3.2.5.6 La Valutazione	195
3.3 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	195
3.3.1. Premessa	195
3.3.2. Il lavoro agile	196
3.3.3. Accesso al lavoro agile – Condizionalità	196
3.3.4. Articolazione della prestazione lavorativa in modalità agile	196
3.3.5. Diritto alla disconnessione	197
3.3.6. Dotazione tecnologica	197
3.3.7. Obiettivi - contributi al miglioramento delle performance, in termini di efficienza e di efficacia	197
3.3.8. Sicurezza sul lavoro	198
3.3.9. Riservatezza dei dati trattati dal lavoratore agile	198
3.3.10. Livello di attuazione del lavoro agile	198
3.3.11. Circolare “Attivazione lavoro agile”	199
4. SEZIONE IV. MONITORAGGIO	199

PREMESSA

Il Decreto Legge n. 80 del 9 giugno 2021, convertito nella Legge n. 113 del 6 agosto 2021 ha previsto per le Pubbliche Amministrazioni di cui all'art. 1, co.2 del d.lgs.165/2001 l'adozione, entro il 31 gennaio di ogni anno, del Piano Integrato di attività e organizzazione – PIAO.

Il PIAO ha durata triennale con aggiornamento annuale e risponde all'esigenza di realizzare una visione integrata e unitaria dei diversi ambiti di programmazione, al fine di assicurare la qualità e la trasparenza dei risultati dell'attività amministrativa, nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, con l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del D.Lgs. 150/2009 e della Legge 190/2012.

L'iter procedurale di adozione del PIAO è disciplinato dal suddetto D.L. 80/2021, convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113.

Successivamente, il Decreto Legge n. 36 del 30 aprile 2022 "Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)" (cosiddetto Decreto PNRR 2), convertito con modificazione dalla Legge n. 79 del 29 giugno 2022, ha ulteriormente modificato l'articolo 6 del Decreto Legge n. 80/2021, convertito con modificazioni dalla Legge n. 113/2021, per il tramite dell'art. 7, comma 1, lettera a), numeri 1 e 2, innovando l'art. 6 del Decreto Reclutamento, con l'introduzione del comma 7 bis, secondo cui "le Regioni, per quanto riguarda le Aziende e gli Enti del Servizio sanitario nazionale, adeguano i rispettivi ordinamenti ai principi di cui al presente articolo e ai contenuti del Piano tipo definiti con il decreto di cui al comma 6".

Il Decreto Legge n. 36 del 30 aprile 2022 è stato convertito con la Legge n. 79 del 29 giugno 2022 ad oggetto "Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto – Legge 30 aprile 2022, n. 36, recante ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)", vigente al 30/06/2022, che, all'art. 7, di fatto ha confermato quanto disposto dal su menzionato art. 7, comma 1, lettera a, sub 1 del D.L. n. 36/2022.

Infine, sulla Gazzetta Ufficiale n. 151 del 30 aprile 2022 è stato pubblicato il Decreto del Presidente della Repubblica 24 giugno 2022, n. 81, vigente al 15 luglio 2022, che ha previsto l'individuazione e la soppressione degli adempimenti di programmazione relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), in attuazione di quanto previsto dall'art. 6, comma 5, d.l. 80/2021, convertito con modificazioni, dalla legge 113/2021, di cui alle disposizioni di seguito riportate:

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

Ai sensi del suddetto DPR n. 81 del 24 giugno 2022, inoltre, le amministrazioni tenute alla redazione del PIAO, devono, nella predisposizione dello stesso, uniformarsi al Piano tipo definito con Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, quale strumento di supporto alle amministrazioni in cui sono definite modalità semplificate per l'adozione del PIAO.

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

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

Coerentemente allo schema definito nel Piano Tipo di cui al già richiamato Decreto Interministeriale, il PIAO dell'ASM relativo all'anno di approvazione, risulta così articolato:

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

1. SEZIONE I - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

1.1 Dati identificativi dell'Azienda

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

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

L'albo dell'Azienda per la pubblicazione degli atti e degli avvisi è ubicato nel sito dove è fissata la sede legale. Il Patrimonio dell'Azienda Sanitaria Locale ASM è quello risultante dallo stato patrimoniale allegato al Bilancio di esercizio e, comunque, ai sensi della L.R. 12/2008, a decorrere dal 1° gennaio 2009, l'Azienda è subentrata nella titolarità dei beni patrimoniali e nei rapporti di lavoro e contrattuali in essere a decorrere dalla data della loro entrata in funzione. Il patrimonio, pertanto, è costituito da tutti i beni mobili ed

immobili preesistenti al 1° gennaio 2009 nelle due Aziende confluite (ex ASL n. 4 di Matera e ex ASL n. 5 di Montalbano Jonico) e da tutti i beni a qualunque titolo acquisiti nell'esercizio delle proprie attività, ovvero a seguito di atti di liberalità.

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

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

Il logo aziendale è quello di seguito raffigurato:



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



1.2 Cosa facciamo

Missione

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3 Analisi del contesto

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

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

1.3.1 Il contesto territoriale

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

Il territorio della provincia di Matera, per il 5% montuoso, il 72% collinare e il 23% pianeggiante, può essere suddiviso in quattro zone, delimitate da linee di spartiacque, o da dorsali più o meno significative e da quelli elementi storico-geografici che ne definiscono e ne rappresentano lo spazio fisico attraverso ambiti omogenei.

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

a) Area di Matera

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

b) Area del Metapontino

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

c) Area del Medio Basento e della Collina Materana

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

d) Area del Materano

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

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

Un elemento fortemente caratterizzante la struttura territoriale della provincia di Matera è costituito da un indice molto basso della densità della popolazione, vale a dire il numero di abitanti per chilometro quadrato, che si attesta su un valore inferiore a 55 a fronte di una media nazionale pari a circa 200, collocando la suddetta area tra le province meno densamente popolate d'Italia. La bassa densità della popolazione costituisce di fatto un fattore che condiziona notevolmente le dinamiche sanitarie sia con riferimento alla domanda assistenziale sia, soprattutto, con riferimento alla offerta che l'Azienda deve assicurare all'utenza di riferimento. Tale struttura del territorio, infatti, comporta una "dispersione" della popolazione che in alcuni casi diventa vero e proprio "isolamento", per l'effetto congiunto delle criticità, sia funzionali che strutturali, che caratterizzano il sistema viario locale ed in particolare la rete stradale e più in generale quella dei trasporti.

A tal proposito si sottolinea come il livello di infrastrutturazione del territorio, stradale e ferroviario, è tuttora quantitativamente e qualitativamente non adeguato a garantire gli standard di prestazione necessari al consolidamento e allo sviluppo della qualità della vita, con particolare riferimento al soddisfacimento del fabbisogno assistenziale.

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

1.3.2 Il contesto demografico

Previsioni sull'andamento della popolazione regionale (fonte ISTAT)

Le previsioni demografiche di seguito illustrate anche se riferite all'ambito regionale, ben rappresentano le dinamiche demografiche della provincia di Matera e vogliono illustrare l'andamento futuro della popolazione regionale, sia in termini di numerosità totale sia in termini di struttura per età e sesso. Tali proiezioni sono uno strumento importante a supporto delle decisioni e delle politiche e obiettivi attinenti alla salute dei cittadini. Come si evince dalle tabelle seguenti viene confermato il trend di riduzione della popolazione residente nella Regione Basilicata.

Previsioni della popolazione

Previsioni regionali della popolazione residente Popolazione inizio anno - Anni 2025/2030 - Regione: Basilicata

Anno	Limite inferiore intervallo di confidenza al 90% (5° percentile)	Limite inferiore intervallo di confidenza all'80% (10° percentile)	Limite inferiore intervallo di confidenza al 50% (25° percentile)	Scenario mediano	Limite superiore intervallo di confidenza al 50% (75° percentile)	Limite superiore intervallo di confidenza all'80% (90° percentile)	Limite superiore intervallo di confidenza al 90% (95° percentile)
2025	530.696	530.787	530.932	531.088	531.244	531.388	531.492
2026	526.972	527.137	527.377	527.651	527.915	528.165	528.343
2027	523.081	523.339	523.698	524.103	524.504	524.874	525.141
2028	519.016	519.368	519.866	520.424	520.978	521.488	521.851
2029	514.804	515.268	515.901	516.641	517.365	518.028	518.498
2030	510.452	511.032	511.826	512.754	513.649	514.481	515.076

Anche gli indicatori di natalità, di vecchiaia e l'età media della popolazione evidenziano un aumento della popolazione anziana, confermati dalle tabelle per struttura per età della popolazione, che mostrano un trend costantemente crescente della popolazione anziana e decrescente della popolazione giovane.

Previsioni della popolazione

Previsioni regionali della popolazione residente Tasso di natalità - Anni 2025/2030 - Regione: Basilicata

Anno	Limite inferiore intervallo di confidenza al 90% (5° percentile)	Limite inferiore intervallo di confidenza all'80% (10° percentile)	Limite inferiore intervallo di confidenza al 50% (25° percentile)	Scenario mediano	Limite superiore intervallo di confidenza al 50% (75° percentile)	Limite superiore intervallo di confidenza all'80% (90° percentile)	Limite superiore intervallo di confidenza al 90% (95° percentile)
2025	5,6	5,6	5,7	5,8	5,9	5,9	6,0
2026	5,6	5,6	5,7	5,8	5,9	6,0	6,0
2027	5,5	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	6,0
2028	5,4	5,4	5,6	5,7	5,8	5,9	6,0
2029	5,3	5,4	5,5	5,6	5,8	5,9	6,0
2030	5,2	5,3	5,4	5,6	5,7	5,9	5,9

Previsioni della popolazione

Previsioni regionali della popolazione residente Indice di vecchiaia (%) - Anni 2025/2030 - Regione: Basilicata

Anno	Limite inferiore intervallo di confidenza al 90% (5° percentile)	Limite inferiore intervallo di confidenza all'80% (10° percentile)	Limite inferiore intervallo di confidenza al 50% (25° percentile)	Scenario mediano	Limite superiore intervallo di confidenza al 50% (75° percentile)	Limite superiore intervallo di confidenza all'80% (90° percentile)	Limite superiore intervallo di confidenza al 90% (95° percentile)
2025	237	237	238	238	238	238	239
2026	246	246	247	247	248	248	248
2027	255	255	256	256	257	258	258
2028	264	265	266	267	268	269	270
2029	272	273	274	276	278	279	280
2030	282	283	285	287	289	291	292

Previsioni della popolazione

Previsioni regionali della popolazione residente Età media della popolazione - Anni 2025/2030 - Regione: Basilicata

Anno	Limite inferiore intervallo di confidenza al 90% (5° percentile)	Limite inferiore intervallo di confidenza all'80% (10° percentile)	Limite inferiore intervallo di confidenza al 50% (25° percentile)	Scenario mediano	Limite superiore intervallo di confidenza al 50% (75° percentile)	Limite superiore intervallo di confidenza all'80% (90° percentile)	Limite superiore intervallo di confidenza al 90% (95° percentile)
2025	47,6	47,6	47,6	47,6	47,6	47,6	47,6
2026	47,8	47,8	47,8	47,9	47,9	47,9	47,9
2027	48,1	48,1	48,1	48,1	48,1	48,2	48,2
2028	48,3	48,3	48,4	48,4	48,4	48,4	48,5
2029	48,6	48,6	48,6	48,7	48,7	48,7	48,8
2030	48,8	48,8	48,9	48,9	49,0	49,0	49,1

La tabella successiva esplicita l'indice di dipendenza strutturale che rappresenta il rapporto tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100 e fornisce indirettamente una misura della sostenibilità della struttura di una popolazione.

Il denominatore rappresenta la fascia di popolazione che dovrebbe provvedere al sostentamento della fascia indicata al numeratore.

Tale rapporto esprime il carico sociale ed economico teorico della popolazione in età attiva: valori superiori al 50 per cento indicano una situazione di squilibrio generazionale. Per la Regione le previsioni sono di un netto peggioramento per i prossimi 5 anni.

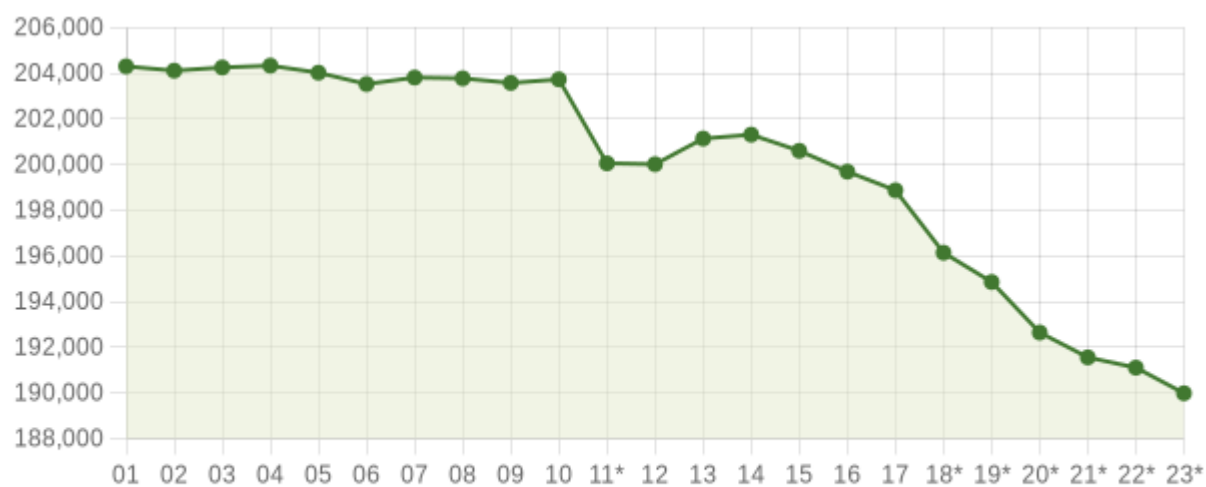
Previsioni della popolazione

Previsioni regionali della popolazione residente Indice di dipendenza strutturale (%) - Anni 2025/2030 - Regione: Basilicata

Anno	Limite inferiore intervallo di confidenza al 90% (5° percentile)	Limite inferiore intervallo di confidenza all'80% (10° percentile)	Limite inferiore intervallo di confidenza al 50% (25° percentile)	Scenario mediano	Limite superiore intervallo di confidenza al 50% (75° percentile)	Limite superiore intervallo di confidenza all'80% (90° percentile)	Limite superiore intervallo di confidenza al 90% (95° percentile)
2025	58	58	58	58	58	58	58
2026	59	59	59	59	59	59	59
2027	60	60	60	60	60	60	60
2028	61	61	61	61	61	61	61
2029	62	62	62	63	63	63	63
2030	64	64	64	64	64	65	65

Quadro demografico Provincia di Matera

Negli ultimi 20 anni il quadro demografico della provincia di Matera, 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 2024 (dato al 1° Gennaio 2024), in cui il numero dei residenti è pari a 190.128, con una riduzione di quasi 14.000 unità. Il Bilancio Demografico mensile dell'ISTAT, aggiornato al 31 Ottobre 2024 riporta una popolazione residente della provincia di Matera pari a 189.303 unità.



Andamento della popolazione residente

PROVINCIA DI MATERA - Dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT
 (*) post-censimento

I dati della tabella sottostante si riferiscono alla data del 31/10/2024, ultimo dato disponibile dell'ISTAT. La popolazione residente della provincia di Matera è di 189.303 così suddivisa per Comune:

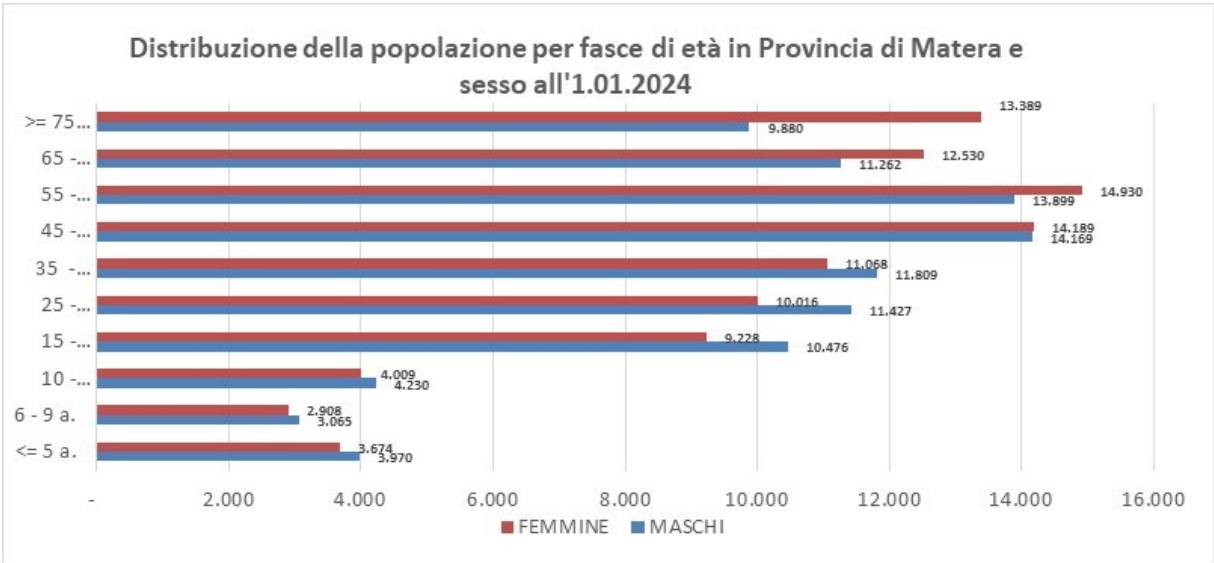
	Comune	Popolazione al 31.12.2023	Popolazione al 31.10.2024	Superficie kmq	Densità Abitanti per kmq	Altezza m.s.l.m
1.	Matera	59.620	59.589	392,08	151,98	401
2.	Policoro	17.789	17.743	67,66	262,24	25
3.	Pisticci	16.911	16.769	233,67	71,76	364
4.	Bernalda	11.921	11.907	126,2	94,35	126
5.	Montescaglioso	9.240	9.210	175,8	52,39	352
6.	Ferrandina	7.921	7.918	218,11	36,30	497
7.	Scanzano Jonico	7.519	7.505	72,18	103,98	21
9.	Nova Siri	6.805	6.865	52,75	130,14	355
8.	Montalbano Jonico	6.596	6.550	136	48,16	288
11.	Tursi	4.750	4.719	159,93	29,51	210
10.	Tricarico	4.703	4.680	178,16	26,27	698
12.	Grassano	4.651	4.583	41,63	110,09	576
13.	Irsina	4.473	4.366	263,45	16,57	548
14.	Pomarico	3.762	3.726	129,67	28,73	454
15.	Stigliano	3.513	3.456	211,14	16,37	909
16.	Salandra	2.483	2.458	77,44	31,74	552
17.	Rotondella	2.408	2.368	76,72	30,87	576
18.	Miglianico	2.355	2.358	88,84	26,54	461
19.	Grottole	1.983	1.950	117,15	16,65	482
20.	Accettura	1.593	1.576	90,37	17,44	770
21.	Valsinni	1.318	1.307	32,22	40,56	250
22.	San Mauro Forte	1.224	1.203	87,06	13,82	540
24.	Colobraro	1.050	1.041	66,61	15,63	630
23.	San Giorgio Lucano	1.013	1.000	39,26	25,47	416
25.	Garaguso	947	916	38,61	23,72	492
26.	Aliano	862	843	98,41	8,57	555
27.	Gorgoglione	850	839	34,93	24,02	800
28.	Calciano	655	650	49,69	13,08	420
29.	Craco	592	588	77,04	7,63	391
30.	Oliveto Lucano	346	349	31,18	11,19	546
31.	Cirigliano	275	271	14,9	18,19	656

Dall'analisi dei dati, aggiornati al 31/10/2024 (fonte Istat), emerge che:

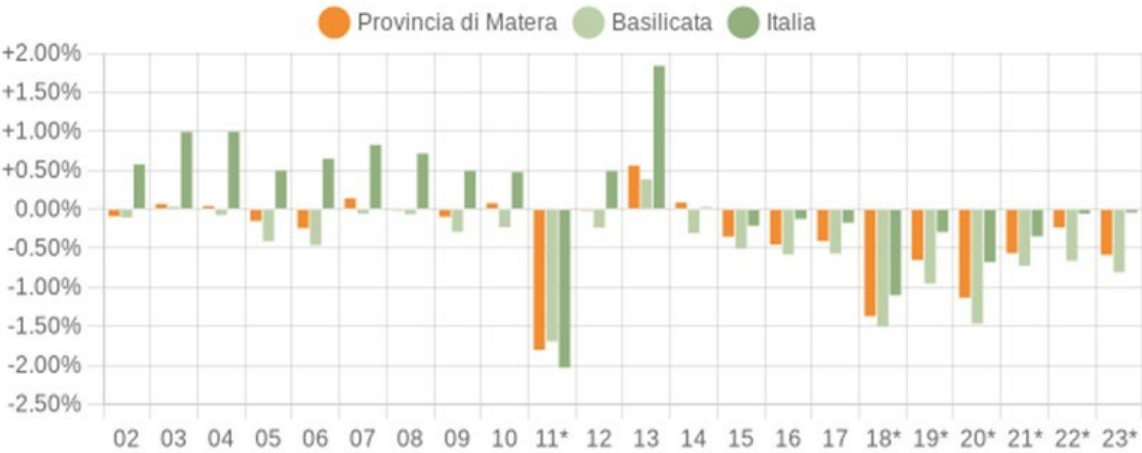
- il Comune più popoloso, dopo il Capoluogo di Provincia, è Policoro con 17.743 abitanti, mentre il Comune con il minor numero di abitanti è Cirigliano con 271 abitanti
- il Comune con la maggiore densità di popolazione è Policoro con 262 ab/ kmq, mentre quello con la densità più bassa è Craco con 7,63 abitanti per kmq
- il Comune con la superficie più estesa è Matera con 392 kmq, mentre quello con la superficie meno estesa è Cirigliano con 14,9 kmq;
- il Comune più alto è Stigliano con un'altezza di 909 metri sul livello del mare, mentre il più basso è Scanzano Jonico con un'altezza di 21 metri sul livello del mare.

Nella Tabella e nel Grafico sottostanti sono riportati i residenti della provincia di Matera suddivisi per sesso e per classi di età alla data del 1° Gennaio 2024:

ETA'	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	%
<= 5 a.	3.970	3.674	7.644	4,02%
6 - 9 a.	3.065	2.908	5.973	3,14%
10 -14 a	4.230	4.009	8.239	4,33%
15 - 24 a.	10.476	9.228	19.704	10,36%
25 - 34 a.	11.427	10.016	21.443	11,28%
35 - 44 a	11.809	11.068	22.877	12,03%
45 - 54 a.	14.169	14.189	28.358	14,92%
55 - 65 a	13.899	14.930	28.829	15,16%
65 - 74 a.	11.262	12.530	23.792	12,51%
>= 75 a.	9.880	13.389	23.269	12,24%
TOTALE	94.187	95.941	190.128	100,00%



Nel grafico sottostante si riportano le variazioni percentuali della popolazione degli ultimi 20 anni dei residenti della Provincia di Matera, della Basilicata e dell'Italia



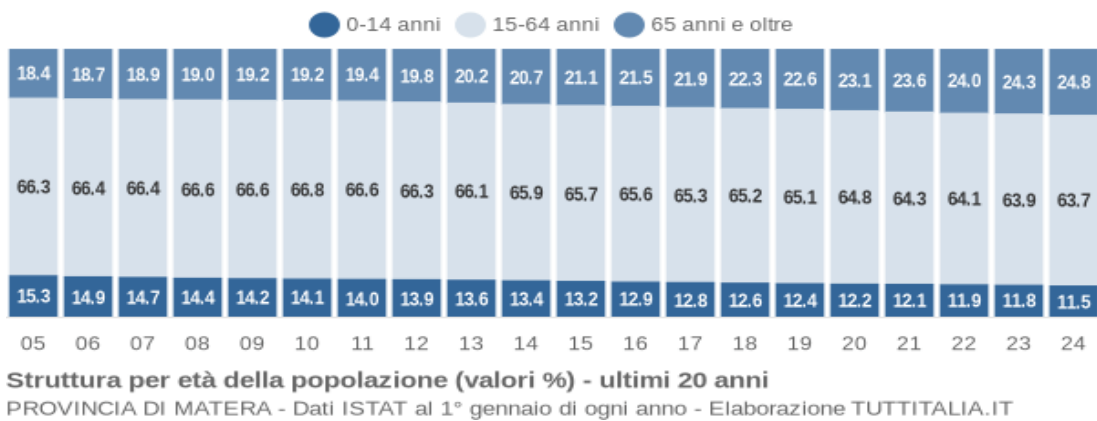
Variazione percentuale della popolazione
 PROVINCIA DI MATERA - Dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT
 (*) post-censimento

La progressiva riduzione della popolazione residente è l’effetto delle dinamiche inerenti sia al saldo naturale di crescita della popolazione, sia a quello migratorio.

In base alle diverse proporzioni fra tali fasce di età, la struttura di una popolazione viene definita di tipo *progressiva*, *stazionaria* o *regressiva* a seconda che la popolazione giovane sia maggiore, equivalente o minore di quella anziana.

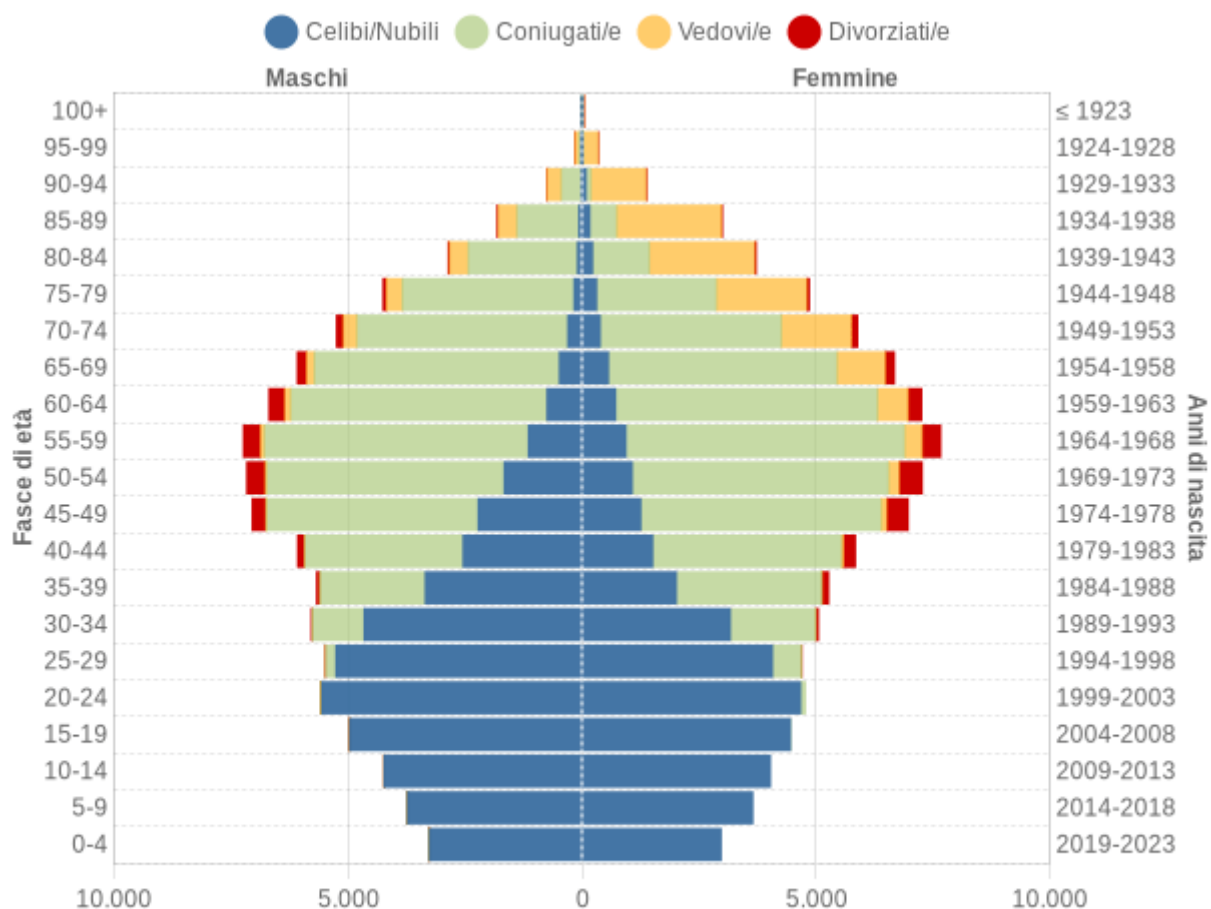
Lo studio di tali rapporti è importante per valutare alcuni impatti sul sistema sociale, ad esempio sul sistema lavorativo o su quello sanitario.

Il grafico successivo “struttura per età della popolazione” considera tre fasce di età: **giovani** 0-14 anni, **adulti** 15-64 anni e **anziani** 65 anni ed oltre. Come si evince dalla rappresentazione grafica, la popolazione della provincia di Matera ha una struttura regressiva, caratterizzata dalla prevalenza della popolazione anziana rispetto a quella giovane, con un trend costantemente crescente della prima e decrescente della seconda. Al 01/01/2005 la percentuale di anziani era pari al 18,4% del totale della popolazione a fronte di una percentuale di giovani pari al 15,3%, al 01/01/2024 la percentuale degli anziani è aumentata al 24,8% mentre quella dei giovani è scesa al 11,5% del totale della popolazione.



Il grafico in basso, detto Piramide delle Età, rappresenta la distribuzione della popolazione residente in Provincia di Matera per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2024. I dati tengono conto dei risultati del Censimento permanente della popolazione.

La popolazione è riportata per classi quinquennali di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra). I diversi colori evidenziano la distribuzione della popolazione per stato civile: celibi e nubili, coniugati, vedovi e divorziati.



Popolazione per età, sesso e stato civile - 2024
 PROVINCIA DI MATERA - Dati ISTAT 1° gennaio 2024 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

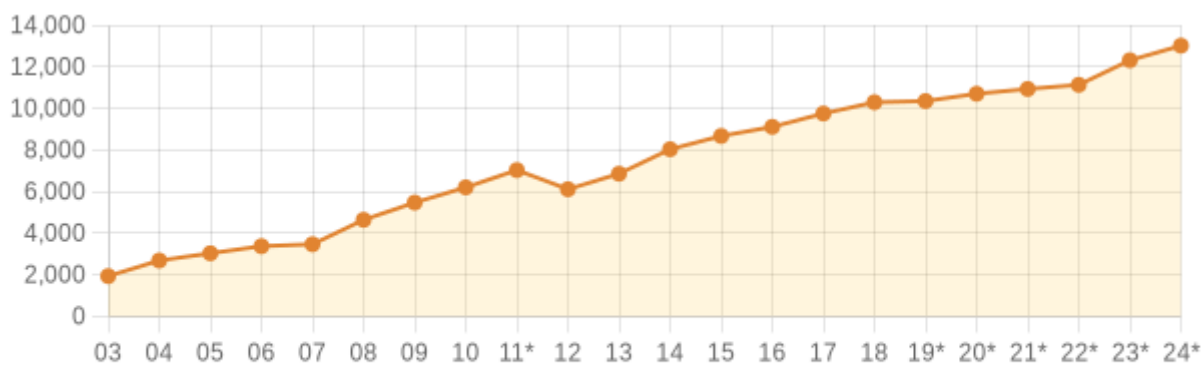
Indici demografici Provincia di Matera

Anno	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza strutturale	Indice di ricambio della popolazione attiva	Indice di struttura della popolazione attiva	Indice di carico di figli per donna feconda	Indice di natalità(x 1.000 ab.)	Indice di mortalità(x 1.000 ab.)
	1° gen	1° gen	1° gen	1° gen	1° gen	gen-dic	gen-dic
2002	107,6	49,9	84,0	82,7	19,4	9,6	8,3
2003	112,4	50,3	82,5	84,4	19,3	9,6	8,9
2004	115,8	50,4	80,7	86,0	19,4	9,5	8,2
2005	120,1	50,8	78,4	88,3	19,5	8,7	8,8
2006	124,9	50,6	75,9	91,0	19,0	8,7	8,9
2007	128,6	50,6	79,6	93,7	18,9	8,6	8,7
2008	132,4	50,2	85,9	96,8	18,6	8,8	8,5
2009	135,2	50,2	95,4	100,1	18,5	8,1	8,7
2010	136,3	49,8	103,8	103,0	18,0	8,2	8,4
2011	139,3	50,1	113,8	106,4	18,2	8,1	9,2
2012	143,1	50,8	117,8	109,0	18,1	7,9	9,7
2013	148,2	51,2	120,6	111,8	18,1	7,6	9,5

Anno	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza strutturale	Indice di ricambio della popolazione attiva	Indice di struttura della popolazione attiva	Indice di carico di figli per donna feconda	Indice di natalità(x 1.000 ab.)	Indice di mortalità(x 1.000 ab.)
	1° gen	1° gen	1° gen	1° gen	1° gen	gen-dic	gen-dic
2014	154,0	51,8	120,1	114,3	17,6	7,5	9,8
2015	159,7	52,2	119,6	116,4	17,7	7,3	10,4
2016	165,8	52,5	120,1	118,7	17,5	7,5	10,1
2017	170,7	53,1	125,2	122,5	17,6	7,1	10,5
2018	176,9	53,4	127,7	124,4	17,5	7,0	10,3
2019	182,8	53,7	130,9	127,1	17,3	6,8	10,6
2020	189,4	54,4	133,7	129,0	17,3	6,5	11,4
2021	194,5	55,5	137,2	130,8	17,6	6,6	11,6
2022	201,3	56,1	140,3	132,6	17,4	6,0	12,2
2023	206,6	56,4	145,0	133,1	17,1	6,0	11,5
2024	215,4	57,0	148,0	133,8	16,8	-	-

Nel grafico seguente viene rappresentato il movimento naturale della popolazione al 31/12/2023 (ultimo dato disponibile) determinato dalla differenza fra le nascite ed i decessi detto anche saldo naturale. Le due linee del grafico in basso riportano l'andamento delle nascite e dei decessi negli ultimi anni. Come si evince chiaramente il numero di decessi è in continuo aumento, dovuto probabilmente ad un'elevata percentuale di popolazione anziana, e dall'altro lato si rileva un crollo continuo delle nascite che ha determinato un trend in aumento del saldo negativo (-1.058).

Di seguito si fornisce la rappresentazione grafica della popolazione straniera residente in provincia di Matera al 1° Gennaio 2024, i cui dati tengono conto dei risultati del Censimento permanente della popolazione. Sono considerati cittadini stranieri le persone di cittadinanza non italiana aventi dimora abituale in Italia.

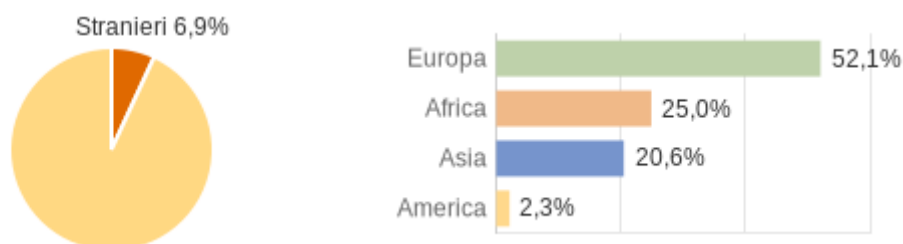


Andamento della popolazione con cittadinanza straniera

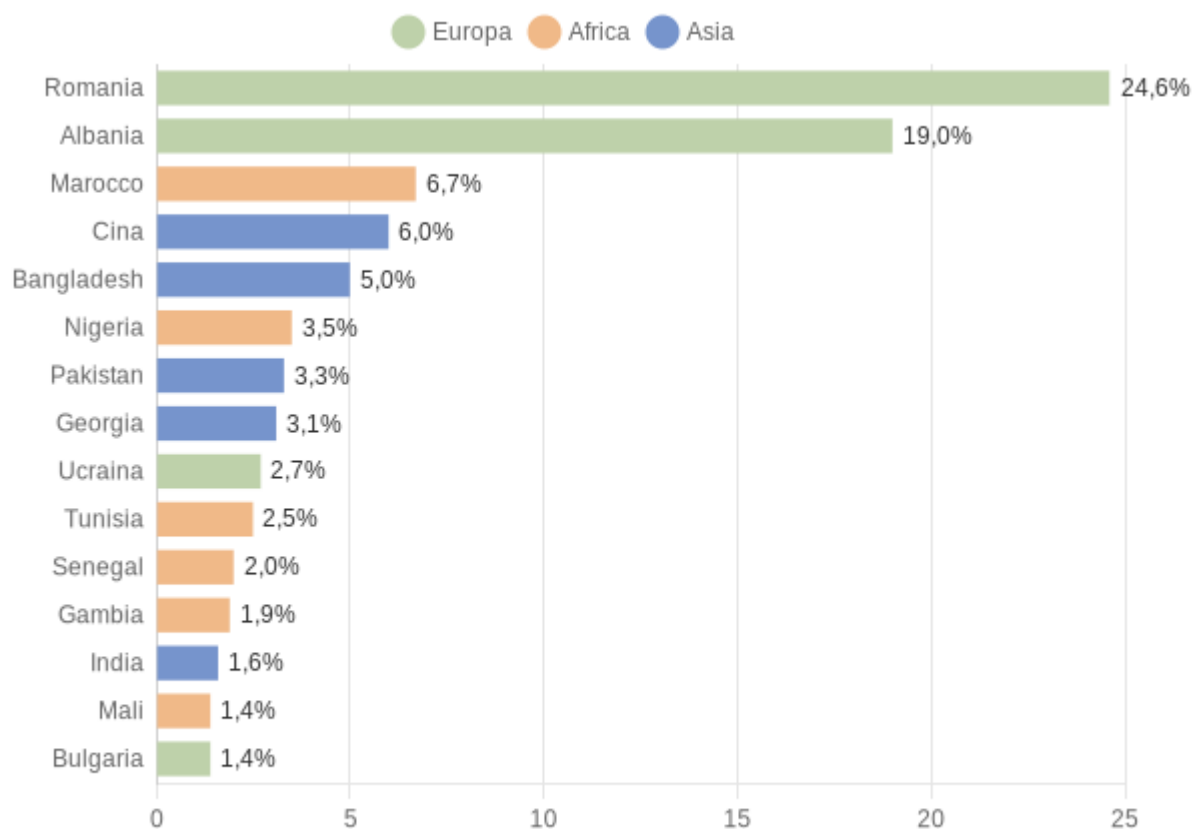
PROVINCIA DI MATERA - Dati ISTAT al 1° gennaio di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento

Gli stranieri residenti in provincia di Matera al 1° Gennaio 2024 sono 13.028 e rappresentano il 6,9% della popolazione residente (elaborazione TUTTITALIA.IT).

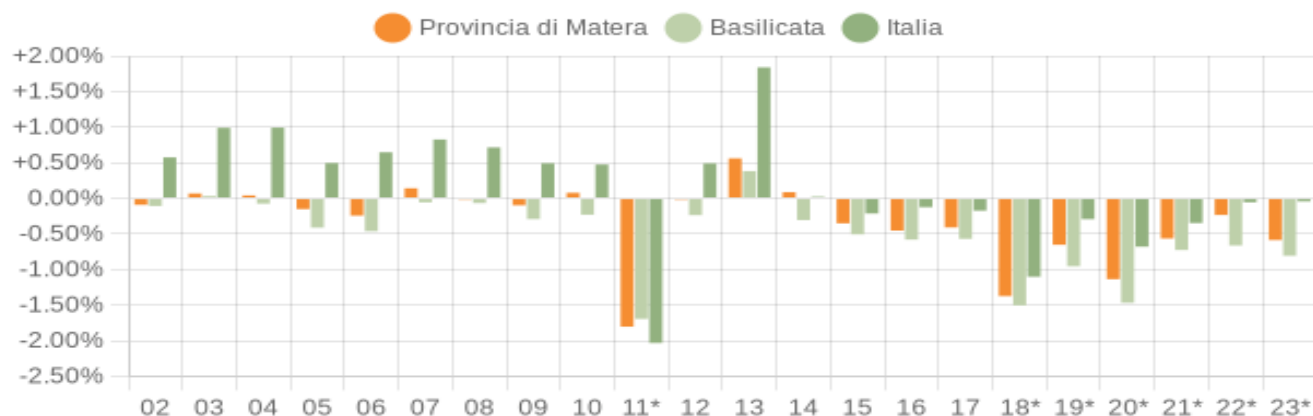


La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 24,6% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**Albania** (19%) , dal **Marocco** (6,7%) e dalla Cina (6,0%).



Cittadini Stranieri per Cittadinanza - 2024

PROVINCIA DI MATERA - Dati ISTAT 1° gennaio 2024 - Elaborazione TUTTITALIA.IT



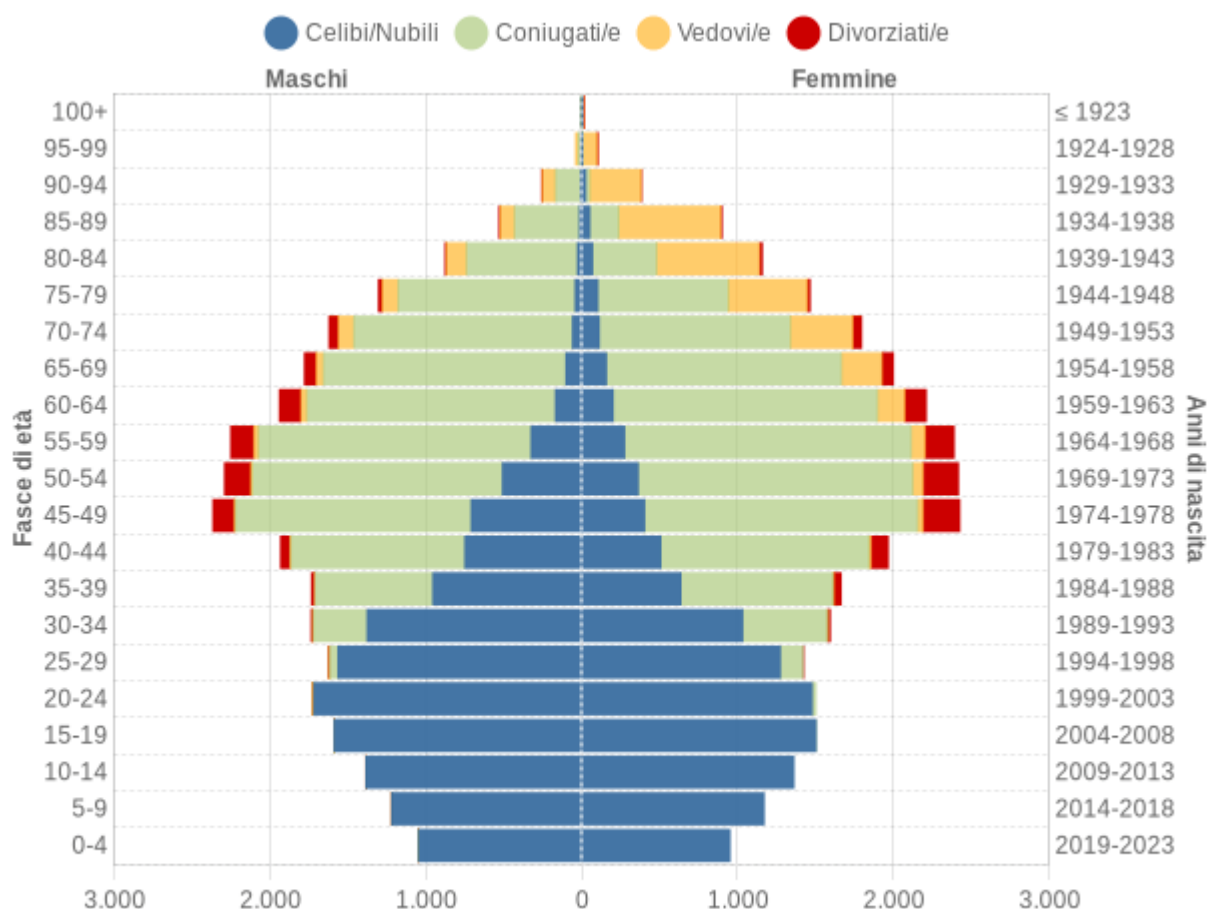
Variazione percentuale della popolazione

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

(*) post-censimento

Analisi popolazione residente nel Comune di Matera

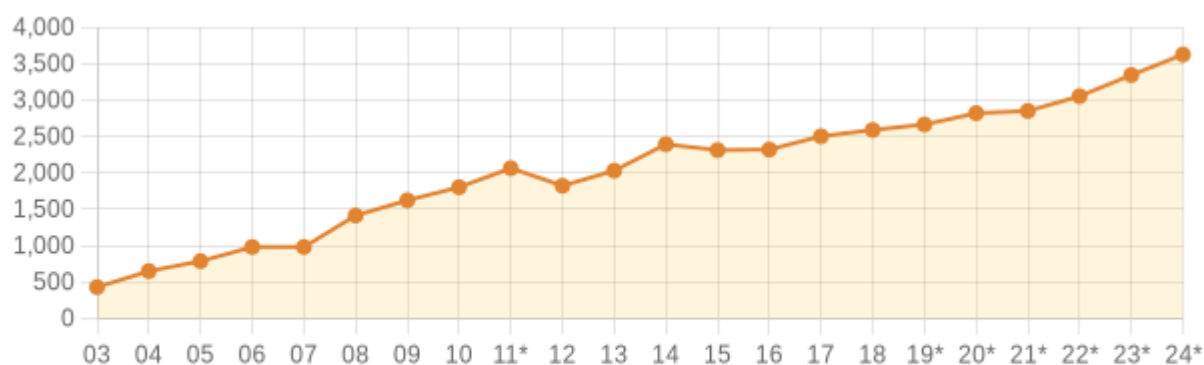
Di seguito si riportano dati statistici con riferimento al Comune di Matera, dati su andamento popolazione maschi, Femmine e stato civile e il trend della popolazione straniera residente a **Matera** al 1° Gennaio di ogni anno. I dati tengono conto dei risultati del Censimento permanente della popolazione. Sono considerati cittadini stranieri le persone di cittadinanza non italiana aventi dimora abituale in Italia.



Popolazione per età, sesso e stato civile - 2024

COMUNE DI MATERA - Dati ISTAT 1° gennaio 2024 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

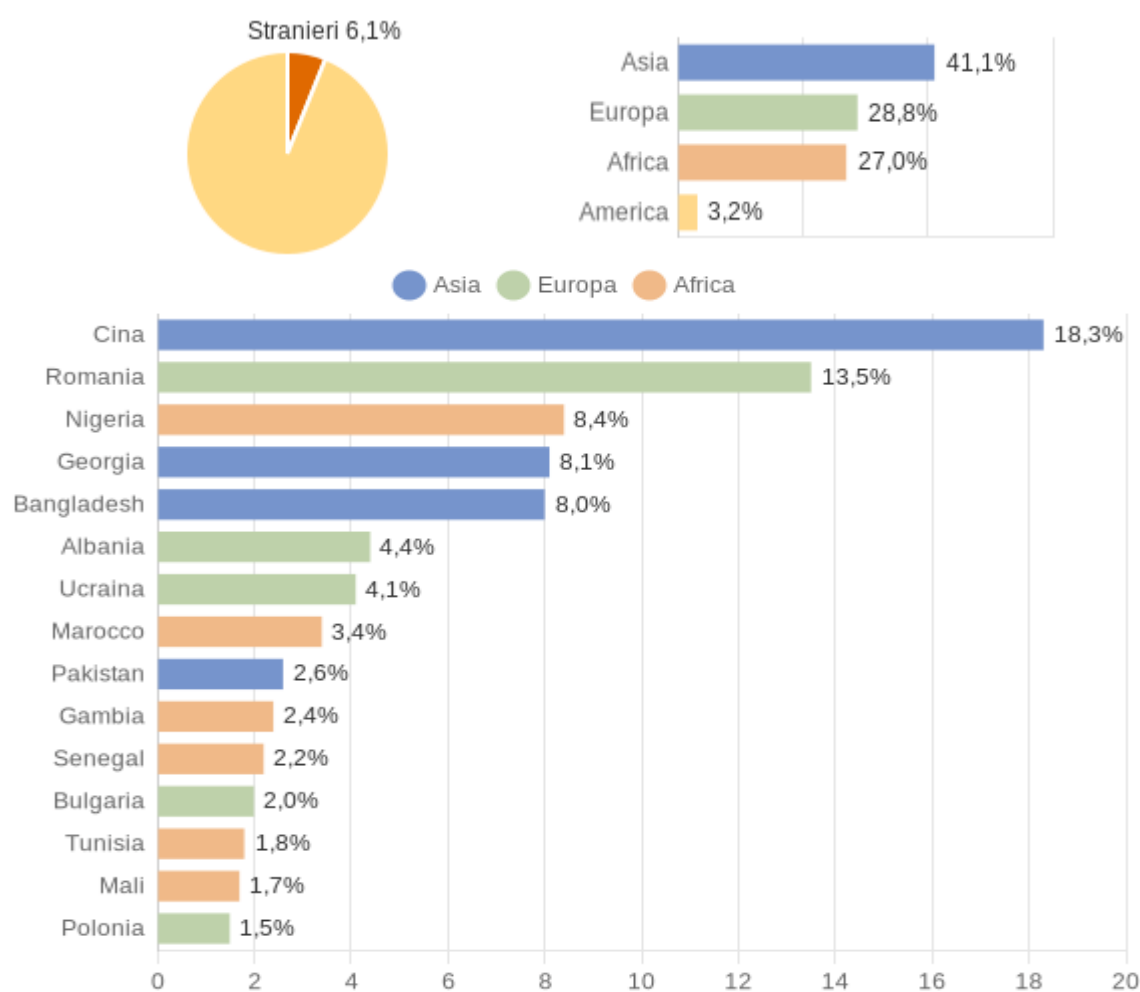
Gli stranieri residenti a Matera al 1° gennaio 2024 sono 3.627 e rappresentano il 6,1% della popolazione residente.



Andamento della popolazione con cittadinanza straniera

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

(*) post-censimento



Cittadini Stranieri per Cittadinanza - 2024

COMUNE DI MATERA - Dati ISTAT al 1° gennaio 2024 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Repubblica Popolare Cinese** con il 18,3% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dalla **Romania** (13,5%) e dalla **Nigeria** (8,4%).

1.3.3 La ASM e il contesto di riferimento

Il Sistema Sanitario locale, dopo aver affrontato lo stato emergenziale determinato dalla diffusione della pandemia, necessita dell'attivazione di strumenti strategici idonei a fornire una risposta efficace al crescente fabbisogno assistenziale richiesto dalla popolazione, caratterizzata da una situazione demografica

interessata da un decremento generale e un aumento della popolazione anziana in condizioni di fragilità e morbidità.

L'offerta di servizi sanitari dell'ASM sarà, pertanto, 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 e il potenziamento di quei settori e di quelle aree che oggi versano in condizioni di grande sofferenza, in conformità alle linee programmatiche nazionali e regionali e alle azioni definite 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 territoriale come snodo centrale delle moderne politiche sanitarie, così come previsto nel PNRR.

Ciò premesso, tuttavia, è innegabile che, oggi più che mai, si rende indispensabile una nuova stagione di sviluppo e di crescita che consenta all'Azienda di affrontare le sfide emerse dalla pandemia, prima fra tutte la carenza di personale medico e, successivamente, di riposizionarsi strategicamente e di collocarsi in una nuova e più congrua dimensione socio-sanitaria.

In relazione a queste direttrici di azione, per il 2025, l'ASM intende, da un lato, continuare a dare attuazione al complesso delle azioni definite dalla programmazione regionale e recepite nei Piani Operativi aziendali e, dall'altro, proseguire con il processo di riorganizzazione dell'Azienda finalizzato al potenziamento delle proprie linee produttive, in coerenza con le traiettorie di sviluppo tracciate dalla programmazione nazionale e, nello specifico, dal PNRR, senza comunque tralasciare la razionalizzazione dei costi, l'efficienza gestionale, la compatibilità economica e l'ottimizzazione delle risorse.

1.4 Le risorse economico - finanziarie

L'Azienda Sanitaria locale di Matera, con deliberazione del Direttore Generale n. 1052 del 13/11/2024, ha adottato il Bilancio di Previsione per l'anno 2025 e Triennale 2025-2027, formulato secondo i nuovi schemi del D. Lgs n. 118/2011 che prevede un equilibrio di gestione per tutto il triennio.

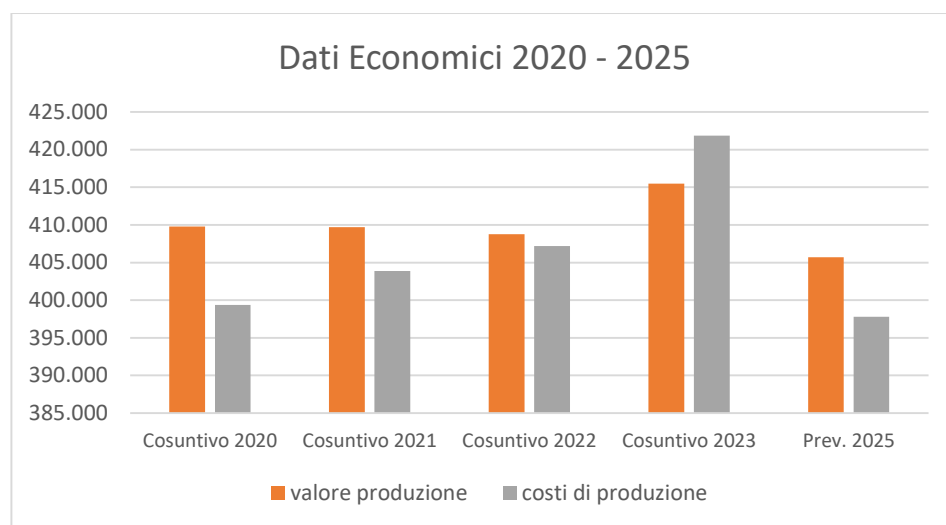
L'ASM nella predisposizione del bilancio 2025 dovrà necessariamente tener conto dell'aumento del costo del personale per i rinnovi dei CCNL, dell'aumento del costo dell'energia, delle materie prime e del tasso di inflazione, variabili, soprattutto queste ultime, esogene alle decisioni strategiche e alla programmazione aziendale perché legate agli scenari e alla congiuntura nazionale e internazionale.

Inoltre, il bilancio 2025 dovrà necessariamente tener conto dei progetti di investimento legati al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, come declinato dalla Regione, con riferimento ai temi previsti nella Missione 6 – Salute.

Nel corso del 2025, anche in relazione all'evolversi della situazione economica e alla definizione delle risorse che saranno assegnate a livello nazionale e regionale, bisognerà precedere a momenti di revisione delle previsioni economiche annuali al fine di consentire valutazioni gestionali e di sostenibilità economica più precise una volta definito il riparto definitivo.

Di seguito, si vuole fornire, in forma tabellare e grafica, la rappresentazione del trend dei principali dati economici relativi ai bilanci di esercizio degli anni 2020 – 2023, nonché del Bilancio di previsione relativo al 2025.

Migliaia di €	Cosuntivo 2020	Cosuntivo 2021	Cosuntivo 2022	Cosuntivo 2023	Prev. 2025	D % prev 25 - 23
valore produzione	409.764	409.693	408.755	415.460	405.706	2,35%
costi di produzione	399.365	403.868	407.184	421.841	397.817	5,70%
Proventi ed oneri finanziari	1.268	-185	2.608	1.488		
Imposte e Tasse	7.912	7.943	7.807	7.875	7.889	-0,18%
Risultato di esercizio	3.754	-2.303	-3.628	-12.768	0	



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

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

La previsione economica dell'ASM per l'anno 2025 è stata costruita prevedendo come quota del F.S.R. quella assegnata per l'anno 2023, sostanzialmente in coerenza con il complesso di azioni previste nel su richiamato Piano di Rientro, tenendo conto delle Determinazioni Dirigenziali regionali contenenti le misure di contenimento dei costi precedentemente indicate, tenendo presenti le attuali condizioni di contesto dell'Azienda.

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

Per il triennio 2025-2027 la Direzione aziendale sarà impegnata a raggiungere gli obiettivi economico finanziari annualmente definiti dalla programmazione sanitaria regionale. La Direzione aziendale sarà inoltre impegnata al costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario, il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario dovrà essere perseguito individuando e realizzando con tempestività tutte le azioni possibili a livello aziendale, assicurando contestualmente il rispetto della programmazione sanitaria e gli obiettivi di salute ed assistenziali assegnati quali obiettivi di mandato.

Il contesto regionale è caratterizzato dalla grave crisi finanziaria che ha investito il SSR lucano, a seguito dell'elevato deficit esploso dalle sue Aziende nel 2023, che ne ha messo a repentaglio la tenuta complessiva, imponendo l'attuazione immediata di una manovra in grado di ripristinare gli equilibri di bilancio.

Al riguardo si richiamano i principali provvedimenti con cui la Direzione Generale per la Salute e le Politiche di Tutela della Persona della Regione Basilicata ha individuato le principali leve di recupero economico, fissando specifici obiettivi per le Aziende del SSR di contenimento della spesa per l'anno 2024 e per gli anni successivi:

DD.DD. n. 13BE.2024/D.00104 del 28/03/2024, con cui sono state individuate "le misure per la razionalizzazione della spesa farmaceutica";

D.D. n. 13BE.2024/D.00110 del 05/04/2024 con cui sono state individuate "le misure di razionalizzazione della spesa per i dispositivi medici";

la DD.DD. n. 13BE.2024/D.00119 dell'11/04/2024, con cui sono stati definiti "gli obiettivi alle Aziende Sanitarie del SSR per l'abbattimento della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri per acuti e di riabilitazione".

Successivamente, il Dipartimento Salute della Regione Basilicata, dapprima con nota prot. n. 142810 del 24/06/2024 e poi con nota prot. 29112 del 16/07/2024 ha richiesto alle Aziende del SSR l'adozione di un Piano di contenimento della spesa necessario a raggiungere l'obiettivo del pareggio di bilancio.

All'interno di questa cornice s'inserisce la programmazione aziendale dell'ASM per l'anno 2025 ed il biennio successivo, nell'ambito di un contesto locale in fase di transizione, contraddistinto dalla riconfigurazione della nuova Direzione Strategica che, dopo la temporanea reggenza commissariale, è culminata nella recente nomina del nuovo Direttore Generale, avvenuta con Decreto del Presidente della Giunta Regionale di Basilicata – D.P.G.R. n. 263 dell'8.11.2024, su conforme Deliberazione della Giunta Regionale di Basilicata n. 667 del 08.11.2024, recepita con delibera aziendale n. 1050 del 09/11/2024, cui farà seguito l'individuazione dei Direttori Sanitario e Amministrativo in sostituzione di quelli attualmente facenti funzione in via temporanea.

La sfida che attende l'ASM per il 2025 e gli anni futuri è quella di coniugare le esigenze di sostenibilità economica cui sottende un'azione di grande rigore sotto il profilo della riduzione della spesa, in grado di ricondurre la gestione aziendale in equilibrio, con gli obiettivi di miglioramento del livello qualitativo dell'assistenza da erogare alla popolazione di riferimento, da conseguire attraverso una strategia di sviluppo e di crescita che consenta all'Azienda innanzitutto di uscire fuori dalla grave crisi conseguente all'emergenza da coronavirus e, successivamente, di riposizionarsi strategicamente, collocandosi in una nuova e più congrua dimensione.

In conformità a queste direttrici di azione la ASM, per il 2025, intende, da un lato, dare attuazione al complesso di azioni di razionalizzazione della spesa, così come previste nel piano di rientro e, dall'altro, avviare un processo di riorganizzazione finalizzato al potenziamento delle proprie linee produttive in coerenza con le traiettorie di sviluppo tracciate dalla programmazione nazionale/regionale e, nello specifico, dal PNRR.

1.5. Come operiamo

1.5.1 Gli organi

Sono organi dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera: il Direttore Generale, cui spetta la responsabilità complessiva della gestione, il Collegio Sindacale e il Collegio di Direzione, le cui rispettive funzioni sono declinate nell'Atto Aziendale, il cui ultimo aggiornamento è stato adottato con deliberazione aziendale n. 1099/2017, regolarmente approvata dalla Giunta Regionale con D.G.R. n. 132/2018.

L'ultimo aggiornamento dell'Atto Aziendale dell'ASM è stato formalizzato con deliberazione aziendale n. 1186 del 24/12/2020, nell'ambito del recepimento della DGR n. 895 del 04/12/2020 che ha differito al 31/12/2022 il termine di scadenza della fase transitoria, relativamente all'adeguamento degli standard delle strutture complesse, semplici, incarichi di coordinamento e posizioni organizzative delle Aziende Sanitarie della Regione Basilicata.

Il Direttore Generale è coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, che costituiscono, tutti e tre, la Direzione Strategica Aziendale.

Per l'analisi dell'assetto organizzativo aziendale si rinvia alla sezione 3, sottosezione 3.1 del presente documento.

1.5.2 Gli strumenti operativi aziendali

I principali strumenti operativi aziendali sono rappresentati dai seguenti sottosistemi

- pianificazione strategica, programmazione, budgeting e controllo di gestione
- sistema informativo
- sistema di gestione del personale
- sistema di valutazione e incentivazione del personale
- sistema di formazione e sviluppo professionale
- sistema di comunicazione interna ed esterna aziendale



Accanto ai suddetti sistemi, alcuni dei quali in fase di sviluppo e consolidamento, la nuova Direzione Strategica Aziendale intende implementare altre funzioni e strumenti in grado di favorire lo sviluppo di un nuovo modo di lavorare, che ponga il paziente/utente al centro delle attività assistenziali.

Tra questi, oltre al clinical auditing, ruolo di primissimo piano è rappresentato dal governo clinico che deve consentire all'Azienda di ridisegnare i principali processi clinico – assistenziali, in modo da renderli più razionali ed efficienti da un punto di vista di impiego delle risorse e più efficaci dal punto di vista dei risultati di salute ottenuti.

1.5.3 Il Sistema dell'offerta assistenziale

Struttura dell'offerta ospedaliera

L'ASM ha ereditato dalle ex ASL in essa confluite la gestione di 3 Presidi Ospedalieri:

- il P.O. di Matera,
- l'Ospedale di Tricarico,
- il Presidio Ospedaliero Unificato di Policoro (composto a sua volta dai 3 plessi di Policoro, Stigliano e Tinchì).

Il processo di riorganizzazione della rete ospedaliera, avviato in questi ultimi anni dall'Azienda e tuttora in corso, in conformità agli indirizzi programmatici regionali, 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 più volte menzionata 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 (pronto soccorso attivo) "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 multispecialistico, con un servizio di Dialisi
 - Ospedale di Tricarico deputato alla lungodegenza e alla riabilitazione gestita in forma diretta con riferimento alle attività di Lungodegenza e attraverso la sperimentazione gestionale pubblico – privato con la Fondazione Don Gnocchi con riferimento alle attività di riabilitazione.

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

Al 31/12/2024, i posti letto effettivi complessivi (mod. HSP22bis) 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.

OSPEDALI PER ACUTI	P.L. ORDINARI	P.L. DH/DS	P.L. TOTALI
Presidio Ospedaliero Matera	302	62	364
Presidio Ospedaliero Policoro	92	17	109
TOTALE	394	79	473

Al 31/12/2024, i posti letto complessivi effettivi degli Ospedali distrettuali della ASM ammontano a 113 posti letto ordinari, così distribuiti:

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

Fonte: dati AIRO

RICOVERI OSPEDALE PER ACUTI

NUMERO RICOVERI		2020		2021		2022		2023		2024	
OSPEDALE MATERA	ordinari	8.923	88%	8.659	90%	8.635	90%	8.603	90%	8.694	91%
	dh	1.190	12%	995	10%	921	10%	998	10%	840	9%
	totale	10.113	100%	9.654	100%	9.556	100%	9.601	100%	9.534	100%

OSPEDALE POLICORO	ordinari	3.872	91%	4.236	89%	4.232	90%	4.250	90%	3.832	90%
	dh	404	9%	527	11%	475	10%	485	10%	406	10%
	totale	4.276	100%	4.763	100%	4.707	100%	4.735	100%	4.390	100%

TOTALE OSPEDALI PER ACUTI	ordinari	12.795	89%	12.895	89%	12.867	90%	12.853	90%	12.526	90%
	dh	1.594	11%	1.522	11%	1.396	10%	1.483	10%	1.246	10%
	totale	14.389	100%	14.417	100%	14.263	100%	14.336	100%	13.772	100%

Come emerge dall'analisi dei quadri sinottici dianzi riportati, i dati relativi al 2024 evidenziano, rispetto all'anno precedente, a livello complessivo aziendale, un ulteriore lieve decremento dei volumi dei ricoveri per acuti dell'ASM, ascrivibile sia all'Ospedale di Matera che a quello di Policoro. Infatti, analizzando il trend dei singoli presidi ospedalieri, si rileva che, con riferimento al P.O. di Matera, nel 2022 si è registrata un'ulteriore riduzione dei ricoveri rispetto al 2021, che ha riguardato precipuamente i Day Hospital (pari al -8%). Anche con riferimento al P.O. di Policoro si è registrata un lieve decremento complessivo dei ricoveri, che ha riguardato esclusivamente i ricoveri diurni, ridottisi del -11%.

Si riportano di seguito i grafici in cui è rappresentato, sia per il P.O. di Matera che per il P.O. di Policoro, l'andamento dei ricoveri, distinti tra ordinari e diurni.

Il trend dei dati dal 2019 al 2024 evidenzia in maniera inequivocabile un leggero decremento dei ricoveri sia per l'Ospedale di Matera che per quello di Policoro.

Appare evidente che, al di là della netta contrazione verificatasi nel 2020 e 2021 direttamente ascrivibile all'emergenza straordinaria connessa alla diffusione del coronavirus, la progressiva riduzione registrata a partire dal 2019, sia l'effetto diretto dello stato di criticità in cui versano attualmente gli ospedali per acuti dell'ASM, in considerazione del continuo depauperamento delle dotazioni organiche, descritto nei paragrafi precedenti, che se non opportunamente corretto rischia di determinare ulteriori riduzioni dell'offerta.

Obiettivo prioritario per il 2025 è il graduale ripristino dei volumi di attività antecedenti alla pandemia, sforzandosi di migliorare i livelli qualitativi e quantitativi dell'offerta di ricoveri, attraverso il potenziamento dell'offerta e l'innovazione organizzativa, compatibilmente con il rimpinguamento delle risorse umane all'interno delle varie articolazioni organizzative.

RICOVERI OSPEDALI DISTRETTUALI

NUMERO RICOVERI	2020	2021	2022	2023	2024
OSPEDALE STIGLIANO	34	32			

OSPEDALE TRICARICO	395	543	621	729	724
--------------------	-----	-----	-----	-----	-----

TOTALE OSPEDALI DISTRETTUALI	429	575	621	729	721
------------------------------	-----	-----	-----	-----	-----

Il trend dei ricoveri erogati dagli ospedali Distrettuali è stato differente tra i due presidi, facendo registrare per l'Ospedale di Tricarico una ripresa dei ricoveri, mentre per l'Ospedale di Stigliano una battuta d'arresto a partire dal 2020, continuata nel 2021 con la sospensione dei ricoveri nel 2022 protrattasi per tutto il 2024. In particolare, per l'Ospedale di Stigliano negli anni 2020 e 2021 i posti letto della lungodegenza sono stati disattivati e sono stati utilizzati 14 posti letto per i ricoveri dei pazienti affetti da covid paucisintomatici.

Obiettivo prioritario per il 2025 e gli anni successivi rimane quello di riprendere le attività di lungodegenza nell'Ospedale di Stigliano ed avviare contestualmente la riqualificazione degli Ospedali Distrettuali di Tinchì e Stigliano con una riconfigurazione degli assetti organizzativi e funzionali coerente con il modello dell'Ospedale di Comunità, in attuazione della programmazione prevista dal PNRR.

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

RICOVERI HOSPICE STIGLIANO

Si riporta di seguito il trend dell'Hospice di Stigliano, che fa registrare un progressivo decremento delle attività nell'ultimo quinquennio. Nello specifico i dati relativi al 2024 evidenziano rispetto al 2023, una riduzione del numero complessivo dei ricoveri erogati, che riguarda fundamentalmente i ricoveri diurni.

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

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

NUMERO RICOVERI		2020	2021	2022	2023	2024
HOSPICE STIGLIANO	ordinari	60	45	55	59	56
	day hospital	41	49	25	10	1
	totali	101	94	80	69	57

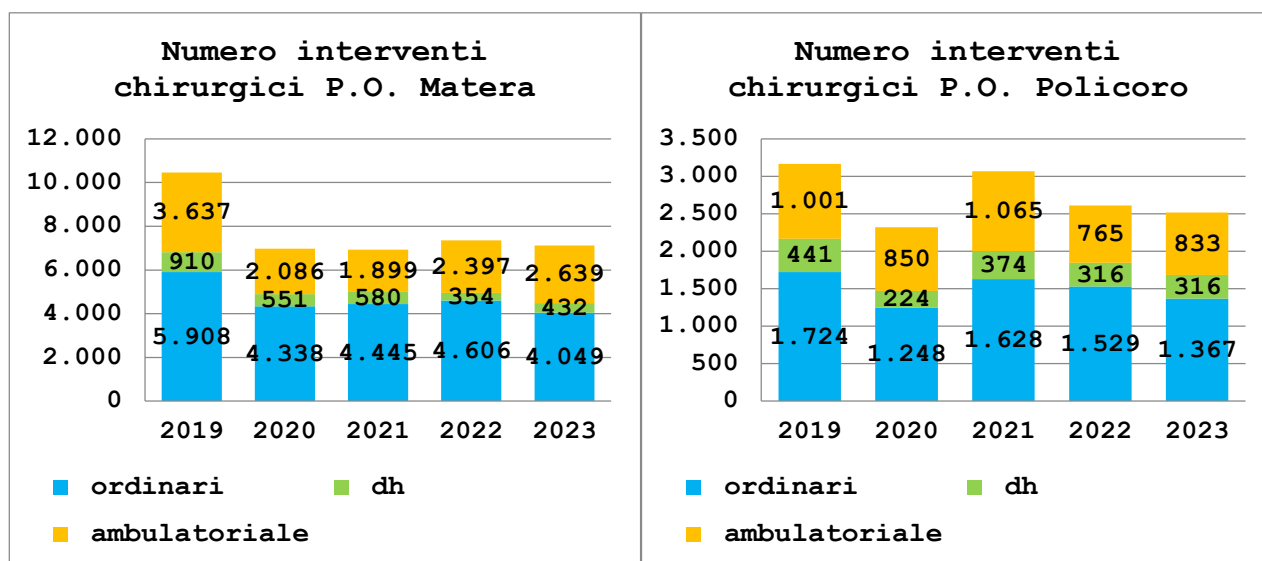
INTERVENTI CHIRURGICI

Si fornisce di seguito l'analisi tabellare e grafica dell'andamento degli interventi chirurgici nell'arco temporale 2019 – 2023 (i dati 2024 sono in fase di elaborazione)

NUMERO INTERVENTI CHIRURGICI		2019		2020		2021		2022		2023		Scostamento 2023 - 2022	
												ass.	%
OSPEDALE MATERA	ordinari	5.908	57%	4.338	62%	4.445	64%	4.606	63%	4.049	57%	-557	-12%
	dh	910	9%	551	8%	580	8%	354	5%	432	6%	78	22%
	ambulatoriale	3.637	35%	2.086	30%	1.899	27%	2.397	33%	2.639	37%	242	10%
	totale	10.455	100%	6.975	100%	6.924	100%	7.357	100%	7.120	100%	-237	-3%

OSPEDALE POLICORO	ordinari	1.724	54%	1.248	54%	1.628	53%	1.529	59%	1.367	54%	-162	-11%
	dh	441	14%	224	10%	374	12%	316	12%	316	13%	0	0%
	ambulatoriale	1.001	32%	850	37%	1.065	35%	765	29%	833	33%	68	9%
	totale	3.166	100%	2.322	100%	3.067	100%	2.610	100%	2.516	100%	-94	-4%

TOTAL E OSPEDALI PER ACUTI	ordinari	7.632	56%	5.586	60%	6.073	61%	6.135	62%	5.416	56%	-719	-12%
	dh	1.351	10%	775	8%	954	10%	670	7%	748	8%	78	12%
	ambulatoriale	4.638	34%	2.936	32%	2.964	30%	3.162	32%	3.472	36%	310	10%
	totale	13.621	100%	9.297	100%	9.991	100%	9.967	100%	9.636	100%	-331	-3%



Il trend dei dati evidenzia a livello complessivo aziendale un andamento altalenante, con un decremento degli interventi chirurgici nel 2020 rispetto all'anno precedente, seguito da un lieve aumento nel 2021 e da una nuova contrazione nel 2022 consolidatasi nel 2023, ascrivibile sia al P.O. di Matera che a quello di Policoro, che hanno continuato a far registrare un numero di casi significativamente inferiore ai livelli prepandemici.

La drastica riduzione registrata nel 2020 e solo leggermente attenuata nel 2021, sia nell'Ospedale di Matera che in quello di Policoro, è stata determinata dalla sospensione delle attività chirurgiche in elezione per buona parte dell'anno, in attuazione delle misure per il contenimento della pandemia da coronavirus, disposte dalla Regione e recepite dall'Azienda.

Nel 2022, nonostante una sicura attenuazione della pandemia, i volumi degli interventi sono leggermente aumentati nel P.O. di Matera, mentre nel P.O. di Policoro hanno fatto registrare una riduzione. Infine, nel 2023 si è registrato rispetto all'anno precedente un ulteriore calo delle prestazioni chirurgiche, che ha interessato sia il P.O. di Matera che quello di Policoro, rimanendo molto distanti dai livelli di attività prepandemici. Tale andamento è dovuto alle gravi difficoltà da parte dei due nosocomi ad avviare una ripresa a pieno regime delle attività, a causa principalmente della grave carenza di personale, rendendo necessario un potenziamento dell'offerta di prestazioni con il pieno utilizzo delle sale operatorie a disposizione.

La riduzione complessiva degli interventi nel 2023 rispetto al 2022, ha interessato esclusivamente gli interventi effettuati in regime ordinario, mentre sia gli interventi in regime di Day Surgery che quelli ambulatoriali hanno evidenziato incrementi.

Tuttavia, a parte la straordinarietà degli anni caratterizzati dalla diffusione della pandemia, già nell'anno 2019 si era registrata una significativa contrazione dell'attività chirurgica, che trova giustificazione nella situazione di criticità in cui versano le strutture ospedaliere, per effetto del progressivo depauperamento del personale, che ha coinvolto l'intero comparto operatorio determinando una riduzione delle sedute operatorie oltre al dilatamento dei tempi di attesa.

Per l'anno 2025, confidando anche nell'implementazione del piano triennale delle assunzioni, si intende favorire una riorganizzazione strutturale della linea chirurgica al fine di potenziare l'offerta di interventi operatori, avviando un trend virtuoso di crescita degli stessi, accompagnato dal recupero dell'appropriatezza organizzativa, attraverso l'utilizzo dei setting assistenziali più consoni al perseguimento degli obiettivi di efficacia ed efficienza produttiva.

Struttura dell'offerta distrettuale

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

Dal punto di vista macro organizzativo l'assistenza territoriale dell'ASM, nel 2024 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, 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 144 Medici di Medicina Generale e 20 Pediatri di Libera Scelta.

Al 31/12/2024 i Medici Specialisti Interni in convenzione con l'Azienda erano 59.

Sul territorio aziendale operano 33 postazioni di continuità assistenziale, tra cui sono ricomprese le postazioni di guardia medica turistica, con più di 120 medici dedicati in rapporto di convenzione con l'Azienda.

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

Nel territorio dell'ASM hanno operato n. 68 farmacie convenzionate aperte al pubblico, di cui 17 nel Capoluogo di Provincia.

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 rimasta 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.

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), 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.

È di tutta evidenza che in questo scenario snodo centrale per la realizzazione dei suddetti processi è lo sviluppo della telemedicina attraverso il finanziamento di progetti proposti dalla Regione sulla base delle priorità e delle linee guida definite dal Ministero della Salute. L'obiettivo è quello di migliorare radicalmente la gestione dei pazienti con malattie croniche ed in particolare di coloro che hanno più di 65 anni promuovendo un approccio multilaterale, attraverso la creazione di un sistema di interconnessione dei dati clinici (derivanti anche da dispositivi medici, quali, ad esempio, dispositivi impiantabili, come i pacemaker) che consenta la loro disponibilità in tempo reale sul cloud.

Attraverso questa azione si intende favorire l'implementazione di innovativi modelli di gestione clinica per assistere i pazienti in ogni ambito clinico all'interno della propria abitazione, quali la tele-assistenza, il tele-consulso, il tele-monitoraggio e la tele-refertazione, fornendo a pazienti/caregiver l'assistenza sanitaria sia con i professionisti sia con gli strumenti della telemedicina, della digitalizzazione, dell'intelligenza artificiale e degli strumenti di apprendimento automatico (machine learning) nel contesto globale delle cure primarie. Si prevede il potenziamento della rete assistenziale territoriale dell'ASM con lo scopo di consolidare 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. In particolare, si prevedono:

1. Potenziamento dell'ADI attraverso l'incremento delle azioni terapeutiche ed assistenziali al fine di:

- Assicurare le accresciute attività di monitoraggio e assistenza connesse all'emergenza;
- Garantire il massimo livello di assistenza in favore dei pazienti isolati;
- Rafforzare i servizi di assistenza domiciliare per tutti i pazienti fragili (cronici, disabili, non autosufficienti, bisognosi di cure palliative, ecc.). Il raggiungimento dei suddetti obiettivi non può prescindere dal potenziamento della dotazione di personale dell'ADI, con specifico riferimento alle figure professionali mediche, infermieristiche ed assistenti sociali, da destinare sia a Matera che a Policoro oltre ad una riorganizzazione e implementazione degli spazi a disposizione del servizio.

2. Introduzione dell'infermiere di famiglia o di comunità IFeCal fine di:

- potenziare l'assistenza domiciliare e la sorveglianza attiva dei pazienti in isolamento, non ospedalizzati,
- rafforzare l'assistenza ai pazienti fragili (cronici, disabili, non autosufficienti, bisognosi di cure palliative, ecc.), attraverso la collaborazione con MMG. L'istituzione dell'infermiere di famiglia, al di là delle esigenze contingenti legate all'attuale situazione emergenziale, risponde alla necessità di fornire una risposta efficace all'evoluzione delle dinamiche epidemiologiche ed organizzative tuttora in atto, attraverso l'introduzione di un modello assistenziale infermieristico orientato alla famiglia e alla comunità capace di garantire un'azione snella e flessibile nella rilevazione dei bisogni, la continuità e l'adesione alle cure, la sorveglianza domiciliare e la presa in carico dell'individuo e della famiglia con l'intento di evitare inutili ricoveri, favorire la deospedalizzazione, presidiare l'efficacia dei piani terapeutico assistenziali, allo scopo di migliorare la qualità di vita della persona nel suo contesto di vita.

All'infermiere di famiglia si intende affidare le seguenti funzioni:

- la valutazione dei bisogni di salute della comunità;
- la promozione della salute e di prevenzione primaria, secondaria e terziaria;
- la presa in carico delle persone con malattie croniche in tutte le fasi della vita e delle persone con livelli elevati di rischio di malattia, ad esempio associati all'età;
- la relazione d'aiuto e l'educazione terapeutica con gli assistiti;
- la valutazione personalizzata dei problemi socio-sanitari che influenzano la salute, in collaborazione con gli altri attori delle cure, per la loro risoluzione;
- la definizione di programmi di intervento basata su prove scientifiche di efficacia;

- la valutazione degli standard qualitativi per l'assistenza infermieristica nelle strutture residenziali; - la definizione di ambiti e problemi di ricerca clinica e sociale. In tal modo, l'Infermiere di famiglia e di comunità (IFeC) integra con un ruolo nuovo, preventivo, proattivo e collaborativo, il contributo degli attori delle Cure Primarie, delle Cure Intermedie e della Residenzialità Sociosanitaria, per la salute dei cittadini, collaborando con i Medici di Medicina Generale (MMG), con i Pediatri di Libera Scelta (PLS), con i Medici Specialisti di riferimento per la patologia e altri professionisti non medici a seconda delle specifiche esigenze dell'assistito lavorando in Team.

La proattività è caratteristica specifica dell'IFeC, che deve partecipare al lavoro di rete con le altre professioni socio-sanitarie e con i membri della comunità. L'introduzione dell'infermiere di famiglia si propone, pertanto, di favorire il passaggio dal paradigma della medicina d'attesa a quello della medicina d'iniziativa e l'evoluzione dal focus sulla malattia all'orientamento alla persona e al contesto di vita. Strumento imprescindibile per l'attività dell'infermiere di Comunità nel contesto aziendale è l'implementazione dell'ambulatorio infermieristico territoriale.

Il numero e le caratteristiche dell'Ambulatorio saranno determinati tenendo conto dell'orografia del territorio e quindi nel rispetto del numero e delle caratteristiche della popolazione. All'interno di tali strutture sarà garantita la corretta esecuzione delle prestazioni diagnostiche terapeutiche prescritte dai MMG e dal Servizio ADI. A tal fine gli Ambulatori dovranno essere forniti di tutte le apparecchiature per consentire l'esecuzione delle prestazioni diagnostiche terapeutiche prescritte. Inoltre l'infermiere di Comunità deve poter accedere all'inserimento tempestivo dei dati sulla piattaforma informatizzata regionale, con lo scopo di rafforzare il governo delle interazioni tra i servizi per la presa in carico dei pazienti a livello territoriale e garantire l'omogeneità dei percorsi assistenziali. Deve utilizzare strumenti informatici, telemonitoraggio e la telemedicina per il controllo remoto dei pazienti presi in carico.

3. proseguimento e sviluppo dell'attività di valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti e nell'integrazione con i servizi sociali e socio sanitari del territorio attraverso l'U.V.M. – Unità di Valutazione Multidimensionale finalizzata a garantire l'integrazione della rete dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali a livello territoriale. Tale Unità è costituita da un'equipe professionale con competenze multidisciplinari in grado di leggere le esigenze dei cittadini con bisogni sanitari e sociali complessi e di rilevare e classificare le condizioni di bisogno, per poter definire il percorso più appropriato di trattamento dell'utente. Sebbene dal territorio emerga l'esigenza di stabilire nuove forme di accesso ai servizi socio-sanitari, la UVM costituisce ad oggi il punto di accesso prioritario, in particolare per i pazienti anziani e pluripatologici, e rappresenta lo strumento essenziale per garantire l'integrazione dei servizi territoriali (Distretto, Comuni e altri soggetti della rete dei servizi).

5. Consolidamento della Centrale Operativa per permettere lo sviluppo di politiche ed azioni per la presa in carico a livello territoriale dei soggetti fragili e cronici in stretta integrazione con le Direzioni dei Distretti Aziendali al fine di favorire l'equità di accesso alle cure e a tutte le attività di prossimità presenti sul territorio.

Tale Centrale Operativa è posta nell'ambito del Servizio ADI ed opera in stretta sinergia ed integrazione con le Direzioni dei Distretti Aziendali, con lo scopo di rafforzare il governo delle interazioni tra i servizi per la presa in carico dei pazienti a livello territoriale e per garantirne l'omogeneità dei percorsi assistenziali. In particolare la Centrale Operativa attraverso proprio personale dedicato, con specifico riferimento a medici, infermieri, assistenti sociali e amministrativi, anche attraverso l'utilizzo di strumenti informatici e la telemedicina, finalizzati al controllo da remoto, garantendo:

- la valutazione e la presa in carico dei pazienti fragili dimissibili dai presidi ospedalieri per la appropriata assegnazione ai servizi di prossimità o alle varie forme di residenzialità per il soddisfacimento dei fabbisogni assistenziali,

- la fornitura ai pazienti dei saturimetri e delle altre apparecchiature necessarie per il controllo a distanza dei parametri vitali la Centrale Operativa deve disporre di supporti informatici e di telemedicina, oltre che di sistema di valutazione per la presa in carico del paziente, che devono integrarsi con il sistema Atl@nte utilizzato per l'assistenza domiciliare.

Il Distretto costituisce il centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi ed è deputato, anche attraverso la Casa di Comunità, al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di

assistenza e la pluralità dell'offerta. Il Distretto garantisce inoltre una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento. Al Distretto, pertanto, possono essere ricondotte le seguenti funzioni:

- di programmazione dei servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni dell'utenza di riferimento e di pianificazione delle innovazioni organizzativo/produttive locali, alle decisioni in materia di logistica, accesso, offerta di servizi, assicurando la fruizione delle prestazioni all'utenza, compatibilmente con le risorse disponibili;
- di erogazione dei servizi sanitari territoriali;
- di garanzia rispetto all'accesso ai servizi, all'equità e alla qualità delle cure erogate, attraverso il monitoraggio continuo della qualità dei servizi medesimi, la verifica delle criticità emergenti nella relazione tra i servizi e tra questi e l'utenza finale.

L'attuazione dell'assetto organizzativo pianificato necessita accanto al potenziamento ed estensione innovativa delle strutture e dei servizi dedicati a tale finalità, si proceda anche ad un maggior utilizzo di risorse umane impiegate sul territorio, reclutando personale aggiuntivo.

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

Si fornisce di seguito l'analisi tabellare del trend delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate dalle strutture dell'ASM nell'arco temporale 2019 - 2024.

NUMERO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

Struttura	2019	2020	2021	2022	2023	2024
DISTRETTO METAPONTINO E COLLINA MATERANA	20.980	9.773	13.163	18.359	17.976	23.808
DISTRETTO BRADANICA MEDIO BASENTO	29.498	16.524	19.340	29.544	29.569	25.043
DISTRETTO MATERA	40.564	15.937	26.061	17.983	17.747	22.124
OSPEDALE DISTRETTUALE STIGLIANO	17.557	6.408	7.349	11.961	12.572	14.358
OSPEDALE DISTRETTUALE TINCHI	271.318	160.791	203.478	172.794	192.641	195.274
OSPEDALE DISTRETTUALE TRICARICO	160.469	107.985	132.109	98.007	124.610	130.487
PRESIDIO OSPEDALIERO MATERA	633.393	446.028	502.454	457.865	479.328	478.641
PRESIDIO OSPEDALIERO POLICORO	407.218	255.767	295.246	287.469	371.267	365.646
TOTALE	1.580.997	1.019.213	1.199.200	1.093.982	1.245.710	1.255.381

L'analisi dei dati sopra riportata evidenzia un trend altalenante dal 2018 al 2024, con una brusca inversione di tendenza nel 2020, con una lieve ripresa nel 2021, un nuovo calo nel 2022 ed una successiva ripresa nel 2023 e 2024.

Per l'anno 2025 l'Azienda intende potenziare le attività specialistiche ambulatoriali, in una prospettiva tesa al contenimento dei tempi di attesa nei limiti fissati dalla normativa, attraverso la realizzazione in un complesso di azioni specificatamente individuato all'interno del Piano per il governo dei tempi di attesa, di cui si è già trattato in precedente paragrafo del presente documento e che, attualmente, risulta in fase di approvazione.

MOBILITA' OSPEDALIERA

Si fornisce di seguito l'analisi della mobilità ospedaliera con gli ultimi dati disponibili (anno 2022) nelle sue componenti attiva e passiva, distinguendo tra quella intraregionale e quella extraregionale.

Nello specifico la mobilità ospedaliera passiva è costituita dai ricoveri esportati, vale a dire dai ricoveri erogati a pazienti residenti nella provincia di Matera da parte di strutture regionali (mobilità passiva intraregionale) ed extraregionali (mobilità passiva extraregionale).

La mobilità ospedaliera attiva è invece costituita dai ricoveri erogati dalle strutture aziendali a pazienti provenienti da fuori provincia di Matera, all'interno della regione (mobilità attiva intraregionale) o al di fuori di essa (mobilità attiva extraregionale).

MOBILITA' OSPEDALIERA PASSIVA EXTRAREGIONALE

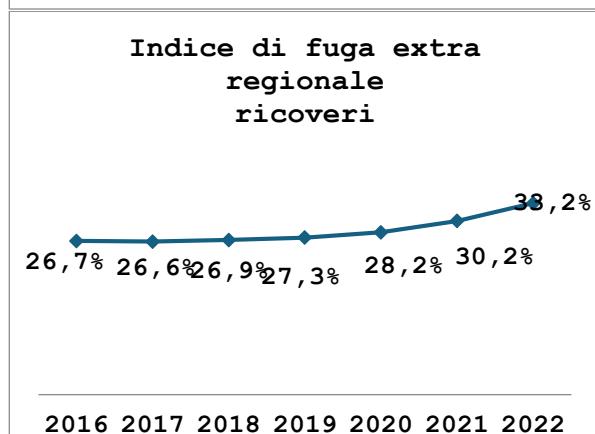
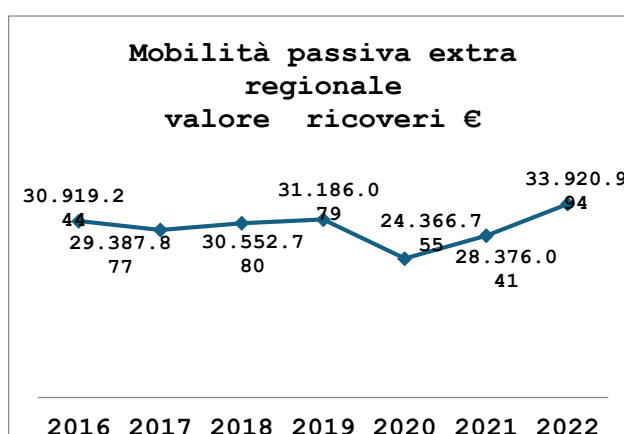
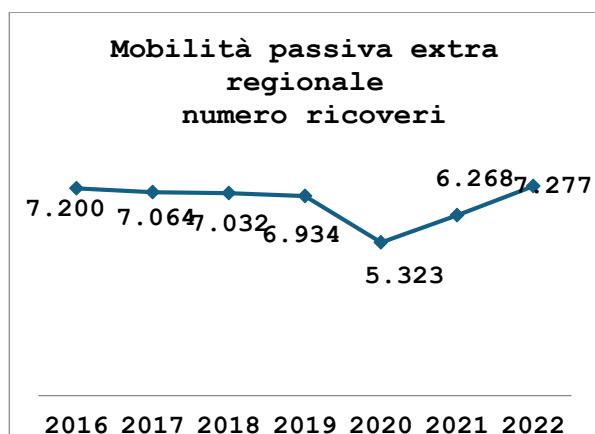
Al fine di consentire una congrua valutazione dell'andamento della fuga ospedaliera dell'ASM, sulla scorta dei dati forniti dal Dipartimento Politiche della Persona della Regione Basilicata, è stata condotta un'analisi multidirezionale della mobilità ospedaliera passiva extraregionale nel periodo 2016 – 2022, che ha riguardato sia il numero dei ricoveri esportati, sia il relativo costo.

Con riferimento al numero di ricoveri, l'analisi dei dati ha evidenziato nel periodo 2015 – 2021 un trend progressivamente decrescente fino al 2020, con una riduzione costante del numero di ricoveri esportati (pazienti residenti ricoverati presso strutture fuori regione), interrotta nel 2021, anno in cui ha cominciato a crescere, per poi esplodere nel 2022. Nello specifico, nel 2022 sono stati effettuati 7.277 ricoveri fuori regione, con oltre 1.000 ricoveri in più rispetto all'anno precedente, facendo registrare il valore più alto di sempre. Sicuramente, il riferimento agli anni 2020 e 2021 può essere fuorviante se si considera, l'eccezionalità del periodo, determinata dallo stato di emergenza conseguente alla diffusione della pandemia da COVID – 19, che di fatto ha condizionato notevolmente le dinamiche assistenziali, costringendo molto spesso la popolazione a rinunciare al ricovero in conseguenza delle gravi limitazioni imposte dalle misure di contenimento del virus.

Il trend economico, relativo al costo della mobilità ospedaliera passiva extraregionale ha fatto registrare, invece, un trend altalenante, caratterizzato da una prima fase decrescente durata dal 2016 al 2017, cui è seguita un'inversione di tendenza con una crescita dei costi nel 2018 e 2019, una nuova battuta d'arresto nel 2020 ed un nuovo aumento nel 2021 e soprattutto nel 2022. Per il 2020 e il 2021 valgono le stesse considerazioni effettuate in merito al trend del numero dei ricoveri, in ragione dell'eccezionalità del periodo, mentre nel 2022 si è avuta un'esplosione del costo della mobilità passiva aumentata di oltre 5,5 milioni di euro, facendo registrare il valore più alto mai raggiunto prima.

Per l'anno 2025 e per gli anni successivi, è obiettivo prioritario dell'Azienda, anche in conformità agli indirizzi programmatici regionali, la riduzione della migrazione ospedaliera extraregionale in conformità a quanto indicato dalla programmazione regionale, così come ampiamente esplicitato nei paragrafi precedenti del presente documento.

MOBILITA' PASSIVA EXTRAREGIONALE	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Scostamento 2022 – 2021	
Numero ricoveri	7.200	7.064	7.032	6.934	5.323	6.268	7.277	1.009	16 %
Valore ricoveri €	30.919.244	29.387.877	30.552.780	31.186.079	24.366.755	28.376.041	33.920.994	5.544.953	20 %
Indice di fuga extraregionale	26,7%	26,6%	26,9%	27,3%	28,2%	30,2%	33,2%	0,03	10 %



MOBILITA' OSPEDALIERA PASSIVA INTRAREGIONALE

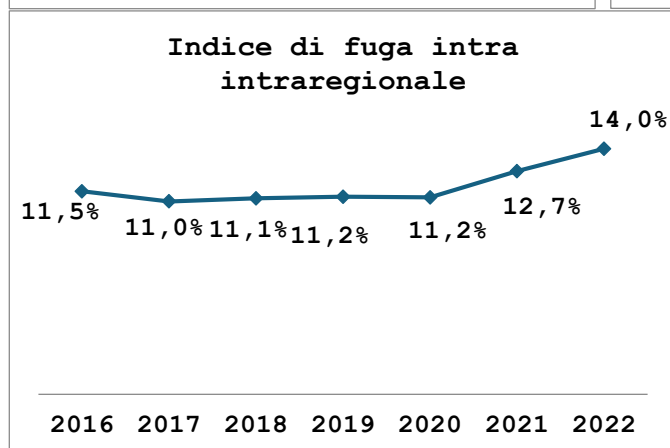
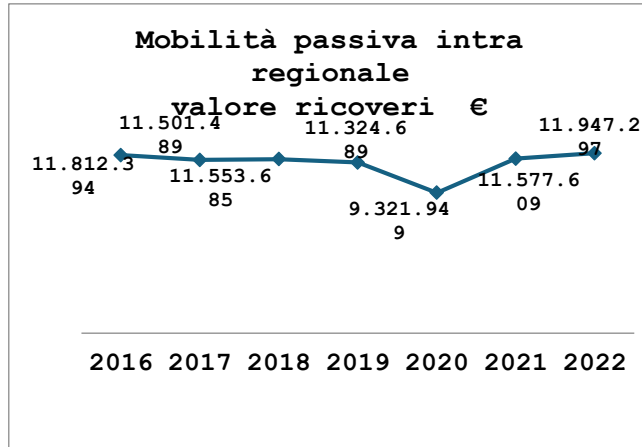
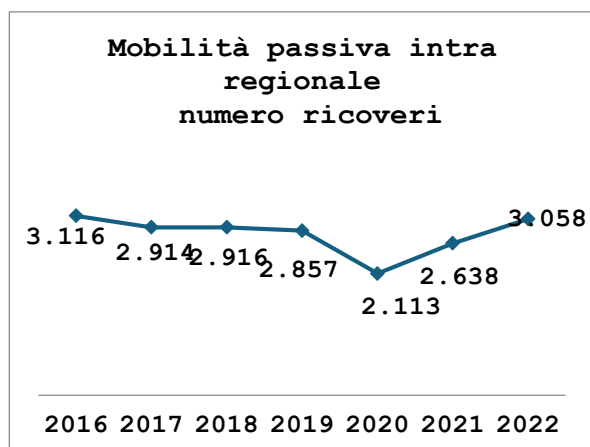
Analogamente alla mobilità passiva extraregionale, si fornisce di seguito un'analisi multidirezionale della mobilità ospedaliera passiva intraregionale relativa al periodo 2016 – 2022, con riferimento al trend del numero dei ricoveri esportati all'interno della Regione e del relativo costo.

Con riferimento al numero di ricoveri, l'analisi dei dati ha evidenziato nel periodo 2016 – 2022 un trend progressivamente decrescente fino al 2020, con una riduzione costante del numero di ricoveri esportati in strutture ospedaliere regionali (ASP, AOR San Carlo e IRCCS CROB), interrotta nel 2021, anno in cui ha cominciato a crescere per poi aumentare ancora nel 2022. Nello specifico, nel 2022 sono stati effettuati 3.058 ricoveri in altre strutture regionali, con oltre 400 ricoveri in più rispetto al 2021, attestandosi sostanzialmente sugli stessi valori del 2015. Tuttavia, anche per la mobilità passiva intraregionale, valgono le stesse considerazioni effettuate per la mobilità passiva extraregionale, in cui il riferimento agli anni 2020 e 2021 è sicuramente fuorviante a causa dell'eccezionalità del periodo, determinata dallo stato di emergenza conseguente alla diffusione della pandemia da COVID – 19.

Il trend economico, relativo al costo della mobilità ospedaliera intraregionale passiva ha fatto registrare, invece, un trend altalenante, caratterizzato da una sostanziale stabilità con modeste oscillazioni, in lieve calo dal 2016 al 2017, con un'irrisoria crescita nel 2018 ed una nuova flessione minima nel 2019, per poi far registrare un brusco calo nel 2020, attribuibile sicuramente allo stato di emergenza, cui è seguita una poderosa crescita nel 2021, consolidatasi nel 2022.

Nel 2022 il costo della mobilità ospedaliera passiva intraregionale è stato pari a poco meno di 12 milioni di euro, con un aumento di circa 370.000 euro rispetto al 2021, facendo registrare il valore più alto di sempre. Per l'anno 2025 e per gli anni successivi, è obiettivo prioritario dell'Azienda, anche in conformità agli indirizzi programmatici regionali, ridurre la migrazione ospedaliera intraregionale inappropriata, rafforzando, di converso, la collaborazione con gli altri ospedali della Regione nella realizzazione delle reti regionali, verso cui canalizzare la domanda di prestazioni da parte dei residenti che non può essere soddisfatta dalle strutture aziendali.

MOBILITA' OSPEDALIERA PASSIVA INTRAREGIONALE	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Scostamento 2022 - 2021	
Numero ricoveri	3.116	2.914	2.916	2.857	2.113	2.638	3.058	420	16 %
Valore ricoveri €	11.812.394	11.501.489	11.553.685	11.324.689	9.321.949	11.577.609	11.947.297	369.688	3 %
Indice di fuga intraregionale	11,5%	11,0%	11,1%	11,2%	11,2%	12,7%	14,0%	0,01	10 %



MOBILITÀ OSPEDALIERA ATTIVA EXTRAREGIONALE

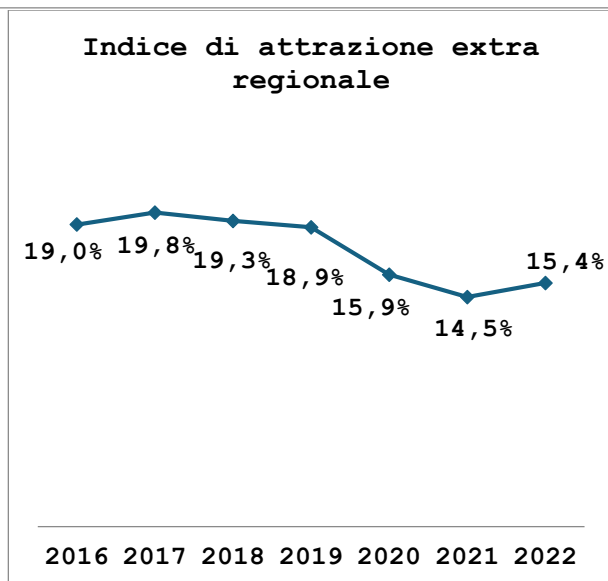
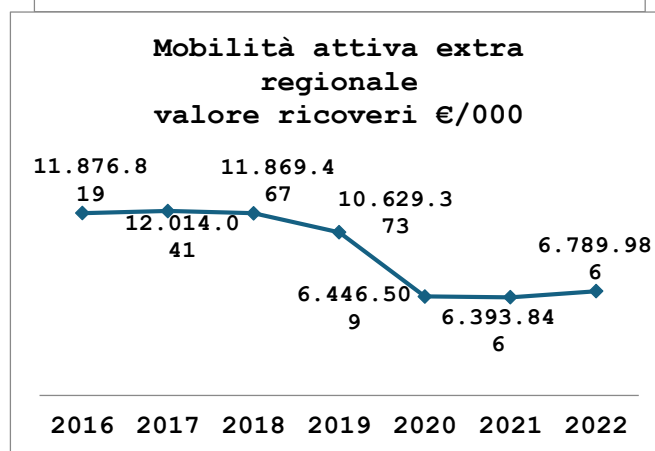
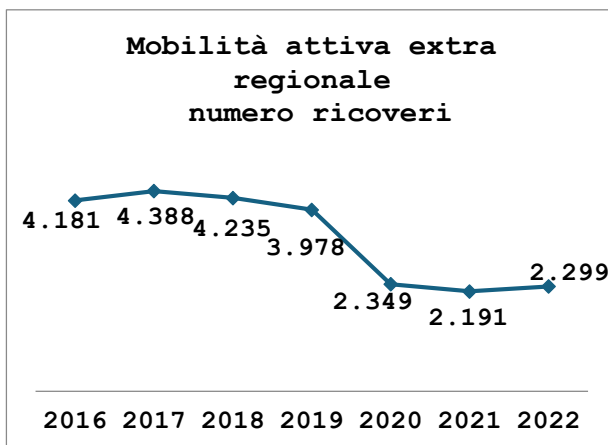
La **mobilità ospedaliera attiva extraregionale** dell'ASM, ha evidenziato nel periodo 2016 – 2022 un trend altalenante crescente dal 2016 al 2017, con un incremento costante sia del numero di ricoveri importati (pazienti residenti fuori regione ricoverati presso le strutture aziendali), che della relativa valorizzazione economica, con una battuta d'arresto nel 2018 che ha fatto registrare un leggero calo rispetto all'anno precedente proseguito altrettanto lievemente nel 2019 per poi accentuarsi notevolmente negli anni successivi fino al 2021 e ridursi nel 2022.

Nello specifico nel 2022 gli ospedali aziendali hanno effettuato 2.299 ricoveri di pazienti residenti fuori regione, 108 in più rispetto all'anno precedente (+5%), con un decremento sostanziale di quasi -2.100 ricoveri rispetto al 2016, per un ricavo pari a 6,8 milioni di euro, in aumento di quasi 400.000 mila euro rispetto al 2021 (+6%), ma con oltre 5 milioni in meno rispetto al 2016.

La netta flessione evidenziata nel 2020 e 2021, tuttavia, oltre che dal calo di attrattività dell'offerta aziendale sull'utenza extraregionale, è stata sicuramente determinata anche dagli effetti della pandemia, che ha comportato la sospensione dei ricoveri non urgenti, con conseguente notevole contrazione della produzione ospedaliera.

Obiettivo prioritario per l'Azienda negli anni futuri è quello di incrementare la mobilità attiva ospedaliera extraaziendale, in considerazione del conseguente ritorno economico, costituito dall'incremento dei ricavi corrispondenti.

MOBILITA' ATTIVA EXTRAREGIONALE	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Scostamento 2022 2021	
Numero ricoveri	4.181	4.388	4.235	3.978	2.349	2.191	2.299	108	5 %
Valore ricoveri €	11.876. 819	12.014. 041	11.869. 467	10.629. 373	6.446. 509	6.393. 846	6.789. 986	396.1 40	6 %
Indice di attrazione extraregionale	19,0%	19,8%	19,3%	18,9%	15,9%	14,5%	15,4%	0,01	6 %



MOBILITÀ OSPEDALIERA ATTIVA INTRAREGIONALE

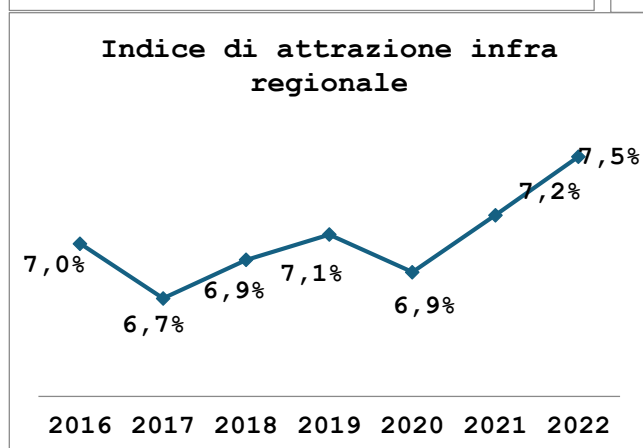
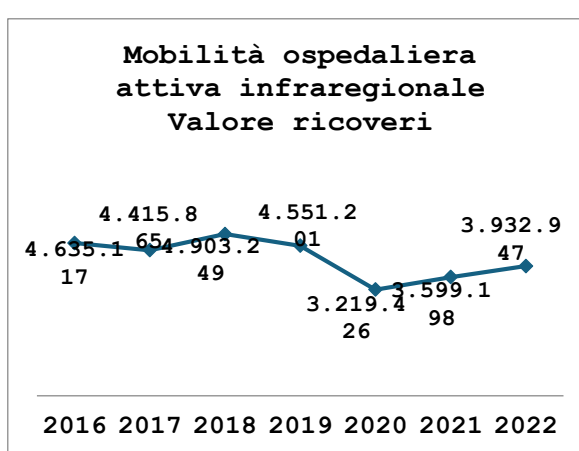
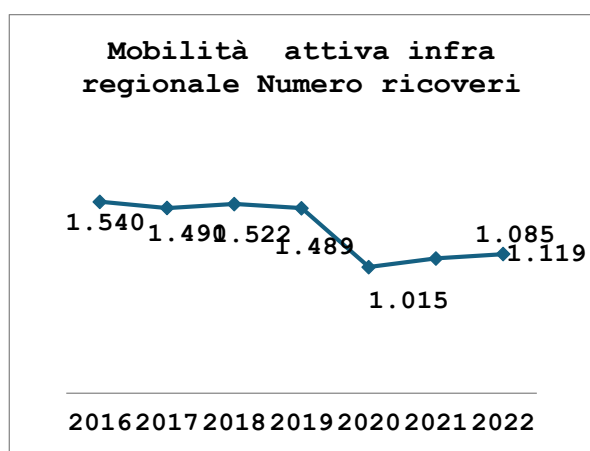
La mobilità attiva intraregionale dell'ASM ha evidenziato nel periodo 2016 – 2022, sia con riferimento al numero di ricoveri che alla relativa valorizzazione economica, un trend sostanzialmente stabile fino al 2019, con lievi oscillazioni in diminuzione ed in aumento da un anno all'altro, facendo registrare una significativa battuta d'arresto nel 2020, sicuramente imputabile alla diffusione della pandemia, e riprendere a crescere in maniera moderata nel 2021 e nel 2022.

Nel 2022 il numero dei ricoveri erogati dalle strutture aziendali a pazienti provenienti dalla provincia di Potenza è stato pari a 1.119, esattamente 34 ricoveri in più rispetto all'anno precedente, con una riduzione di oltre -400 ricoveri rispetto al 2016, per un ricavo di circa 3,9 milioni di euro, 334 mila euro in più rispetto all'anno precedente, con una riduzione di oltre -700 mila euro rispetto al 2016. Anche con riferimento alla

mobilità passiva intraregionale valgono le stesse considerazioni dianzi riportate, in considerazione della straordinarietà del contesto epidemiologico relativo agli anni 2020 e 2021, a causa della diffusione della pandemia, che ha causato di fatto la sospensione di tutti i ricoveri non urgenti, stravolgendo conseguentemente le dinamiche ordinarie della produzione ospedaliera.

Obiettivo per l'ASM negli anni futuri è quello di incrementare la mobilità attiva ospedaliera intraaziendale, in considerazione del conseguente impatto economico, costituito dall'incremento dei ricavi corrispondenti, in una logica comunque di rete all'interno del sistema sanitario regionale.

MOBILITA' OSPEDALIERA ATTIVA INTRAREGIONALE	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Scostamento 2021 - 2020	
Numero ricoveri	1.540	1.490	1.522	1.489	1.015	1.085	1.119	34	3 %
Valore ricoveri €	4.635.117	4.415.865	4.903.249	4.551.201	3.219.426	3.599.198	3.932.947	333.749	9 %
Indice di attrazione intraregionale	7,0%	6,7%	6,9%	7,1%	6,9%	7,2%	7,5%	0,00	4 %



Attività consultoriale

Di seguito vengono rappresentati i dati delle prestazioni inerenti l'assistenza Consultoriale erogata dai Consulenti Familiari di Matera, Policoro e dai "Consulenti Itineranti" delle sedi distrettuali nel corso del 2022 e del 2023 (dati 2024 in fase di elaborazione) fanno riferimento sia alle prestazioni di tipo ostetrico/ginecologico, sia alle prestazioni di tipo psicologico. Da notare che tra le attività psicologiche,

devono ricomprendersi anche gli interventi di inserimento scolastico degli alunni con Handicap come previsto dalla normativa regionale di Istituzione dei Centri Materno Infantili (L.R. 7/1977). Con riferimento all'andamento delle attività psicologiche queste sono ricomprese all'interno delle tabelle riferite alle prestazioni di specialistica ambulatoriale per ambito territoriale e struttura.

La prima rappresentazione tabellare sotto riportata evidenzia l'andamento delle prestazioni di ginecologia nel corso delle annualità prese in esame.

Le attività del consultorio di Matera, Policoro e "Consultorio Itinerante" nelle sedi Distrettuali, prevedono attività non registrate al CUP quindi rientranti negli ambiti degli accessi diretti. Tale esposizione numerica appare di fondamentale importanza per il conteggio delle prestazioni eseguite nell'anno dal momento che tali dati non transitano in nessuno dei Gestionali in uso e, di conseguenza la loro mancata elencazione potrebbe restituire un dato non coerente con il monte prestazioni eseguite dalle Strutture Aziendali.

PRESTAZIONE/ATTIVITA'	Anno 2022	Anno 2023
Pap-test	782	788
HPV	603	600
Sostegno Allattamento	21	20
Cure al neonato	21	20
Massaggi Anti-coliche	21	
Consulenze telefoniche	1450	1551
Informazioni sui servizi	324	325
Counselling Contraccezione	328	330
Counselling Menopausa	304	290
Counselling PreConcepimento	14	15
Educazione Sanitaria	153	190
Informazioni percorso SCR Regionale	212	250
Collaborazione Ambulatorio	652	450
Prenotazione Ambulatorio	525	480
Iscrizioni ed informazioni sul corso di accompagnamento alla nascita	322	270
Interventi di sostegno nell'espletamento di pratiche amministrative per donne migranti	25	52
Totale Prestazione/Attività	5.757	5.732

Dati forniti dal Consultorio estrapolazione registri attività

Con riferimento ai corsi CAN 2022 e 2023, di seguito si riportano il numero degli incontri effettuati ed il numero degli accessi per ogni singolo Corso.

Anno	Numero Corsi	Numero incontri per corso	Numero utenti per corso	Numero totale accessi
2023	8	13	17	1768
2022	7	13	20	1820

Dati forniti dal Consultorio estrapolazione registri attività

Si sono tenuti inoltre incontri monotematici sia nell'anno 2022 che nell'anno 2023. Nella tabella che segue vengono riportati, per ognuno di questi incontri la numerosità degli stessi ed i numeri di accessi ad ognuno di essi.

Incontri Monotematici	Numerosità	Utenti per ogni incontro/2022	Utenti per ogni incontro/2023	N. accessi 2022	N. accessi 2023
Nati per leggere	8	20	17	160	136

Nati per la musica	8	20	17	160	136
Bimbi sicuri	8	40	320	34	272
Incontri Psicologo	5	17		85	
Alimentazione in Gravidanza	8	20	17	160	136
Parto eutocico e Distocico, contraccezione e riabilitazione del pavimento pelvico (punto di vista medico)	8	20	17	160	136
Incontri in Menopausa: Riflessione sulla sfera sessuale Femminile	2	18	20	36	40
Interventi scuola: Educazione sessuale ed aspetti relazionali	1	1	1	350	350
Depressione post partum	8	20	17	160	134

Dati forniti dal Consultorio estrapolazione registri attività

Struttura dell'offerta relativa alla Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è stato istituito con la L.R. 3/99 che ne definisce l'organizzazione, le funzioni, le competenze e i relativi obiettivi in ossequio alle disposizioni dettate dal D. Lgs n. 502/1992 e ss. mm. ii. Successivamente con le nuove linee di indirizzo regionali in materia di prevenzione, con la L.R. n. 12/2008 le attività di prevenzione sono state ridefinite prevedendone la costituzione di due Dipartimenti di Prevenzione:

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

Il Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana è una macrostruttura aziendale deputata alla tutela della salute negli ambienti di vita e di lavoro, attraverso interventi di prevenzione in campo alimentaristico, ambientale, di sicurezza nei luoghi di lavoro, di igiene personale e collettiva; utilizza il sistema di conoscenza epidemiologica e cerca di creare corretti stili di vita.

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

- Servizio Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica (S.I.S.P.), che con l'applicazione dell'ultimo atto aziendale è diventata un'unica struttura complessa;
- Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (S.I.A.N.), che con l'applicazione dell'ultimo atto aziendale è diventata un'unica struttura complessa;
- Servizio Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (M.L.S.A.L.), che con l'applicazione dell'ultimo atto aziendale è diventata un'unica struttura;
- Servizio Prevenzione, Protezione ed Impiantistica nei Luoghi di Lavoro (S.P.P.I.L.L.), che con l'applicazione del dell'ultimo atto aziendale è diventata un'unica struttura complessa;

Il Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale è una macrostruttura aziendale deputata alla tutela della sanità e del benessere degli animali, alla lotta alle zoonosi e alla tutela della salute pubblica e della sicurezza alimentare ed è costituita dalle seguenti UU.OO.CC.:

- Sanità Animale – Area A, che con l'applicazione dell'ultimo atto aziendale è diventata un'unica struttura complessa;

- Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati – Area B, che con l'applicazione dell'ultimo atto aziendale è diventata un'unica struttura complessa;
- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche – Area C, che con l'applicazione dell'ultimo atto aziendale è diventata un'unica struttura complessa.

Le attività che per competenza afferiscono alle UU.OO.CC. dei Dipartimenti di Prevenzione dell'ASM vengono erogate su tutto il territorio della Provincia di Matera mediante una specifica organizzazione territoriale, che prevede la presenza di uffici sanitari distrettuali, distribuiti sul territorio provinciale, in cui viene assicurata la presenza di Dirigenti Medici e Veterinari competenti per specifiche aree territoriali.

La declaratoria dell'organizzazione dei Dipartimenti e delle prestazioni erogate dalle UU.OO.CC. afferenti è resa pubblica sul Sito WEB Aziendale.

2. SEZIONE II – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Il Valore Pubblico

Il “Valore Pubblico” può essere definito come l'incremento del benessere complessivo (economico, sociale, educativo, assistenziale, ambientale, culturale etc.) della comunità di riferimento, da raggiungere attraverso l'ottimizzazione della gestione del complesso di risorse a disposizione.

La prospettiva di azione è duplice: si tratta di coniugare l'efficacia nel raggiungimento degli obiettivi predefiniti con l'efficienza nell'allocazione delle risorse.

Creare Valore Pubblico significa quindi riuscire ad utilizzare le risorse a disposizione con efficienza, economicità ed efficacia, valorizzando il proprio patrimonio tangibile ed intangibile in modo funzionale al reale soddisfacimento delle esigenze del contesto sociale e del contesto aziendale.

La fase di programmazione da parte dell'Azienda, come confermato dal Dipartimento della Funzione Pubblica nelle Linee Guida 2/2017, “serve ad orientare le performance individuali in funzione della performance organizzativa attesa e quest'ultima in funzione della creazione di Valore Pubblico, ovvero del miglioramento del livello di benessere dei destinatari delle politiche e dei servizi”.

Il Valore Pubblico, per essere tale, deve essere:

- equo, ovvero rivolto alla generalità dei cittadini e degli stakeholder e non solo agli utenti diretti;
- sostenibile, ovvero finalizzato a creare le condizioni per generare valore duraturo anche per il futuro.

Nel contesto sanitario, in particolare, la progressiva centralità del cittadino, visto come cliente/utente e non solo come semplice destinatario di prestazioni, ha spostato l'attenzione sulla qualità delle prestazioni erogate e sull'efficienza della produzione; l'orientamento al risultato ha progressivamente sostituito l'orientamento ai compiti e alle mansioni.

Nello specifico, la creazione di Valore Pubblico è strettamente connessa alla mission dell'ASM che si esplica nel soddisfacimento “dei 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” assicurando “i livelli essenziali ed uniformi di assistenza, oltre ad altri obiettivi di salute ed economico-finanziari così come definiti dalla programmazione nazionale e regionale, nel rispetto dei seguenti principi”:

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

- Ospitalità
- Rendicontazione sociale

In questa sezione la ASM intende definire:

- i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici, programmati in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria adottati dall'Azienda;
- le modalità e le azioni finalizzate, nel periodo di riferimento, a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale.
- l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare.

L'amministrazione, inoltre, esplicita come una selezione delle politiche dell'ente si traduca in termini di obiettivi di valore pubblico (outcome/impatti), anche con riferimento alle misure di benessere equo sostenibile. Di seguito si riportano in formato tabellare le misure previste dall'Azienda.

2.1.1 L'accessibilità digitale

Segue l'elenco degli obiettivi per l'anno 2025:

OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONI	INDICATORI	TEMPISTICA
Consentire l'accesso alle informazioni sanitarie personali, quali referti, certificati e prescrizioni diagnostiche o specialistiche e farmaceutiche, immagini diagnostiche in maniera rapida e immediata	Implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	Effettiva alimentazione del FSE con lettere di dimissioni, prestazioni di pronto soccorso e referti delle prestazioni ambulatoriali ed inserimento di un link diretto sul sito web aziendale alla Piattaforma FSE nazionale.	31/12/2025
OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONI	INDICATORI	TEMPISTICA
Facilitare l'accesso alle informazioni da parte dei cittadini/utenti	Revisione ed aggiornamento costante delle news e delle informazioni sul sito web aziendale	Verifica da parte dall'Ufficio Comunicazione dell'effettivo aggiornamento dei banner	(settimanale/bi-settimanale)
Facilitare l'accesso ai servizi da parte dei cittadini/utenti	Verifica e monitoraggio del funzionamento della piattaforma on line per la prenotazione, consultazione e gestione di appuntamenti sanitari, attivata dall'ASM	Verifica da parte dall'Urp del corretto funzionamento del sito web aziendale	(mensile)

Le attività di monitoraggio sugli obiettivi sono stati sviluppate con riferimento a quanto di seguito riportato relativamente allo stato di attuazione per l'anno 2024.

Attuazione delle azioni nell'anno 2024:

Implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

L'ASM è stata coinvolta e quindi ha messo in atto tutte le attività necessarie nell'ambito del CRASH PROGRAM per l'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, di cui la Basilicata è stata individuata quale Regione pilota. Sono state condivise le azioni di remediation da porre in atto.

Al fine di poter coordinare in modalità agile le attività del CRASH PROGRAM per l'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, è stato istituito un "Comitato Operativo" che ha visto coinvolti i Direttori Generali e i CIO delle quattro Aziende Sanitarie Regionali, il "Dipartimento Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona" e l'Ufficio Amministrazione Digitale della Regione Basilicata.

L'adesione al suddetto CRASH PROGRAM, ha permesso di raggiungere risultati soddisfacenti e, soprattutto, incrementali negli anni. A titolo esemplificativo, e non esaustivo, seguono riepilogo di dettaglio dei flussi 2022 e 2023 a confronto:

Anno	Tipologia di documento	Numero di documenti CDA2 pubblicati in FSE	Numero di documenti PK7 pubblicato in FSE
2022	Referto specialistico	31.259	
2022	Referto di Laboratorio	107.834	
2022	Lettera di dimissione ospedaliera	7.074	
2022	Verbale di pronto soccorso	22.604	
2022	Referto Radiologia		10.227

TOTALE Documenti	168.771	10.227
-------------------------	----------------	---------------

Anno	Tipologia di documento	Numero di documenti CDA2 pubblicati in FSE	Numero di documenti PK7 pubblicato in FSE
2023	Referto specialistico	74.161	
2023	Referto di Laboratorio	102.860	
2023	Lettera di dimissione ospedaliera	13.366	
2023	Verbale di pronto soccorso	39.852	
2023	Referto Radiologia		65.736

TOTALE Documenti	230.239	65.736
-------------------------	----------------	---------------

2024	Tipologia di documento	Numero di documenti CDA2 pubblicati in FSE	Numero di documenti PDF pubblicati in FSE	Numero di documenti PDF + CDA2 pubblicati in FSE
2024	Referto specialistico	29.807		83.080
2024	Referto di Laboratorio	6.443		81.346
2024	Lettera di dimissione ospedaliera	707	523	20.450
2024	Verbale di pronto soccorso		2.116	20.677
2024	Referto radiologico			55.899
	TOTALE	36.957	2.639	261.452

Revisione ed aggiornamento costante delle news e delle informazioni sul sito web aziendale

L'Ufficio Comunicazione per garantire trasparenza e immediatezza delle informazioni pubbliche, nella sezione notizie dell'home page del sito aziendale, pubblica comunicati stampa, iniziative, convegni e verifica, inoltre, settimanalmente l'aggiornamento costante delle news, degli avvisi pubblici e di tutte le informazioni di pubblica utilità.

Verifica e monitoraggio del funzionamento della piattaforma on line per la prenotazione, consultazione e gestione di appuntamenti sanitari, attivata dall'ASM

Mensilmente l'ufficio Relazioni con il pubblico provvede a verificare il funzionamento della piattaforma on line di prenotazione, consultazione e gestione degli appuntamenti sanitari, attivata dall'Asm e presente sulla home page del portale istituzionale, segnalando le eventuali disfunzioni. Nel corso del 2024, l'Urp ha registrato alcune interruzioni del servizio dovute all'hackeraggio dei sistemi informatici occorso a gennaio 2024.

2.1.2 L'accessibilità fisica

Segue l'elenco degli obiettivi per l'anno 2025:

OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONI	INDICATORI	TEMPISTICA
Migliorare la comunicazione con persone disabili non udenti	Formazione a personale di front office Progetto LIS	Svolgimento corsi di formazione	31/05/2025
OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONI	INDICATORI	TEMPISTICA
Garantire e agevolare l'accessibilità fisica	Progetto Sala Parto	Realizzazione nuovo blocco parto	31/12/2025

degli spazi e dei servizi aziendali	Verifica annuale del permanere delle condizioni di adeguata fruibilità dei servizi e degli spazi aziendali	Almeno 2 sopralluoghi annuali presso le strutture aziendali	31/12/2025
-------------------------------------	--	---	------------

Le attività di monitoraggio sugli obiettivi sono state sviluppate con riferimento a quanto di seguito riportato relativamente allo stato di attuazione per l'anno 2024.

Attuazione delle azioni nell'anno 2024:

Formazione a personale di front office Progetto LIS

L'ASM con delibera 959 del 23.11.2023 ha aggiudicato "Procedura telematica mediante Richiesta di offerta (RDO) n. 3630478, attivata sul mercato elettronico della pubblica amministrazione Me.PA. /Consip spa, per l'affidamento annuale del servizio di video-interpretariato professionale in lingua italiana dei segni (LIS) per le attività sanitarie, sociali ed amministrative negli ambulatori, reparti, sportelli e uffici dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera. CIG Z0D3BAB107. Aggiudicazione servizio".

Tale piattaforma di "Video-interpretariato in Lingua dei Segni" professionale deve garantire una comunicazione completa e precisa tra personale socio-sanitario o amministrativo della ASM e i cittadini sordi che usano la LIS e che necessitano dei servizi amministrativi e/o socio-sanitari dell'ASM.

La piattaforma deve consentire in modo efficiente di garantire il diritto alla comunicazione in LIS ai cittadini sordi che ne facciano richiesta. Flessibilità nella scelta dei dispositivi da cui attivare il servizio, ampia disponibilità del servizio in termini di orari ed elevata professionalità per migliorare la comunicazione e l'erogazione di servizi socio-sanitari.

Appare evidente che tale soluzione proposta, rientra in un ambito di primaria importanza quale quello socio-sanitario e che abbatta le barriere comunicative tra i sordi e la pubblica amministrazione.

L'avvio di questo nuovo servizio è stato avviato a Gennaio 2024 e proseguirà fino a maggio 2025.

Progetto Sala Parto

Nel corso del 2024 sono stati incrementati gli incarichi professionali tecnici per la gestione operativa del cantiere e si sono avviate le attività edili.

Verifica annuale del permanere delle condizioni di adeguata fruibilità dei servizi e degli spazi aziendali

Nel 2024 sono stati eseguiti i previsti sopralluoghi presso le strutture aziendali al fine di verificare il permanere delle condizioni di adeguata fruibilità dei servizi e degli spazi aziendali.

Studio di fattibilità per rendere i percorsi sempre più chiari e intuitivi anche attraverso la revisione della cartellonistica

E' stata aggiornata la cartellonistica per agevolare i percorsi dell'utenza verso gli uffici e i reparti ospedalieri.

2.1.3 Le procedure da reingegnerizzare e semplificazione

I sistemi informativi della Azienda Sanitaria Locale di Matera - ASM si inseriscono nel più ampio ambito tecnologico del SISIR della Regione Basilicata. Il Sistema Informativo Sanitario Integrato Regionale (SISIR), nell'attuale accezione, trova il suo fondamento normativo nell'art. 49 Legge Regionale 31 ottobre 2001, n. 39 "Per il controllo dei livelli delle prestazioni erogate nelle strutture pubbliche e private, nonché per il monitoraggio delle stesse ai fini della compensazione della mobilità sanitaria il Dipartimento regionale competente in materia di sanità si avvale del Sistema Informativo del Servizio sanitario regionale omissis... fornisce alle strutture del Servizio sanitario regionale il necessario supporto per un corretto funzionamento dei servizi da queste ultime erogate; garantisce alla Regione un flusso di informazioni in grado di consentire un adeguato svolgimento della propria attività di programmazione e di indirizzo; offre in accordo con le altre strutture sanitarie ai cittadini ed agli operatori del Servizio sanitario regionale dati ed informazioni sull'attività svolta e sulle prestazioni erogate ai fini di educazione sanitaria, partecipazione e controllo; è

preposto al coordinamento dei sistemi informativi delle Aziende sanitarie, nei cui confronti emana direttive tecniche di funzionamento omissis..”

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

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

- agevolare processi informatici di convergenza (interoperabile by design);
- gestire la grande mole di dati clinici dei pazienti (dati pubblici un bene comune), in sicurezza (sicurezza e privacy by design);
- abilitare le dinamiche di alimentazione ed interoperabilità con soluzioni regionali o nazionali di Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE - (transfrontaliero by design);
- fornire maggiore disponibilità (cloud first) per la fruizione (digital identity once only) dei dati, in modo inclusivo ed accessibile, da parte dei diversi attori del Sistema Sanitario (Cittadini, Operatori Sanitari, Governo Regionale e Governo Nazionale);
- rendere maggiormente fruibili i servizi per l’accesso ai dati clinico sanitari (user-centric, data driven e agile) più innovativi (digital & mobile first).

L’Azienda Sanitaria Locale intende potenziarsi della possibilità di approvvigionarsi di servizi per lo sviluppo e la manutenzione di moduli software che assicureranno le funzionalità per la gestione dei processi sanitari, in grado di garantire la piena interoperabilità e cooperazione applicativa delle piattaforme integrate nell’architettura tecnologica in uso nella realtà dell’ASM Matera. Pertanto ha deciso, coerentemente alle indicazioni contenute nell’Accordo Quadro di Sanità Digitale dedicato ai Sistemi Informativi Clinico-assistenziali, di aderirvi con i fondi PNRR.

In considerazione di quanto sopra espresso si riepilogano quelli che vogliono essere gli obiettivi principali:

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

erogati dalle piattaforme informatiche sopra descritte e di quelle già in uso presso l'Amministrazione.

Le attività di monitoraggio sugli obiettivi sono state sviluppate con riferimento a quanto di seguito riportato relativamente allo stato di attuazione per l'anno 2024.

Attuazione delle azioni nell'anno 2024:

Si precisa che, in riferimento ai punti 1), 2), 3), 4), 5) e 6) già individuati nel precedente anno, e che sono riconfermati anche nel 2025, nell'ambito del PNRR M6.C2 – 1.1.1. “Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione delle strutture ospedaliere (DEA Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di Livello I e II))” l'ASM ha aderito agli AQ “Affidamento di servizi applicativi e di servizi di supporto in ambito Sanità digitale - Sistemi Informativi Sanitari e servizi al cittadino per le PA del SSN” - ID 2365 - Lotto2 e Lotto4 con aggiudicazione rispettivamente in data 05.06.2023 e 11.05.2023. Sono stati prodotti documenti di analisi e progettazione.

Segue l'elenco degli obiettivi per l'anno 2025:

OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONI	INDICATORI	TEMPISTICA
Prosecuzione del processo di informatizzazione	Implementazione cartella clinica informatizzata, Sistema Informativo Sanitario Integrato Regionale (SISIR) e integrazione sistemi informativi intra ospedalieri e tra ospedale e territorio (Dimissione Protetta).	Implementazione cartella clinica informatizzata	31/12/202
	Miglioramento della sicurezza dei sistemi informatici e protezione dei dati sensibili	Implementazione della cyber security e migrazione verso il Polo Strategico Nazionale/Regionale	Triennio 2024-2026
Reingegnerizzazione dell'infrastruttura IT, in conformità ai principi stabiliti nell'Agenda Digitale e nel Piano Triennale per informatizzazione delle PPAA, così come confermati nel PNRR	Realizzazione progetto di revisione strutturale dell'architettura informatica hardware e software da rendere adatta a supportare i processi di trasformazione digitale presenti e futuri	Predisposizione del progetto ed implementazione	Triennio 2024-2026
Miglioramento della gestione protesica	Scheda/fascicolo digitale per ciascuno dei propri assistiti che fruisca delle prestazioni di assistenza protesica, contenente tutta la documentazione	Acquisizione software per la gestione delle attività inerenti l'assistenza protesica e la gestione del parco ausili, integrato con l'app lo	Triennio 2024-2026

Le attività di monitoraggio sugli obiettivi sono state sviluppate con riferimento a quanto di seguito riportato relativamente allo stato di attuazione per l'anno 2024.

Attuazione delle azioni nell'anno 2024:

Implementazione cartella clinica informatizzata, Sistema Informativo Sanitario Integrato Regionale (SISIR) e integrazione sistemi informativi intra ospedalieri e tra ospedale e territorio (Dimissione Protetta).

E' stato portato avanti l'avvio del Sistema Atl@nte – interRAI – NecPal, che contiene anche il modulo per il governo del percorso delle DIMISSIONI PROTETTE da ospedale e, successivamente, il modulo delle dimissioni protette da post-acuto, fondamentale per il successo dei percorsi sociosanitari ed assistenziali. Infatti tale procedura rientra nel piano strategico della Regione Basilicata che, in attuazione del PNRR e della DGR 434/2020, prevede l'attivazione delle Centrali Operative Regionali/Aziendali e della Centrale Unica Regionale.

A seguito dell'interazione del Sistema Atl@nte con i nuovi sistemi informativi AMICO/ARCA installati presso tutte le strutture ospedaliere regionali, è necessario un'ulteriore attività formativa ed è stata estesa agli operatori delle COT (Centrali Operative Territoriali).

Atl@nte Dimissioni Protette è correttamente funzionante, visto il completamento al 100% in tutta l'Asm della cartella clinico/ambulatoriale (AMICO/ARCA).

Miglioramento della sicurezza dei sistemi informatici e protezione dei dati sensibili

Realizzazione progetto di revisione strutturale dell'architettura informatica Hw e Sw"

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

L'ASM ha pertanto presentato un "Piano Operativo", relativamente alla richiesta di fornitura di prodotti e servizi per la sicurezza perimetrale, protezione degli EndPoint e anti-APT per l'Azienda Sanitaria Locale di Matera - ASM MATERA.

Sulla base dello specifico scenario infrastrutturale analizzato è stata proposta una soluzione in grado di innalzare il livello operativo di sicurezza informatica a garanzia della cybersecurity dei presidi ospedalieri coinvolti e più in generale dell'intera rete aziendale.

Miglioramento della gestione della protesica

Relativamente alla protesica, nell'ambito del PNRR M6.C2 – 1.1.1. "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione delle strutture ospedaliere (DEA Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di Livello I e II))" l'ASM ha aderito agli AQ "Affidamento di servizi applicativi e di servizi di supporto in ambito Sanità digitale - Sistemi Informativi Sanitari e servizi al cittadino per le PA del SSN" - ID 2365 - Lotto2 con aggiudicazione in data 05.06.2023. Il prodotto è stato presentato al personale dell'ufficio interessato. Sono stati prodotti documenti di analisi e progettazione.

2.1.4 Obiettivi di benessere equo e sostenibile

Segue l'elenco degli obiettivi per l'anno 2025:

OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONI	INDICATORI	TEMPISTICA
Monitoraggio da remoto e/o con visite periodiche a domicilio di pazienti cronici ed anziani	Attivazione di una piattaforma di Telemedicina	Effettiva attivazione della piattaforma di Telemedicina	Triennio 2024-2026

Le attività di monitoraggio sugli obiettivi sono state sviluppate con riferimento a quanto di seguito riportato relativamente allo stato di attuazione per l'anno 2024.

Attuazione delle azioni nell'anno 2024:

Attivazione di una piattaforma di Telemedicina

Facendo riferimento alla nota regionale n. 9401 del 15.01.2024 l'Azienda Sanitaria Locale di Matera relativamente alla linea del PNRR M6.C2 - 1.3.1 "Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE)" ha trasmesso ed individuato i suoi referenti.

2.1.5 Obiettivi di efficientamento energetico

2.1.5.1 Premessa

Le misure di risparmio energetico nelle strutture ospedaliere devono coniugare l'obiettivo di risparmio energetico e di difesa ambientale con la convenienza economica e con le specifiche esigenze operative delle stesse strutture, in particolare per quanto concerne la qualità e l'affidabilità dell'approvvigionamento energetico.

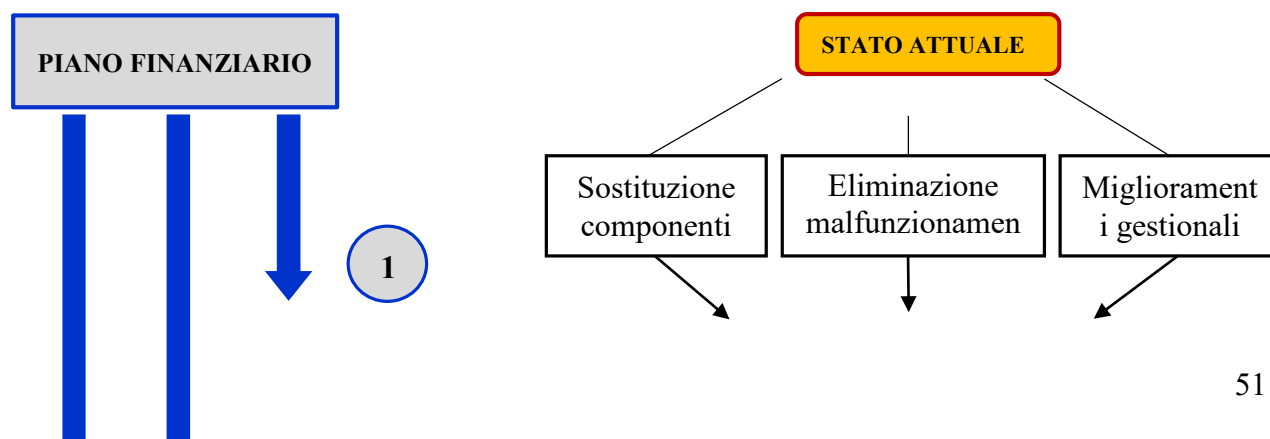
Unitamente alle **misure tecniche** da prendere per rendere efficienti gli impianti e gli involucri edili, sono necessarie anche **azioni di sensibilizzazione del personale**, mirate ai comportamenti di consumo, che possono avere un'incidenza non indifferente sul fabbisogno energetico.

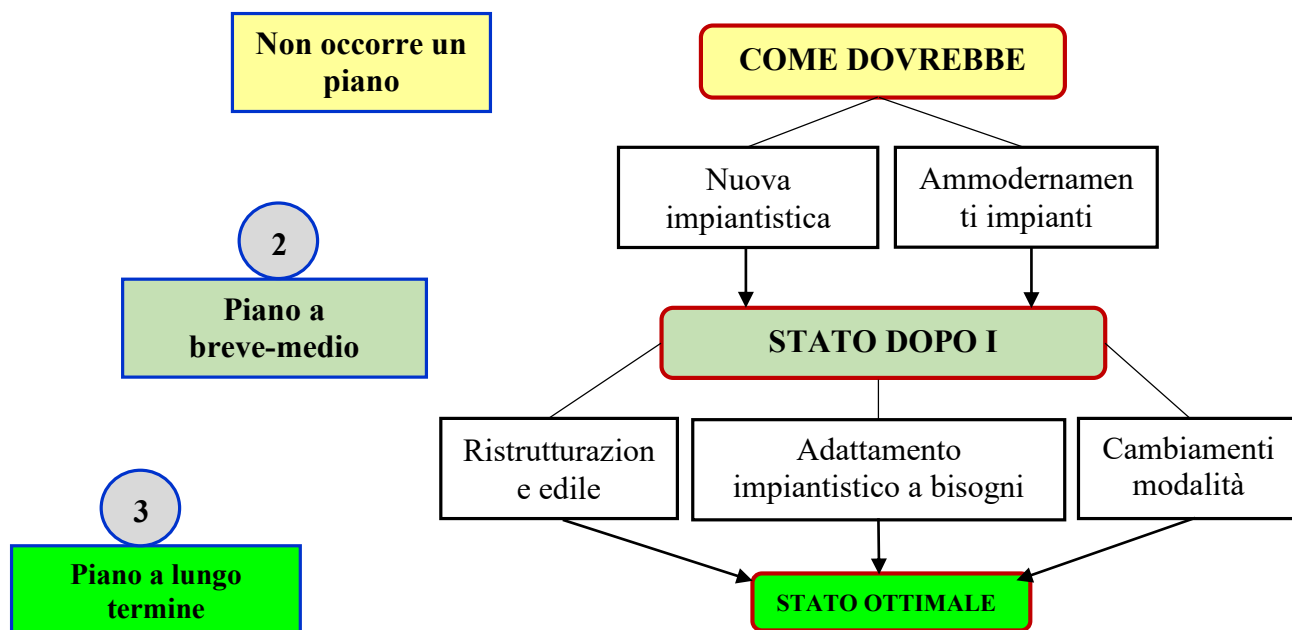
Gli interventi di ristrutturazione, razionalizzazione ed ampliamento delle strutture esistenti rappresentano la maggior parte delle azioni che verranno effettuate a breve e medio termine.

I livelli di intervento nel risparmio energetico possono essere attuati secondo modalità differenti che potranno essere definite sulla base delle specifiche esigenze delle ASL e delle Aziende Ospedaliere.

La seguente figura illustra le fasi principali di un **programma di risparmio energetico a lungo termine**, che si suddivide in:

1. una **prima fase "quasi immediata"**, che consiste nel portare le strutture esistenti, senza interventi di modifica, nelle condizioni di esercizio ottimale, eliminando guasti e malfunzionamenti, effettuando le regolazioni e le manutenzioni previste dal progetto;
2. una **seconda fase "a breve-medio termine"**, in cui si effettuano modifiche, migliorie ed ammodernamenti prevalentemente impiantistici;
3. una **terza fase "a lungo termine"**, che comprende sostanziali migliorie (riqualificazioni energetiche) nelle strutture edili e, conseguenti adeguamenti/ridimensionamenti nell'impiantistica diventata sovradimensionata a seguito dei ridotti bisogni energetici della struttura.





2.1.5.2 Proposta di partenariato pubblico privato

L'impresa che gestisce la manutenzione impiantistica in A.S.M., ha presentato una Proposta di Partenariato Pubblico Privato (PPP) ai sensi dell'art.183 comma 15 del D.Lgs. 50/2016, per offrire un servizio integrato tale da ricomprendere tutte quelle forniture di beni, prestazioni ed attività, riconducibili al servizio energia termico e/o elettrico, alla gestione e manutenzione degli impianti relativi alle reti idriche di acqua fredda e calda sanitaria nonché ai servizi di carattere innovativo, comprendendo lavori ed interventi di adeguamento normativo, riqualificazione tecnologica e monitoraggio per la costante analisi dei benefici attesi.

L'obiettivo strategico di tale proposta è quello di coniugare l'erogazione dei suddetti servizi con le più evolute soluzioni per l'efficientamento energetico e di decarbonizzazione grazie anche allo sfruttamento delle energie rinnovabili, al fine di contenere i consumi di energia e creare l'indipendenza dall'utilizzo di fonti energetiche. Ciò consentirebbe la riqualificazione tecnologica e la messa a norma degli impianti, attraverso un piano di investimenti sostenibile (e asseverato da un ente terzo autorizzato) a carico del proponente.

Di seguito si riportano le caratteristiche principali della proposta di PPP.

Vantaggi per la Pubblica Amministrazione	Driver strategici della proposta	Fasi di sviluppo della proposta
- trasferimento ottimale dei rischi all'operatore privato; - contenimento della spesa; - contabilizzazione (off balance) dell'operazione; - flessibilità dello strumento tarato sulle reali necessità della Pubblica Amministrazione; - partnership Pubblico-Privata per lo sviluppo di soluzioni e tecnologie innovative; - coinvolgimento di competenze private in tutte le fasi dell'operazione	- ottimizzazione della strategia energetica in collaborazione con l'A.S.M.; - riduzione degli usi finali di energia; - produzione efficiente di energia; - trasformazione efficiente di energia; - utilizzo di tecnologie green-tech; - ottimizzazione del confort ambientale; - adeguamento normativo e messa in sicurezza degli impianti;	- raccolta dati - preparazione proposta - consegna ed analisi della proposta - dichiarazione pubblico interesse - Stipula contratto Durata complessiva prevista: 4 mesi.

con ottimizzazione dei costi operativi e riduzione della spesa corrente; – l'operatore privato solleva la stazione appaltante dall'onere della progettazione in fase di gara; – strumento trasparente (ANAC, MEF, DIPE); – il soggetto privato investe per la realizzazione di opere utili alla P.A.; – incremento dell'efficienza energetica e della sicurezza del patrimonio edilizio delle P.A.; – crescita economica locale e valorizzazione del territorio.	– integrazione con il sistema di monitoraggio dell'A.S.M.; – ottimizzazione disponibilità degli impianti; – valorizzazione economica degli immobili; – riduzione dei consumi di energia primaria; – riduzione dei costi di gestione attuali dell'A.S.M.; – riduzione delle emissioni inquinanti; – sostenibilità economica-finanziaria; – utilizzo degli incentivi statali disponibili; – investimento Off Balance per l'A.S.M.	
---	---	--

2.1.5.3 Misure tecniche

Di seguito si riportano in forma tabellare alcune proposte di efficientamento energetico da intraprendere a **breve termine** per ciascuna struttura ospedaliera aziendale.

PRESIDIO OSPEDALIERO DI MATERA

N.	Situazione esistente	Proposta di efficientamento
1	Nel P.O. è presente un impianto di trigenerazione che funziona dalle ore 08:00 alle ore 20:00.	Funzionamento h24 (attuata nel 2023)
2	L'impianto di illuminazione interno è stato oggetto di parziale relamping.	Sostituzione vecchie sorgenti luminose con quelle a tecnologia led (attuata nel 2024).
3	L'impianto di illuminazione esterno/stradale è stato oggetto di parziale relamping.	Sostituzione integrale delle vecchie sorgenti luminose con quelle a tecnologia led.
4	La centrale termica si compone di 4 caldaie a volume d'acqua, 2 caldaie a vapore e un assorbitore combinato con la trigenerazione.	Riqualificazione energetica della stessa, previa valutazione di migliorie realizzabili.
5	Gli impianti di illuminazione esterna dispongono già di interruttori crepuscolari e temporizzatori.	Installazione di nuovi interruttori-programmatori di nuova concezione con possibilità di regolazione sia temporale che crepuscolare (timer astronomici). Parzializzazione delle accensioni per zone e/o elementi illuminanti, dove le condizioni impiantistiche lo consentono.
6	L'impianto di illuminazione dei WC del P.O. non dispone di interruttori di presenza.	Installazione di rilevazione di presenza in tutti i locali WC e ambienti affini.
7	Il sistema di supervisione e monitoraggio degli impianti termici risulta guasto; trattasi comunque di un sistema obsoleto e vetusto non in grado di ottimizzare il funzionamento degli impianti tecnologici ai fini energetici.	Revamping del sistema. Installazione/sostituzione di valvole termostatiche sugli elementi radianti di riscaldamento. Previa verifica impiantistica potrebbe attuarsi l'intercettazione di parte degli impianti di

		riscaldamento-condizionamento a servizio di reparti non utilizzati o sotto utilizzati.
--	--	--

PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLICORO

N.	Situazione esistente	Proposta di efficientamento
1	L'impianto di illuminazione esterno/stradale è stato oggetto di parziale relamping.	Sostituzione integrale delle vecchie sorgenti luminose con quelle a tecnologia led (in corso di attuazione).
2	La centrale termica si compone di 3 caldaie a volume d'acqua, di cui una recente a condensazione.	Riqualificazione energetica della stessa, previa valutazione di migliorie realizzabili.
3	Gli impianti di illuminazione esterna dispongono già di interruttori crepuscolari e temporizzatori.	Installazione di nuovi interruttori-programmatori di nuova concezione con possibilità di regolazione sia temporale che crepuscolare (timer astronomici). Parzializzazione delle accensioni per zone e/o elementi illuminanti, dove le condizioni impiantistiche lo consentono.
4	L'impianto di illuminazione dei WC del P.O. non dispone di interruttori di presenza.	Installazione di rilevazione di presenza in tutti i locali WC e ambienti affini.
5	Il sistema di supervisione e monitoraggio degli impianti termici risulta funzionante; trattasi comunque di un sistema obsoleto e vetusto non in grado di ottimizzare il funzionamento degli impianti tecnologici ai fini energetici.	Revamping del sistema. Installazione/sostituzione di valvole termostatiche sugli elementi radianti di riscaldamento. Previa verifica impiantistica potrebbe attuarsi l'intercettazione di parte degli impianti di riscaldamento-condizionamento a servizio di reparti non utilizzati o sotto utilizzati.

OSPEDALE DISTRETTUALE DI STIGLIANO

N.	Situazione esistente	Proposta di efficientamento
1	L'impianto di illuminazione esterno/stradale è stato oggetto di parziale relamping.	Sostituzione integrale delle vecchie sorgenti luminose con quelle a tecnologia led.
2	La centrale termica si compone di 4 caldaie a volume d'acqua e 4 caldaie murali ad uso domestico nella palazzina uffici.	Riqualificazione energetica della stessa, previa valutazione di migliorie realizzabili.
3	Gli impianti di illuminazione esterna dispongono già di interruttori crepuscolari e temporizzatori.	Installazione di nuovi interruttori-programmatori di nuova concezione con possibilità di regolazione sia temporale che crepuscolare (timer astronomici). Parzializzazione delle accensioni per zone e/o elementi illuminanti, dove le condizioni impiantistiche lo consentono.
4	L'impianto di illuminazione dei WC del P.O. non dispone di interruttori di presenza.	Installazione di rilevazione di presenza in tutti i locali WC e ambienti affini.
5	Il sistema di supervisione e monitoraggio degli impianti termici e frigoriferi risulta assente.	Installazione/sostituzione di valvole termostatiche sugli elementi radianti di riscaldamento. Previa verifica impiantistica potrebbe attuarsi l'intercettazione di parte degli impianti di

		riscaldamento-condizionamento a servizio di reparti non utilizzati o sotto utilizzati.
--	--	--

OSPEDALE DISTRETTUALE DI TRICARICO

N.	Situazione esistente	Proposta di efficientamento
1	L'impianto di illuminazione esterno/stradale è del tipo con lampade ad incandescenza.	Sostituzione integrale delle vecchie sorgenti luminose con quelle a tecnologia led.
2	La centrale termica si compone di 3 caldaie a volume d'acqua del tipo a condensazione ed è stata oggetto di riqualificazione.	Nessuna
3	Gli impianti di illuminazione esterna dispongono già di interruttori crepuscolari e temporizzatori.	Installazione di nuovi interruttori-programmatori di nuova concezione con possibilità di regolazione sia temporale che crepuscolare (timer astronomici). Parzializzazione delle accensioni per zone e/o elementi illuminanti, dove le condizioni impiantistiche lo consentono.
4	L'impianto di illuminazione dei WC del P.O. non dispone di interruttori di presenza.	Installazione di rilevazione di presenza in tutti i locali WC e ambienti affini.
5	Il sistema di supervisione e monitoraggio degli impianti termici e frigoriferi risulta assente.	Installazione/sostituzione di valvole termostatiche sugli elementi radianti di riscaldamento. Previa verifica impiantistica potrebbe attuarsi l'intercettazione di parte degli impianti di riscaldamento-condizionamento a servizio di reparti non utilizzati o sotto utilizzati.

OSPEDALE DISTRETTUALE DI TINCHI

N.	Situazione esistente	Proposta di efficientamento
1	L'impianto di illuminazione esterno/stradale è stato oggetto di parziale relamping.	Sostituzione integrale delle vecchie sorgenti luminose con quelle a tecnologia led.
2	La centrale termica si compone di 6 caldaie a condensazione e 2 caldaie domestiche situate nei locali 118 e uffici, ed è stata recentemente oggetto di riqualificazione.	Nessuna
3	Gli impianti di illuminazione esterna dispongono già di interruttori crepuscolari e temporizzatori.	Installazione di nuovi interruttori-programmatori di nuova concezione con possibilità di regolazione sia temporale che crepuscolare (timer astronomici). Parzializzazione delle accensioni per zone e/o elementi illuminanti, dove le condizioni impiantistiche lo consentono.
4	L'impianto di illuminazione dei WC del P.O. non dispone di interruttori di presenza.	Installazione di rilevazione di presenza in tutti i locali WC e ambienti affini.
5	Il sistema di supervisione e monitoraggio degli impianti termici e frigoriferi risulta assente.	Installazione/sostituzione di valvole termostatiche sugli elementi radianti di riscaldamento. Previa verifica impiantistica potrebbe attuarsi l'intercettazione di parte degli impianti di riscaldamento-condizionamento a servizio di reparti non utilizzati o sotto utilizzati.

2.1.5.4 Sensibilizzazione del personale

Unitamente alle misure tecniche ed edilizie, il comportamento consapevole e responsabile del personale nell'uso dell'energia rappresenta uno dei fattori chiave per la riduzione del fabbisogno energetico nelle Aziende Sanitarie Locali.

Questo vale prioritariamente per il personale addetto al funzionamento degli impianti, ma anche il personale amministrativo, medico e paramedico deve essere sufficientemente motivato ed informato circa l'uso razionale dell'energia.

La migliore tecnologia e l'ottimale distribuzione del calore perdono il loro effetto, se parallelamente il personale responsabile non viene informato o istruito.

Il personale interessato agli impianti di riscaldamento, climatizzazione deve possedere una completa conoscenza delle nuove tecnologie; ciò vale sia per i parametri di regolazione di una caldaia per riscaldamento che per la ventilazione manuale dei locali.

I tipici errori che conducono ad un inutile aumento di consumo energetico, sono i seguenti:

- regolazione troppo alta della temperatura ambientale e troppo bassa dell'umidità dell'aria;
- uso sbagliato dell'impianto di regolazione;
- errata regolazione del crono termostato;
- elevata temperatura dell'acqua sanitaria;
- elevata temperatura in uscita degli impianti di riscaldamento;
- assenza di una sorveglianza programmata (per esempio cambio dei filtri);
- illuminazione artificiale dei locali, nonostante una sufficiente luminosità naturale;
- funzionamento degli impianti di ventilazione in locali non utilizzati;
- mancato spegnimento delle apparecchiature al termine del loro utilizzo.

Concrete misure per migliorare l'uso dell'energia possono essere adottate non solo migliorando l'informazione del personale, ma anche rendendo indipendente l'erogazione del servizio energetico dal personale.

L'automazione dei procedimenti di regolazione in questo senso è fondamentale.

Apportare slogan quali **“risorse limitate”** o **“inquinamento ambientale”** non è sufficiente per motivare il personale.

Per rinforzare la consapevolezza all'uso razionale dell'energia sono necessari piuttosto impegni quali, per esempio, premiare alla fine dell'anno per il raggiunto risparmio di costi energetici un progetto interno all'ospedale, con il quale tutto il personale, e non solo quello tecnico, si identifica direttamente.

Ciò non solo aumenterebbe la motivazione, ma anche la collegialità e l'autocontrollo.

A tal fine è necessario, anche a livello di piccole unità, una raccolta di dati relativi al consumo energetico, un confronto tra i valori rilevati e quelli impostati, una rilevazione dei consumi, da raggruppare per centri di costo corrispondenti, ovvero l'introduzione della contabilizzazione dell'energia.

I più importanti strumenti di misurazione del consumo, sono:

- contatori di: calore, energia elettrica, gas, acqua;
- misuratori delle ore di funzionamento.

Solo una raccolta costante dei dati relativi al consumo energetico rende possibile l'introduzione di misure di risparmio ragionevoli ed efficienti.

Il controllo dei consumi dovrebbe essere inteso come compito duraturo.

L'impiego di computer per l'elaborazione dei dati facilita notevolmente questo lavoro di routine.

2.1.6. Monitoraggio e Attuazione azioni anno 2024

Le attività di monitoraggio sugli obiettivi sono stati sviluppati con riferimento a quanto di seguito riportato relativamente allo stato di attuazione per l'anno 2024.

In riferimento alle proposte di efficientamento energetico relativamente alle strutture ospedaliere aziendali, inserite nel PIAO 2024 si rendiconta quanto segue:

- relativamente ai PP.OO. di Matera e Policoro e agli OO.DD. di Tricarico, Stigliano e Tinchì è stata completata la sostituzione integrale delle vecchie sorgenti luminose interne con quelle a tecnologia led.

Le proposte di miglioramento indicate nel PIAO 2024 e non ancora attuate, sono state riproposte come obiettivo per l'anno 2025.

2.2 La performance

2.2.1 Introduzione

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

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

Con riguardo agli obiettivi di salute e di programmazione sanitaria aggiornati annualmente dalla Regione alle ASL, e che rappresentano gli obiettivi di performance aziendali, si fa specifico riferimento a quelli che saranno definiti e assegnati dalla Regione tramite DGR riguardante gli *Obiettivi di Salute e di Programmazione Sanitaria per le Direzioni Generali delle Aziende ASP, ASM e AOR San Carlo di Potenza e per la Direzione Generale dell'IRCCS CROB di Rionero in Vulture per l'anno 2025*.

2.2.2 Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance

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

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

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

Il documento SMVP adottato con deliberazione aziendale n. 1089 del 12/12/2019, sarà aggiornato nel corso del 2025 per adeguarlo alle novità normative e ai nuovi indirizzi in materia di misurazione della Performance individuale indicate nella Direttiva del Ministro Zangrillo del 28 novembre 2023.

Il SMVP costituisce un importante tassello del processo di crescita e miglioramento avviato dall'Azienda, finalizzato, da un lato, a dare concreta attuazione ai principi della meritocrazia e della trasparenza, cui si

ispira l'intero impianto della "Riforma Brunetta", dall'altro, a favorire processi di innalzamento qualitativo dei livelli di assistenza da erogare alla popolazione.

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

In tale prospettiva, si distingue tra:

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

2.2.3 La Performance Organizzativa

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

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

Coerentemente a tale impianto, la performance organizzativa si sviluppa attraverso tre momenti fondamentali:

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

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

1. **definizione e assegnazione degli obiettivi che si intende raggiungere, degli indicatori, dei risultati e dei valori attesi;** In questa fase la Direzione Aziendale procede alla individuazione delle priorità e degli indirizzi strategici sui quali fondare le proprie scelte programmatiche, tenendo conto degli obiettivi di salute e di programmazione sanitaria assegnati annualmente dalla Giunta Regionale, solitamente con un orizzonte temporale triennale, oltre che dei vincoli e dei limiti di ordine finanziario, che trova una prima esplicitazione nel bilancio economico di previsione annuale e triennale.
2. **collegamento tra obiettivi ed allocazione delle risorse;** In questa fase il Comitato di Budget Aziendale, per il tramite dell'U.O.S.D. Programmazione e Controllo di Gestione, a seguito di un processo di negoziazione e condivisione con i Direttori di Dipartimento e Direttori di Strutture Complesse/Semplici Dipartimentali, compreso il Dirigente delle Professioni Sanitarie, predispone le proposte di budget per ogni singola articolazione organizzativa aziendale, in conformità alle indicazioni contenute nel "Manuale delle Procedure Operative della Pianificazione, Programmazione e Controllo Strategico, Direzionale e Operativo", adottato

con deliberazione aziendale n. 718/2014 e s.m.i.. Le suddette proposte di budget, contenenti gli obiettivi assegnati alle articolazioni organizzative aziendali, con i relativi indicatori e valori attesi, sono adottate dal Direttore Generale con propria deliberazione. L'adozione dei documenti di budget, con la conseguente assegnazione degli obiettivi ai vari dirigenti responsabili delle articolazioni organizzative aziendali, può avvenire contestualmente alla adozione del Piano della Performance. I dirigenti assegnatari delle schede di budget, a loro volta condividono gli obiettivi assegnati alla propria articolazione organizzativa in sede di assegnazione degli obiettivi per la valutazione annuale individuale della dirigenza e del comparto, secondo le modalità definite nei rispettivi regolamenti allegati al presente documento.

3. **monitoraggio in corso di esercizio, con attivazione di eventuali interventi correttivi;** Il Direttore Generale effettua, nel corso dell'anno, la verifica relativa al grado di attuazione degli obiettivi, avvalendosi dei dati del Controllo di Gestione. La verifica è finalizzata a misurare i risultati riferibili alle attività oggetto degli obiettivi strategici e operativi, conseguiti nel lasso di tempo considerato, e a verificare cause di eventuali scostamenti approntando i conseguenti interventi correttivi, compresa l'ipotesi di riprogrammazione degli obiettivi. La riprogrammazione degli obiettivi potrà avvenire secondo la stessa procedura di approvazione indicata alle precedenti fasi. Dell'attività di eventuale riprogrammazione degli obiettivi deve essere data informazione tempestiva all'Organismo Indipendente di Valutazione.
4. **misurazione e valutazione della performance, organizzativa ed individuale, secondo frequenza e modalità definite;** 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 così come declinati alle varie articolazioni organizzative aziendali (Dipartimenti, Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali) nell'ambito del Processo di Budgeting. Oggetto della valutazione della componente individuale della performance è la verifica dei comportamenti individuali, della professionalità espressa nell'espletamento del servizio, nella 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.
La misurazione della valutazione della performance organizzativa e individuale è effettuata annualmente secondo quanto stabilito nei regolamenti adottati con delibera n. 1089/2019 per i singoli profili professionali dei dipendenti.
5. **utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;** Strettamente connesso ai risultati della Performance è il Sistema Premiante, che ha lo scopo di promuovere il miglioramento continuo delle prestazioni erogate e dei risultati conseguiti nell'anno, agendo sulla leva motivazionale attraverso il riconoscimento del merito individuale.
Il Sistema Premiante si articola nel seguente modo:
 - Per il Comparto: Compartecipazione alla produttività aziendale
 - Per la Dirigenza: Erogazione della retribuzione di risultato

La correlazione tra le risultanze della valutazione della performance individuale ed il sistema premiante è definita negli Accordi Integrativi tra la Direzione e le OO.SS. competenti per Area. Gli atti relativi ai suddetti Accordi, adottati dalla Direzione Aziendale, sono notificati anche all'OIV per quanto di competenza. Le modalità di determinazione ed assegnazione ai dipendenti delle quote relative alla produttività aziendale e alla retribuzione di risultato sono indicate nei rispettivi regolamenti.

6. **rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico - amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e destinatari dei servizi.**
Il ciclo di gestione relativo alla performance organizzativa si conclude, ai sensi dell'articolo 10, comma 1, lettera b) del D.Lgs. n. 150/2009, con la redazione della relazione sulla performance relativa all'attività svolta durante l'anno precedente. Quest'ultima viene redatta a cura dell'U.O.S.D. Programmazione e controllo di gestione, sulla scorta dei report e dei documenti che i direttori delle singole articolazioni organizzative devono fornire, attestando le attività svolte e il grado di raggiungimento degli obiettivi. I singoli direttori assegnatari delle schede di budget sono tenuti a fornire le relazioni relative al

raggiungimento degli obiettivi entro e non oltre il 15 maggio dell'anno successivo a quello di riferimento. L'omessa presentazione della relazione, comporta l'esclusione dall'accesso alla retribuzione di risultato. Il ritardo nella presentazione della relazione, qualora sia ingiustificato e/o determinato da un comportamento poco collaborativo e non conforme alle regole dell'Azienda, comporta una riduzione del 20% della retribuzione di risultato spettante. La proposta di relazione sulla performance, redatta dalle strutture di staff, è sottoposta all'esame della Direzione Strategica ed inviata all'Organismo Indipendente di Valutazione entro il 15 giugno di ciascun anno al fine di consentirne una prima valutazione. Successivamente, entro il 30 giugno di ogni anno, il Direttore Generale approva la relazione de quo con propria deliberazione e la trasmette all'Organismo Indipendente di Valutazione per la successiva validazione ai sensi dell'art. 14 comma 4 lett. c) del D.Lgs. n. 150/2009.

L'intero ciclo della performance, compresa la rendicontazione dei risultati, inserito nel corpo della relazione a consuntivo è resa pubblica e consultabile nella sezione dedicata di Amministrazione trasparente del sito web aziendale;

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

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

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

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

In questa fase la Direzione Aziendale procede alla individuazione delle priorità e degli indirizzi strategici sui quali fondare le proprie scelte programmatiche, tenendo conto degli obiettivi di salute e di programmazione sanitaria assegnati annualmente dalla Giunta Regione, solitamente con un orizzonte temporale triennale, oltre che dei vincoli e dei limiti di ordine finanziario, che trova una prima esplicitazione nel Bilancio economico di previsione annuale e triennale, predisposto, di norma entro il 10 novembre dell'anno precedente a quello considerato sulla base del Piano provvisorio di riparto delle risorse finanziarie assegnate dalla Regione e che per il 2024 non è ancora pervenuto. Tenendo conto dello slittamento dei termini di trasmissione da parte della Regione degli obiettivi e delle risorse per il 2024 la ASM farà riferimento agli obiettivi regionali definiti nel precedente documento di programmazione.

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

- ***Fase 2. Redazione del PIAO***

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

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

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

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

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

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

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

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

Il Direttore Generale effettua, nel corso dell'anno, la verifica relativa al grado di attuazione degli obiettivi, avvalendosi dei dati elaborati dal Controllo di Gestione. La verifica è finalizzata a misurare i risultati riferibili alle attività oggetto degli obiettivi strategici e operativi, conseguiti nel lasso di tempo considerato, e a verificare cause di eventuali scostamenti individuando i conseguenti interventi correttivi, compresa l'ipotesi di riprogrammazione degli obiettivi. La riprogrammazione degli obiettivi potrà avvenire secondo la stessa procedura di approvazione indicata alle precedenti fasi. Dell'attività di eventuale riprogrammazione degli obiettivi deve essere data informazione tempestiva all'Organismo Indipendente di Valutazione.

- **Fase 5. Valutazione finale**

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

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

Ulteriori ambiti di misurazione della performance organizzativa

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

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

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

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

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

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

Il tema delle pari opportunità costituisce un elemento di fondamentale importanza nell'ottica dello sviluppo delle risorse umane destinato all'incremento delle performance di qualsiasi tipo di organizzazione, e ancor più nelle pubbliche amministrazioni, dove si caratterizza come elemento trasversale per il perseguimento della missione e il rispetto dei valori che guidano le attività e i processi decisionali, sia di carattere strategico che operativo.

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

La ASM, sulla base dell'art. 21 della Legge n. 183/2010, con deliberazione n.1202 del 2/11/2011, integrata con deliberazione n. 277 del 22.03.2012, ha istituito il Comitato Unico di Garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, così come, da ultimo, ricomposto con successive deliberazione n. 741 del 07/08/2020 e n. 881 del 08/10/2020.

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

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

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

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

2.2.4. La Performance individuale

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

Gli scopi prioritari della misurazione e valutazione annuale della performance individuale sono i seguenti:

- Evidenziare l'importanza del contributo individuale del personale valutato rispetto agli obiettivi dell'azienda nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza anche in relazione alla natura, tipologia e contenuto dell'incarico, ove attribuito, mettendo in risalto il comportamento e la capacità professionale, la capacità gestionale e manageriale, ove richiesta;
- Chiarire e comunicare che cosa ci si attende – in termini di risultati e comportamenti – dal singolo dipendente rispetto agli obiettivi assegnati e ai risultati attesi: la valutazione potrà avvenire anche la definizione da parte del valutatore di specifici indicatori, metodi e strumenti per la misurazione dei risultati. Il valutatore, pertanto, ove richiesto, dovrà illustrare ai dirigenti affidati alla sua responsabilità gli elementi procedurali previsti in ogni tipologia di valutazione, compresa la scala dei giudizi possibili;

- Supportare le singole persone nel miglioramento della loro performance, anche per generare allineamento con gli obiettivi complessivi dell'azienda;
- Valutare la performance del dipendente e comunicare i risultati e le aspettative future alla singola persona interessata (supportare l'allineamento);
- Contribuire a creare e mantenere un clima organizzativo favorevole;
- Premiare la performance individuale attraverso opportuni sistemi incentivanti ispirati alla cultura della meritocrazia;
- Promuovere una corretta gestione delle risorse umane.

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

I soggetti coinvolti nel percorso valutativo annuale sono:

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

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

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

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

L'attuazione del Sistema è sintetizzato nel grafico seguente:



L'Oiv ha il compito di esaminare in seconda istanza le valutazioni di tutto il personale dirigenziale e del comparto dell'Asm.

Si fa presente che il 28 novembre 2023 il Ministro della Pubblica amministrazione ha approvato la Direttiva "Nuove indicazioni in materia di misurazione e di valutazione della performance individuale" che fornisce indicazioni con riguardo alle modalità operative da adottare per la misurazione e la valutazione

della performance individuale del personale delle amministrazioni pubbliche, di livello dirigenziale e non, al fine di integrare e adeguare ai nuovi indirizzi di efficacia ed efficienza l'attività delle amministrazioni pubbliche con particolare riferimento, fra l'altro, a:

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

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

2.2.5 Gli indirizzi strategici

Il contenimento delle liste di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero, la riduzione della mobilità ospedaliera passiva extraregionale, il contenimento della spesa farmaceutica e di quella per i dispositivi medici sono obiettivi prioritari per l'anno 2025, come specificati successivamente nel Piano d'azione al punto 2.2.5.1 del documento. Risulta di importanza strategica lo sviluppo delle attività di ricovero e ambulatoriali secondo modelli organizzativi che massimizzino l'ottimizzazione dell'offerta in relazione alla domanda anche attraverso riorganizzazioni e accordi funzionali.

In tal senso, quest'Azienda per l'anno 2025, intende conformarsi pienamente agli indirizzi emanati dalla programmazione nazionale e regionale, intraprendendo un percorso finalizzato alla riqualificazione dell'offerta assistenziale, che si accompagni alla manovra di efficientamento della spesa necessaria al raggiungimento dell'equilibrio economico, da realizzare mediante:

- **la ripresa e la riqualificazione delle attività ospedaliere per acuti**, pieno e completo utilizzo delle sale operatorie oltre che al potenziamento delle terapie intensive e semintensive, alla riorganizzazione dell'area dell'emergenza, sperimentazione di nuove e più moderne logiche organizzative, coerenti con le evoluzioni del quadro demografico (aumento del numero di anziani), epidemiologico (aumento dei pazienti cronici e pluripatologici) e socioeconomico (scarsità delle risorse a disposizione con forti pressioni al contenimento dei costi), tese al superamento degli attuali modelli in uso e delle logiche ad essi sottostanti, fondate sulla separazione degli spazi fisici e delle gerarchie per singole discipline specialistiche e con una propensione all'organizzazione in aree assistenziali integrate e comuni, secondo una visione che pone il paziente ed i suoi bisogni al centro del sistema;
- **il potenziamento dell'assistenza territoriale**, attraverso la ridefinizione della governance dei Distretti, il potenziamento dell'ADI, delle Case per la Comunità per la presa in carico dei pazienti, delle Unità di Continuità Assistenziale, vale a dire le equipe mobili a livello distrettuale, con il compito di gestire e supportare la presa in carico dei pazienti in condizioni particolarmente complesse e la relativa integrazione all'interno della rete organizzativa aziendale, il potenziamento dell'assistenza sanitaria intermedia attraverso la rifunionalizzazione degli ospedali distrettuali secondo il modello degli Ospedali di Comunità, il rafforzamento della medicina di base, destinata a rivestire un ruolo sempre più centrale nell'ambito dell'assistenza sul territorio, in un'ottica di progressivo spostamento del baricentro assistenziale dall'Ospedale al territorio;
- **il rafforzamento della prevenzione**, con particolare riguardo all'attuazione delle campagne vaccinali, oltre che a tutte quelle attività connesse alla realizzazione del Piano Regionale della Prevenzione.

Il successo delle strategie di attuazione dell'impianto programmatico per il prossimo triennio è legato indissolubilmente alla realizzazione di importanti investimenti sia di tipo tecnologico e strutturale, sia, soprattutto, in termini di risorse umane, che ne costituiscono sempre più la "*conditio sine qua non*" e per i quali è stata avviata una fitta interlocuzione con il competente Dipartimento Regionale, a cui si richiede, all'interno dei canali istituzionali, il supporto finanziario necessario a garantire il rilancio della sanità, non soltanto materana, ma dell'intera Regione Basilicata. Infatti, le politiche di contenimento del costo del personale, attuate in questi anni in attuazione dei vincoli di finanza pubblica imposti dal Governo, se da una parte hanno consentito all'Azienda di realizzare risparmi economici immediati, dall'altra hanno determinato un ridimensionamento delle attività con ripercussioni negative sul piano assistenziale, come è emerso drammaticamente con l'esplosione della pandemia nel corso del biennio 2020 - 2021, compromettendo seriamente la tenuta del sistema in termini di garanzia dei LEA.

Si rende, pertanto, necessario un processo di progressivo rimpinguamento del personale attraverso l'immissione in servizio di professionalità che vadano a coprire le carenze determinatesi nel corso degli anni all'interno delle varie articolazioni aziendali, sia quelle più meramente sanitarie, sia quelle afferenti alla tecnostruttura, dove sono rimaste scoperte linee di attività strategiche per il funzionamento e l'operatività dell'Azienda.

Il quadro programmatico riveniente dall'attuazione del PNRR è quello esplicitato 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 e di individuazione dei RUP incaricati della realizzazione, con cui si è formalizzato:

- 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 di seguito riportati:

Comp.	Intervento	Descrizione intervento	Importo Italia	Importo Basilicata	Importo ASM
1	M6C1 1.1	Case della Comunità e presa in carico della persona	€ 2.000.000.000,00	€ 25.046.297,48	€ 8.839.869,70
	M6C1 1.2.2	COT (importo globale), suddivisi come di seguito indicato:	€ 204.517.588,00	€ 2.045.175,88	€ 681.725,26
		1) COT	€ 103.845.000,00	€ 1.038.450,00	€ 346.150,00
		2) Interconnessione Aziendale	€ 42.642.875,00	€ 426.428,75	€ 142.142,90
		3) Device	€ 58.029.713,00	€ 580.297,13	€ 193.432,36
	M6C1 1.3	Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture - Ospedali di Comunità	€ 1.000.000.000,00	€ 11.131.687,77	€ 4.452.747,10
2	M6C2 1.1.1	Ammodernamento parco digitale ospedaliero (digitalizzazione DEA I e II livello)	€ 2.639.265.000,00	€ 16.142.171,75	€ 7.864.112,75
	M6C2 1.1.2	Ammodernamento parco tecnologico ospedaliero (nuovi progetti e FSC)		€ 13.237.302,17	€ 6.560.534,78
	M6C2 1.2	Verso un ospedale sicuro e sostenibile	€ 638.851.083,58	€ 7.111.490,79	€ 4.060.957,79
					Stigliano € 3.050.533,00 Tricarico

- 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 di cui al presente provvedimento;
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 Tinchì;
- 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 Tinchì.
- 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 si è formalizzato di volersi avvalere di INVITALIA quale Centrale di Committenza, affinché quest'ultima proceda, per conto del 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

disponendo di volersi avvalere altresì 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.

Con deliberazione n. 846 del 09/12/2022 si è provveduto a stipulare il protocollo di intesa con gli Ambiti Socio Territoriali "Matera", Bradanica – Medio Basento (Comune capofila Irsina) e Metapontino – Collina Materana (Comune capofila Policoro), per le attività indispensabili all'attuazione delle misure di cui alle Missioni 5 e 6 del PNRR, individuando il referente aziendale.

Con deliberazione n. 65 del 03/02/2023 l'ASM ha provveduto a istituire un Tavolo di Concertazione opere PNRR composto oltre che dagli stessi RUP degli interventi PNRR anche dal Direttore Sanitario aziendale, da ciascun Direttore di Distretto, dal Dirigente le professioni sanitarie, dal Direttore del Dipartimento Integrazione Ospedale Territorio e dal Direttore del UOC Innovazioni Tecnologiche.

Con la deliberazione n.114 del 23/02/2023, al fine di dare continuità all'azione amministrativa, si è proceduto a nominare temporaneamente il nuovo Responsabile Unico del Procedimento, individuato 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., degli interventi relativi alla Misura PNRR-M6C1I1.1 Case della Comunità nonché alla misura PNRR-M6C2I1.2 relativo all'Ospedale Sicuro di Stigliano in sostituzione del precedente posto in stato di quiescenza.

Con le procedure di aggiudicazione poste da Invitalia sono stati individuati i vari soggetti affidatari dei vari interventi programmati.

Con deliberazione del aziendale n. 228 del 29/03/2023, in relazione alla necessità di procedere all'affidamento ai singoli professionisti individuati da Invitalia, della redazione del PFTE e dei progetti definitivi, oltre all'affidamento del CSP e dei servizi di Verifica della progettazione, si è provveduto ad approvare i relativi schemi di OdA e schemi di contratto utilizzando la modulistica messa a disposizione da Invitalia procedendo successivamente alla stipula dei contratti relativi agli incarichi professionali.

Con delibera n. 817 del 25/10/2023 di questa azienda sono stati approvati i PFTE dei seguenti interventi:

- 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.

Successivamente all'approvazione dei PFTE è stato possibile procedere alla redazione dei Progetti Definitivi degli stessi suddetti progetti, trasmessi a questa azienda in varie date, per cui, sono state indette, ai sensi dell'art. ex art. 14, comma 2, della L. n. 241/90 e ss.mm.ii. le conferenze di servizio in modalità asincrona per l'acquisizione dei relativi pareri/autorizzazione per i rispettivi progetti.

Con deliberazione aziendale n. 1079 del 21/12/2023, al fine di rispettare la tempistica ristretta imposta dal PNRR prevista al 31/12/2023 oltre che al sollecito pervenuto dalla Regione Basilicata con la nota prot.47648 del 04.12.2023, si è proceduto:

- ad approvare i progetti definitivi redatti dai vari progettisti individuati con l'Accordo Quadro AQ1 della Centrale di Committenza Invitalia relativi a tutte le case della Comunità di competenza di questa Azienda ed in oggetto richiamati (Montalbano Jonico, Montescaglioso, Irsina, Tursi, Garaguso e Ferrandina) oltre a quello dell'Ospedale di Comunità di Tinchì;
 - a ritenere, per i progetti definitivi di cui al precedente punto, che, con successivo provvedimento si dovrà prendere atto di tutte le eventuali osservazioni/prescrizioni espresse dai vari Enti/Amministrazioni partecipanti alla relativa conferenza di servizio in corso di svolgimento e delle relative verifiche e successive validazioni di cui all'art.26 del D.Lgs. 50/2016;
 - ad approvare gli Ordini di Attivazione (O.d.A.) per i servizi ricadenti nel Sub-Lotto Prestazionale 4: Lavori in appalto integrato dell'AQ1-Invitalia relativi agli interventi delle Case di Comunità di: Montalbano Jonico (CUP: D38I22000110006), Montescaglioso (CUP: D41B22001540006), Irsina (CUP: D91B22001140006), Tursi (CUP: D71B22001410006), Garaguso (CUP: D51B22001700006), Ferrandina (CUP: D41B22001550006) – Ospedali di Comunità di: Tinchì di Pisticci (CUP: D71B22001230006);
 - ad approvare, altresì, lo schema di contratto predisposto da Invitalia, da utilizzare per la relativa stipula di tutti gli interventi riportati al punto precedente;
 - a prendere atto ed approvare l'elaborato di sintesi riportante i quadri economici di tutti i progetti definitivi di cui al suddetto provvedimento;
 - ad approvare, dandone anche evidenza all'interno degli OdA, la condizione per la quale si procederà alla stipula dei successivi e consequenziali contratti con le ditte aggiudicatrici, solo dopo l'acquisizione dei pareri/autorizzazione richiesti con l'indizione – ai sensi dell'art. 14, comma 2, della L. n. 241/90 e ss.mm.ii. e successivi aggiornamenti - delle conferenze di servizio e delle relative verifiche e successive validazioni ai sensi dell'art. 26 del D.Lgs. 50/2016;
 - a dare atto che la spesa trova copertura nei Fondi Europei "Piano nazionale di ripresa e resilienza" di cui alla DGR 313/2022 e nel "Fondo per l'avvio delle opere indifferibili" al Decreto RGS n.160 del 18/11/2022 (GU Serie Generale n.278 del 28-11-2022) e sarà imputato sul conto patrimoniale Lavori PNRR;
- Nel corso dell'esecuzione delle attività assegnate con gli OdA Invitalia di cui alla delibera n. 228 del 29/03/2023, relative agli interventi ricadenti nel cluster Invitalia AQ1-Basilicata 4 e cioè relativi agli Ospedali Sicuri di Tricarico e Stigliano e all'Ospedale di Comunità di Stigliano, sono emerse numerose difficoltà tecniche conseguenti al notevole peggioramento sia delle condizioni statiche che di degrado dei materiali costituenti l'edificio oggetto d'intervento, per cui si sono resi necessari ulteriori approfondimenti rispetto a quelli inizialmente preventivati, che hanno, di fatto, comportato un allungamento dei tempi di analisi e/o progettazione.

A seguito dei predetti approfondimenti è stato appurato che i finanziamenti previsti per i due interventi inerenti l'Ospedale Sicuro di Stigliano e quello di Tricarico non sono sufficienti per realizzare i necessari adeguamenti sismico-strutturali.

Conseguentemente, con nota aziendale n. 46729 del 28/11/2023 è stato comunicato al predetto gruppo di progettisti di procedere con gli incarichi professionali affidati relativamente alle sole parti delle strutture di seguito indicate:

- Ospedale Sicuro di Stigliano: sola parte dell'immobile relativo al Corpo C dell'intero complesso ospedaliero di Stigliano;
- Ospedale Sicuro di Tricarico: sola parte dell'immobile relativo al Corpo 2 dell'intero complesso ospedaliero di Tricarico.

Si è rilevata, pertanto, la necessità di dover recuperare, quanto più possibile, il tempo trascorso oltre l'arco temporale assegnato con ciascun OdA iniziale, al fine di rispettare la ristretta tempistica assegnata dal PNRR per realizzare i relativi interventi e pertanto si reso è necessario dover variare l'iter tecnico/amministrativo inizialmente definito, semplificando le procedure occorrenti per l'avvio dei lavori. A tal riguardo si è reso indispensabile revisionare gli affidamenti effettuati con i precedenti O.d.A. procedendo ad una revisione dell'affidamento all'RTP, con la redazione di ciascun PFTE secondo le modalità ed indicazioni riportate nelle Linee Guida approvate dal Consiglio Superiore dei LL.PP. con provvedimento del 29/luglio/2021 per poi affidare all'operatore, individuato da INVITALIA col relativo Accordo Quadro AQ1: "Cluster Basilicata 4 Sub lotto prestazionale n.4 – Lavori in appalto integrato", l'incarico di procedere alla redazione della progettazione definitiva, accorpata con quella esecutiva, unitamente all'esecuzione dei relativi lavori, previa acquisizione dei pareri di rito che verranno rilasciati in sede di conferenza di servizi decisa semplificata, che sarà indetta dalla S.A. ai sensi dell'art. 14 bis della L. n. 241/1990.

Tale iter è stato formalizzato con deliberazione aziendale n. 25 del 11/01/2024, con cui si è proceduto:

- a prendere atto delle condizioni particolari, innanzi richiamati, che impongono di procedere con la massima tempestività a variare l'iter tecnico/amministrativo inizialmente definito, semplificando le procedure occorrenti per l'avvio dei lavori;
- a confermare quanto comunicato al gruppo di progettisti con nota prot. n. 46729 del 28/11/2023 di procedere con gli incarichi professionali affidati relativamente alle sole parti delle strutture di seguito indicate:
 - o Ospedale Sicuro di Stigliano: sola parte dell'immobile relativo al Corpo C
 - o Ospedale Sicuro di Tricarico: sola parte dell'immobile relativo al Corpo 2
- a ritenere necessario revisionare gli affidamenti effettuati con i precedenti O.d.A. procedendo all'affidamento all'RTP della redazione di ciascun PFTE, per poi affidare all'operatore, individuato da INVITALIA col relativo Accordo Quadro AQ1: "Cluster Basilicata 4 Sub lotto prestazionale n.4 – Lavori in appalto integrato", l'incarico di procedere alla redazione della progettazione definitiva, accorpata con quella esecutiva, unitamente all'esecuzione dei relativi lavori, previa acquisizione dei pareri di rito che verranno rilasciati in sede di conferenza di servizi decisa semplificata, che sarà indetta dalla S.A. ai sensi dell'art. 14 bis della L. n. 241/1990;
- ad approvare, il verbale di accordo sottoscritto in data 18/12/2023 tra questa S.A. ed il predetto RTP - successivamente acquisito al protocollo della S.A. col n. 00000282 del 03/01/2024, col quale è stata congiuntamente raggiunta l'intesa di modificare i precedenti O.d.A. innanzi elencati e, quindi, i consequenziali contratti specifici, prevedendo, preliminarmente la revoca di tutti gli incarichi assegnati con i predetti O.d.A. e, conseguentemente, di procedere, nel modo di seguito riportato per ciascuno degli interventi:
 - ✓ Ospedale Sicuro di Stigliano: relativamente alla sola parte dell'immobile individuata al Corpo C dell'intero complesso ospedaliero di Stigliano, così come di seguito in sintesi riportato:
 - ✓ Affidamento all'RTP dell'incarico di redigere il PFTE c.d. rafforzato – ossia secondo quanto previsto dal comma 5 dell'art. 48 del D.L. 31 maggio 2021, n. 77 – unitamente al CSP, in luogo dell'incarico, previsto dal precedente OdA, di redigere sia il PFTE che il successivo Progetto Definitivo comprensivi del CSP;
 - ✓ Affidamento dell'incarico di redigere lo studio sulla vulnerabilità sismica con la definizione del relativo coefficiente di sicurezza, secondo quanto previsto dalle NTC 2018, comprensivo delle analisi ed indagini necessarie per elaborare detto studio ad integrazione/completamento di quanto sin ora svolto;
 - ✓ Affidamento al predetto RTP dell'incarico di redigere il Piano di Coordinamento della Sicurezza in fase di Esecuzione (CSE) oltre alla Direzione dei Lavori;
 - o Ospedale Sicuro di Tricarico: relativamente alla sola parte dell'immobile individuata al corpo 2 dell'intero complesso ospedaliero di Tricarico, così come di seguito in sintesi riportato:
 - ✓ Affidamento all'RTP dell'incarico di redigere il PFTE c.d. rafforzato – ossia secondo quanto previsto dal comma 5 dell'art. 48 del D.L. 31 maggio 2021, n. 77 – unitamente al CSP, in luogo dell'incarico, previsto dal precedente OdA, di redigere sia il PFTE che il successivo Progetto Definitivo comprensivi del CSP;

- ✓ Affidamento dell'incarico di redigere lo studio sulla vulnerabilità sismica con la definizione del relativo coefficiente di sicurezza, secondo quanto previsto dalle NTC 2018, comprensivo delle analisi ed indagini necessarie per elaborare detto studio ad integrazione/completamento di quanto sin ora svolto;
- ✓ Affidamento al predetto RTP dell'incarico di redigere il Piano di Coordinamento della Sicurezza in fase di Esecuzione (CSE) oltre alla Direzione dei Lavori;
- Ospedale di Comunità di Stigliano: relativamente alla sola parte dell'immobile individuata al piano III del Corpo C dell'intero complesso ospedaliero di Stigliano così come di seguito in sintesi riportato:
- ✓ Affidamento all'RTP dell'incarico di redigere il PFTE c.d. rafforzato – ossia secondo quanto previsto dal comma 5 dell'art. 48 del D.L. 31 maggio 2021, n. 77 – unitamente al CSP, in luogo dell'incarico, previsto dal precedente OdA, di redigere sia il PFTE che il successivo Progetto Definitivo comprensivi del CSP;
- ✓ Affidamento al predetto RTP dell'incarico di redigere il Piano di Coordinamento della Sicurezza in fase di Esecuzione (CSE) oltre alla Direzione dei Lavori;
- ad approvare, pertanto, tutto quanto di seguito indicato:
- Addendum a ciascuno dei tre OdA in PREMESSA elencati relativi alle variazioni degli incarichi professionali inizialmente assegnati con i rispettivi OdA;
- degli schemi di addendum ai contratti specifici relativi ai dispositivi indicati al precedente punto;
- a ritenere, quindi, che, al fine di rispettare la tempistica ristretta imposta dal PNRR oltre che al sollecito pervenuto dalla Regione Basilicata con la nota prot. 47648 del 04.12.2023 - è necessario procedere, tempestivamente all'attivazione degli addendum ai tre O.d.A. indicati al precedente punto e successivamente alla sottoscrizione, nei termini indicati al precedente punto, dei relativi addendum ai contatti specifici.

Pertanto, in ossequio a quanto disposto con la predetta deliberazione n.25/2024, si è proceduto sin da subito con la sottoscrizione degli addendum alle OdA inizialmente sottoscritte per poi procedere con la sottoscrizione in data 18/01/2024 del verbale di avvio in urgenza delle attività, nelle more della consegna delle nuove polizze propedeutiche alla sottoscrizione dei nuovi contratti che comunque sono stati sottoscritti a marzo 2024.

Con deliberazione del DG di questa azienda n. 625 del 27/06/2024 si è proceduto tra l'altro:

- ad approvare i PFTE cd Rafforzati redatti dai progettisti individuati con l'Accordo Quadro AQ1 della Centrale di Committenza Invitalia relativi a quello dell'Ospedale di Comunità di Stigliano e Ospedale Sicuro e Sostenibile di Stigliano e Tricarico;
- ad indire una Conferenza di servizi decisoria in forma semplificata, ai sensi degli artt. 14 e 14-bis della Legge 241/1990 e ss.mm.ii., con L. 108/2021, al fine di indicare le condizioni per ottenere, sui progetti definitivi, le intese, i pareri, le concessioni, le autorizzazioni, le licenze, i nulla osta e gli assensi, comunque denominati, richiesti dalla normativa vigente, relativi alla realizzazione degli interventi di seguito indicati:
 - Ospedale della Comunità di Stigliano (CUP: D51B22001590006);
 - Ospedale Sicuro di Stigliano (CUP D51B2200160006);
 - Ospedale Sicuro di Tricarico (CUP D61B22001370006);
- a riservarsi per i PFTE cd Rafforzati di cui al precedente punto, di prendere atto, con successivo provvedimento, di tutte le eventuali osservazioni/prescrizioni espresse dai vari Enti/Amministrazioni partecipanti alla relativa conferenza di servizio – indetta ai sensi dell'art. ex art. 14, comma 2, della L. n. 241/90 e ss.mm.ii. ed attualmente in corso di svolgimento, e delle relative verifiche e successive validazioni di cui all'art. 26 del D.Lgs. 50/2016;

Nel corso dell'ultimo periodo del 2024 e dell'anno 2025 si procederà con tutte le attività necessarie per la contrattualizzazione dell'imprese esecutrici dei lavori degli interventi PNRR in capo all'ASM, nonché con l'inizio dei lavori stessi.

IL PIANO DELLE AZIONI

Come esaminato nel precedente paragrafo, in cima alle priorità strategiche dell'ASM per l'anno 2025 vi è il raggiungimento dell'equilibrio economico da realizzare attraverso il complesso di azioni delineato nel Piano di Rientro, di recente predisposto da quest'Azienda e trasmesso ai competenti uffici regionali con nota n. 29851 del 22/07/2024, nel quale sono individuate le leve d'azione a disposizione dell'Azienda e, in particolare, le voci di bilancio su cui è realisticamente ipotizzabile una manovra di recupero, in una prospettiva, da un lato, di garanzia di tutela dei livelli essenziali di assistenza e, dall'altro, secondo una logica

di concreta fattibilità degli interventi, rispettosa della situazione di partenza dei costi, dei vincoli organizzativi e strutturali e dei tempi necessari di realizzazione.

Nello specifico la strategia di rientro che l'Azienda intende intraprendere si fonda su di un approccio multidimensionale ed interconnesso, con latenza di effetto distribuita nel tempo, che prevede, sostanzialmente, una manovra di razionalizzazione dei costi ispirata all'eliminazione degli "sprechi" attraverso il recupero dell'appropriatezza con più linee di azione che intervengono sia sulla qualificazione/potenziamento dell'offerta sanitaria che sulla sostenibilità economico-finanziaria della stessa, così come di seguito riepilogate:

- Aumento del valore della produzione
- Appropriatezza della spesa farmaceutica
- Appropriatezza della spesa per dispositivi
- Riduzione della mobilità sanitaria passiva extraregionale
- Riduzione della spesa per specialistica ambulatoriale

Con riferimento alla prima leva d'intervento indicata, per l'anno in corso l'ASM intende aumentare la propria produzione attraverso un potenziamento massiccio dell'offerta di prestazioni, con riguardo sia alle attività specialistiche ambulatoriali sia ai ricoveri. Tale incremento di offerta risulta strettamente funzionale a due obiettivi prioritari dell'attuale Management aziendale, in sintonia con gli indirizzi programmatici regionali: la riduzione della mobilità sanitaria passiva ed il contenimento delle liste d'attesa. Per raggiungere il primo dei suddetti obiettivi è stato programmato un massiccio rafforzamento delle attività da parte delle strutture aziendali, con particolare riferimento a quelle chirurgiche, che costituiscono la principale causa di fuga, da realizzare mediante il ripristino della piena operatività delle sale operatorie disponibili nelle strutture ospedaliere aziendali. Nello specifico si intende garantire l'utilizzo nei giorni feriali di almeno 4 sale operatorie, attive (h12), dalle ore 8 alle ore 20, presso il P.O. di Matera e di almeno 2 sale operatorie attive (h6), dalle ore 8 alle ore 14, presso il P.O. di Policoro. Il suddetto obiettivo, unitamente alla riorganizzazione delle sale operatorie ai sensi della DDG 895/2023 di presa d'atto dell'accordo 100/CSR del 9 luglio 2020 "Linee di indirizzo per il percorso del paziente chirurgico programmato" (giusta DGR n. 136 del 10.03.2023), sarà negoziato nell'ambito del ciclo di budget per l'anno 2025, attualmente in fase di avvio, e sarà assegnato a tutte le UU.OO. chirurgiche oltre che ai vari dipartimenti aziendali.

Il potenziamento dell'offerta di interventi chirurgici si presume possa comportare da un lato, una riduzione della fuga di pazienti residenti nella provincia di Matera verso strutture extraregionali e, dall'altro, l'incremento dell'attrazione di pazienti provenienti da fuori regione. I riflessi delle suddette dinamiche sotto il profilo economico si traducono rispettivamente: in una riduzione dei costi di mobilità passiva ospedaliera extraregionale ed un incremento dei ricavi relativi alla mobilità ospedaliera attiva extraregionale.

Gli altri incrementi previsti sul versante dei ricavi sono quelli derivanti dal potenziamento delle attività specialistiche ambulatoriali e dal conseguente aumento delle relative prestazioni, da realizzare attraverso le azioni contemplate nel redigendo Piano Aziendale di governo delle liste d'attesa, da adottare successivamente alla definizione del nuovo Piano Regionale sulle liste d'attesa, ex lege n. 107 del 29 luglio 2024 di conversione del D.L. 73/2024. In particolare, il previsto rafforzamento dell'offerta sarà realizzato attraverso la riorganizzazione/potenziamento delle modalità organizzative di erogazione delle prestazioni, volte ad ampliare l'offerta aziendale delle Agende oltre che nei giorni feriali anche all'occorrenza nei giorni prefestivi e negli orari serali 20-24, al fine di aumentare la disponibilità dei servizi ambulatoriali e radiologici, con particolare riferimento alle grandi apparecchiature e alle prestazioni maggiormente critiche in termini di rispetto dei tempi massimi di attesa, anche attraverso il ricorso alle modalità ed agli istituti contrattuali ritenuti più opportuni.

La ricaduta sotto il profilo economico del suddetto incremento programmato di attività si tradurrà:

- nell'incremento dei ricavi di mobilità specialistica ambulatoriale attiva extraregionale,
- nel decremento dei costi di mobilità specialistica ambulatoriale passiva extraregionale,
- nell'incremento dei ricavi da ticket sanitari, oltre che nell'incremento dei proventi derivanti dalle azioni sanzionatorie che l'azienda intende adottare nei confronti dell'utenza che non si presenta agli appuntamenti prestabiliti senza preventiva comunicazione e/o che non ritira i referti delle prestazioni effettuate, in conformità a quanto previsto dalla normativa.

Al riguardo va tuttavia, sottolineato come, l'evoluzione del trend demografico attualmente in corso, caratterizzata da un invecchiamento sempre maggiore della popolazione, potrebbe impattare

negativamente sull'incremento del valore dei ticket sanitari, in considerazione del progressivo incremento dei soggetti esenti, in virtù sia delle esenzioni per età che per patologia. Gli effetti economici delle azioni di potenziamento della produzione potranno essere pienamente apprezzati in un arco temporale non inferiore ad un triennio, anche in considerazioni del vigente sistema di contabilizzazione dei costi e dei ricavi della mobilità attiva e passiva extraregionale, che scontano almeno un anno di ritardo rispetto ai valori di competenza.

In merito alla seconda leva strategica di intervento, l'assistenza farmaceutica è risultato uno dei settori più meritevoli di attenzione nell'ambito della manovra di riconduzione della gestione economica aziendale in una condizione di equilibrio, in considerazione dei livelli di spesa raggiunti e dello splafonamento del relativo tetto di spesa, che ha riguardato sia la spesa farmaceutica per acquisti diretti che quella convenzionata.

Obiettivo dell'Azienda è, dunque, quello di ridurre quanto più possibile i costi dell'assistenza farmaceutica tentando di ricondurli all'interno del tetto massimo di spesa complessivo, stabilito a partire dall'anno 2024 nella misura del 15,3% sulla quota del Fondo Sanitario Regionale indistinto, di cui l'8,5% per gli acquisti diretti e il 6,8% per la farmaceutica convenzionata.

Conseguentemente, il complesso di azioni che l'Azienda intende porre in essere per il raggiungimento del suddetto obiettivo riguarda sia la spesa per gli acquisti diretti, sia quella convenzionata, sebbene con impatti significativamente differenti tra loro, in considerazione dei differenti margini di recupero che è possibile ottenere sulle due componenti, che risultano significativamente maggiori per la seconda rispetto alla prima. L'analisi della spesa farmaceutica per acquisti diretti, infatti, ha messo in evidenza come gli incrementi registrati nel corso degli ultimi anni hanno riguardato solo ed esclusivamente la distribuzione diretta, che costituisce da sola quasi il 70% del suddetto aggregato di spesa. Conseguentemente, considerato che la programmazione regionale, oltre a quella nazionale, incentivano quanto più possibile l'utilizzo della distribuzione diretta in virtù dei risparmi che ne dovrebbero conseguire sulla spesa convenzionata, ne deriva che i margini di recupero su tale componente di spesa risultino abbastanza limitati, dovendosene prevedere un contestuale progressivo incremento.

Nello specifico, coerentemente alle disposizioni regionali contenute nella D.D. della Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona della Regione Basilicata n. 13BE.2024/D.00104 del 28/03/2024, la strategia che quest'Azienda intende porre in essere a partire dall'anno in corso al fine di ridurre la spesa farmaceutica per acquisti diretti prevede i seguenti obiettivi:

- incremento della percentuale di utilizzo dei farmaci biosimilari dall'attuale 90% ad almeno il 95%;
- riduzione dello shift verso molecole prive di biosimilari;
- incremento dell'utilizzo dei farmaci equivalenti in luogo dell'originator.

I suddetti obiettivi saranno oggetto della negoziazione di budget e conseguentemente saranno assegnati alle UU.OO. più direttamente interessate, quali in particolare la Nefrologia e Dialisi, l'Oncologia Medica, l'Ematologia, la Reumatologia, Gastroenterologia e endoscopia digestiva a cui si è richiesto di aumentare l'utilizzo dei farmaci biosimilari o vincitori di gara fino al raggiungimento della % del 95%.

Altra azione che l'Azienda intende consolidare, che costituirà specifico obiettivo da assegnare nelle schede di budget alle UU.OO. interessate (in particolare la Oncologia medica, l'Ematologia e la Neurologia) è la chiusura del 95% delle schede registri WEB AIFA entro 60 giorni dalla fine dei trattamenti effettuati, in considerazione di quanto disposto dall'art. 1, comma 401 della L. n. 232/2016, che prevede, nel caso di mancata o ritardata chiusura dei suddetti registri, l'attribuzione di minori risorse nell'ambito della distribuzione del fondo farmaci innovativi.

Quest'Azienda intende inoltre favorire il perseguimento della congruità delle prescrizioni farmaceutiche dei medici che operano nelle strutture aziendali in ordine alla conformità delle richieste a quanto acquistato con procedure ad evidenza pubblica, in modo tale che le prescrizioni di medicinali non aggiudicate nelle suddette procedure non sia superiore al 5%. In particolare, deve essere raccomandato a tutti i prescrittori l'indicazione del solo principio attivo o della specialità aggiudicata in gara.

L'Azienda intende mettere in atto procedure di verifica e controllo finalizzate a monitorare sul pieno rispetto dell'applicazione delle note AIFA nelle prescrizioni effettuate da parte dei propri medici.

Le modalità operative per il conseguimento dei suddetti obiettivi consistono in:

- istituzione di un sistema mensile di monitoraggio dei prescrittori di farmaci biosimilari

- attivazione degli audit di primo livello Direttore di Dipartimento-Direttori UU.OO interessate per verifica della conformità rispetto ai target individuati ed eventuali previsione di azioni correttive.
- Margini più consistenti di risparmio sicuramente potranno ottenersi sulla spesa farmaceutica convenzionata, su cui quest'Azienda intende perseguire una rigorosa azione finalizzata al recupero dell'appropriatezza prescrittiva, in conformità alle linee di indirizzo fissate dalla Regione Basilicata con la già citata D.D. n. 13BE.2024/D.00104 del 28/03/2024. Al riguardo, allo scopo di favorire il contenimento dei consumi nelle categorie di farmaci maggiormente critiche, la cui spesa netta e le DDD x 1000 abitanti sono significativamente superiori alla media nazionale, sono stati fissati per ciascuna di esse dei target di riferimento, che costituiscono obiettivo prescrittivo per ciascun medico, come di seguito rappresentato:
- ATC A02BC (inibitori di pompa acida): obiettivo aziendale DDD x 1000 AB. RES. DIE ≤ 65
 - ATC J01 (antibatterici per uso sistemico): obiettivo aziendale DDD x 1000 AB. RES. DIE ≤ 12
 - ATC A11CC (vitamina D ed analoghi): obiettivo aziendale DDD x 1000 AB. RES. DIE ≤ 104
 - ATC M01A (fans): obiettivo aziendale DDD x 1000 AB. RES. DIE ≤ 200
 - ATC C09 (sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina): obiettivo aziendale DDD x 1000 AB. RES. DIE ≤ 20

Le modalità operative per il conseguimento dei suddetti obiettivi consistono in:

- istituzione di un sistema mensile di monitoraggio dei prescrittori "fuori linea" per le linee terapeutiche appena citate;
- attivazione degli audit di primo livello Distretto-MMG/PLS per analisi/rendicontazione sulle prescrizioni anomale;
- attivazione degli audit di secondo livello DSA-MMG/PLS sulla casistica più eclatante anche con finalità formative.

Per l'attuazione di tali modalità operative, l'Azienda ha attivato un tavolo di monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata, finalizzato al controllo sistematico del profilo prescrittivo di ogni medico (MMG/PLS), che grazie ai dati messi a disposizione dalla Ditta Marno, si prefigge lo scopo di individuare tutti i prescrittori che superano i range target individuati, e di attivare le eventuali azioni correttive, ivi compreso, laddove necessario, il ricorso alle contestazioni e alle eventuali sanzioni nel caso di persistenti ed ingiustificate difformità, in conformità e nel rispetto della normativa vigente in materia.

Inoltre, l'Azienda di concerto con l'Ordine dei Medici provinciale intende effettuare un massiccio intervento di sensibilizzazione con tutti i medici prescrittori in ordine al recupero dell'appropriatezza prescrittiva, ma anche in ordine a campagne di educazione sanitaria sulle seguenti tematiche: uso dei farmaci equivalenti, antibioticoresistenza, stili di vita e alimentazione (in specie a riguardo del diabete).

Altra leva strategica di intervento nell'ambito della manovra di riconduzione della gestione economica in equilibrio è il perseguimento dell'appropriatezza della spesa per dispositivi medici. Tale obiettivo rinviene dalla programmazione regionale e, in particolare dalla D.D. n. 13BE.2024/D.00110 del 05/04/2024 della Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona della Regione Basilicata che, in considerazione del mancato rispetto per l'anno 2023 del tetto di spesa per i dispositivi medici a livello complessivo regionale, pari al 4,4% del FSR, ha disposto una serie di misure per il recupero dello sfioramento del suddetto limite di spesa, pari complessivamente ad oltre 12 milioni di euro, ponendole in capo alle singole aziende del SSR in ragione dell'incidenza percentuale della relativa spesa sull'ammontare complessivo della spesa regionale. Considerato che la spesa storica per i dispositivi medici dell'ASM, determinata dalla regione sulla scorta dei dati del Mod. CE IV trimestre, risulta pari a € 14.021.853, con un'incidenza del 21,86% sulla spesa complessiva regionale, il recupero posto a carico di questa Azienda, è stato determinato in € 2.756.646,38, corrispondente al 21,86% dello sfioramento complessivo.

Tuttavia, pare opportuno stigmatizzare in questa sede come il costo sostenuto dall'ASM nel 2023 per i dispositivi medici, pari ad € 14.137.154,46 rispetti perfettamente il relativo tetto di spesa, costituendo il 3,96% della quota del fondo sanitario regionale indistinto, pari ad € 356.868.136,03, abbondantemente inferiore alla soglia del 4,4%. Il pieno rispetto del tetto di spesa per i dispositivi medici da parte dell'ASM nel 2023 acquisisce una rilevanza tanto maggiore in considerazione del sottodimensionamento della quota del FSR assegnata all'Azienda di cui si è già fatto riferimento nella premessa del presente documento.

Ciò premesso, l'ASM intende comunque adottare il complesso di azioni previste per la razionalizzazione del costo dei dispositivi medici, in conformità a quanto specificatamente previsto nel su richiamato atto di indirizzo programmatico regionale, attraverso le seguenti modalità operative:

- la verifica sui prezzi di acquisto aziendali dei dispositivi medici, con particolare riferimento alle categorie a maggiore impatto di spesa per le quali non risultino disponibili convenzioni quadro della SUARB/Consip, ovvero riferite a vecchi contratti aziendali, nei confronti delle quali attivare in tempi brevi le procedure di appalto aziendali e, nelle more delle stesse, la rinegoziazione dei prezzi dei contratti in essere, anche in considerazione della reportistica disponibile sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) in grado di favorire un confronto dei prezzi esteso a tutte le Aziende del SSN. La suddetta attività sarà oggetto di specifico obiettivo assegnato all'U.O.C. Economato e Provveditorato nell'ambito del ciclo di budget anno 2025;
 - la revisione puntuale dello stato dei contratti e delle procedure di gara per le suddette categorie di dispositivi medici, all'esito delle quali provvedere:
 - o all'adesione ad eventuali convenzioni di CONSIP o del Soggetto Aggregatore Regionale;
 - o all'espletamento di procedure di gara, in caso di indisponibilità di convenzioni attive;
 - o nelle more dell'attuazione delle suddette procedure, alla rinegoziazione urgente dei prezzi di acquisto con le ditte fornitrici, in tutti i casi in cui si rilevino scostamenti importanti rispetto al prezzo medio ponderato nazionale come rilevato dal sistema informativo NSIS.
 - l'assegnazione nell'ambito del ciclo di budget anno 2025 a tutte le UU.OO. mediche e chirurgiche di specifico obiettivo di contenimento della spesa dei dispositivi medici, a parità di volumi di produzione;
 - l'adozione a cura della Commissione Dispositivi Medici Aziendale di specifiche procedure e direttive finalizzate all'attuazione di politiche di utilizzo prioritario dei dispositivi caratterizzati da miglior rapporto costo – beneficio, ai fini della razionalizzazione della spesa;
 - l'adozione a cura della Commissione Dispositivi Medici Aziendale di specifiche procedure e direttive finalizzate alla calendarizzazione ed attuazione periodica di attività di audit nei confronti dei medici prescrittori, con particolare riferimento alle branche specialistiche maggiormente interessate nell'utilizzo di dispositivi medici ad elevato impatto di spesa, al fine di favorire il recupero dell'appropriatezza prescrittiva;
 - la predisposizione di specifico piano di azione finalizzato alla riduzione della spesa per acquisto diretto dei dispositivi medici, a cura delle UU.OO. Economato Provveditorato e Farmacia contenente l'allineamento dei prezzi di acquisto dei dispositivi medici ai costi medi ponderati a livello nazionale;
 - il costante monitoraggio a cura dell'U.O.C. Farmacia Ospedaliera della ASM dei dati di consumo e di spesa dei dispositivi medici attraverso l'utilizzo del sistema informativo C4H attualmente in uso presso le Azienda. Se da un lato l'ASM intende profondere il massimo sforzo per la razionalizzazione della spesa per i dispositivi medici attraverso il complesso di azioni sopra elencate, dall'altro, non si può fare a meno di considerare il verosimile incremento degli stessi in conseguenza del potenziamento delle attività, che l'ASM intende realizzare sin da subito, con particolare riferimento a quelle chirurgiche.
- A tal riguardo si fornisce la composizione della spesa per dispositivi medici per CND in ordine decrescente di incidenza sul totale

DESCRIZIONE CND	% sulla spesa complessiva	% cumulata
DISPOSITIVI IMPIANTABILI ATTIVI	26%	26%
DISPOSITIVI MEDICO-DIAGNOSTICI IN VITRO (D. Lgs. 332/2000)	17%	44%
DISPOSITIVI PER APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO	11%	55%
DISPOSITIVI DI PROTEZIONE DEL PAZIENTE E AUSILI PER INCONTINENZA (ESCLUSI I DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE DPI)	8%	63%
DISPOSITIVI DA SOMMINISTRAZIONE, PRELIEVO E RACCOLTA	7%	70%
DISPOSITIVI PROTESICI IMPIANTABILI E MEZZI PER OSTEOSINTESI	7%	77%
DISPOSITIVI PER MEDICAZIONI GENERALI E SPECIALISTICHE	4%	82%
DISPOSITIVI DA SUTURA	4%	86%
DISPOSITIVI PER CHIRURGIA MINI-INVASIVA ED ELETTROCHIRURGIA	4%	90%
APPARECCHIATURE SANITARIE E RELATIVI ACCESSORI, SOFTWARE E MATERIALI SPECIFICI	2%	92%

DISPOSITIVI PER APPARATO RESPIRATORIO E ANESTESIA	2%	93%
DISPOSITIVI PER APPARATO GASTRO-INTESTINALE	2%	95%
DISPOSITIVI PER DIALISI	2%	97%
DISPOSITIVI PER ODONTOIATRIA, OFTALMOLOGIA E OTORINOLARINGOIATRIA	1%	98%
DISPOSITIVI PER EMOTRASFUSIONE ED EMATOLOGIA	1%	98%
STRUMENTARIO CHIRURGICO RIUTILIZZABILE	0%	99%
DISPOSITIVI VARI	0%	99%
DISPOSITIVI PER APPARATO UROGENITALE	0%	99%
DISINFETTANTI, ANTISETTICI, AGENTI STERILIZZANTI E DETERGENTI DI DISPOSITIVI MEDICI	0%	100%
DISPOSITIVI PER SISTEMA NERVOSO E MIDOLLARE	0%	100%
DISPOSITIVI PER PERSONE CON DISABILITA' NON COMPRESI IN ALTRE CATEGORIE	0%	100%
DISPOSITIVI PER STERILIZZAZIONE (ESCLUSI DM CAT. D - Z)	0%	100%

Dall'analisi dei suddetti dati emerge come il 55% della spesa per dispositivi medici sia costituita dai dispositivi impiantabili, dai dispositivi medico – diagnostici in vitro e dai dispositivi per apparato cardiocircolatorio.

Si tratta, dunque, di categorie strettamente connesse ad attività per le quali l'Azienda ha previsto significativi incrementi, necessari a ridurre la fuga di utenza, quali in particolare le attività chirurgiche di ortopedia e di cardiologia interventistica. Inoltre, non va sottaciuto che le suddette categorie di dispositivi sono gestite in conto deposito, per cui vengono di fatto acquistate e pagate dall'Azienda mediante ordini di fatturazione solo dopo essere stati impiantati nei pazienti; dunque, solo a fronte dell'utilizzo effettivo il dispositivo si intenderà acquistato, consentendo in qualsiasi momento la tracciabilità del prodotto. Tale modalità di gestione dei dispositivi evita pertanto la formazione di rimanenze e conseguentemente di sprechi.

La più importante leva d'azione per la riconduzione in equilibrio del bilancio aziendale è costituita indubbiamente dalla riduzione della mobilità ospedaliera extraregionale passiva, che nel 2023 ha rappresentato la voce di costo di bilancio che ha fatto registrare i principali incrementi rispetto all'anno precedente. Le ragioni del notevole aumento della fuga dell'utenza residente ASM al di fuori della regione vanno sicuramente ricercate nel progressivo indebolimento del sistema di offerta ospedaliera aziendale, strettamente connesso alla grave carenza di personale, in special modo quello medico, conseguente al blocco del turn over che ha caratterizzato l'ultimo decennio.

Il costo riportato nel bilancio d'esercizio 2023, pari a circa 39 milioni di euro, che rappresenta il valore più alto mai registrato prima d'ora, tuttavia, per effetto delle tecniche di contabilizzazione utilizzate dalla Regione Basilicata, si riferisce ai valori di mobilità passiva extraregionale relativi all'anno 2022 ed è destinato verosimilmente a consolidarsi anche nel bilancio di esercizio 2024, in cui saranno registrati i dati relativi all'anno 2023, che da primi riscontri effettuati dalla Regione Basilicata risultano peggiorativi, in considerazione di una produzione di ricoveri da parte delle strutture aziendali che nel suddetto anno 2023 non ha evidenziato significativi incrementi rispetto all'anno precedente.

I livelli della mobilità passiva ospedaliera extraregionale fatti registrare dalle Aziende Sanitarie del SSR nel 2022 che sembrano ulteriormente peggiorare nel 2023, ponendo la regione Basilicata tra i primi posti per indice di fuga, hanno imposto l'attuazione di una strategia finalizzata al recupero dei ricoveri ospedalieri esportati, così come esplicitata nella D.D. n. 13BE.2024/D.00119 dell'11/04/2024, con cui la Direzione Generale per salute e le politiche di tutela della Persona della Regione Basilicata, ha individuato "gli obiettivi alle Aziende Sanitarie del SSR per l'abbattimento della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri per acuti e di riabilitazione".

Nello specifico, sono stati individuati i DRG maggiormente responsabili della mobilità passiva extraregionale e conseguentemente sono stati assegnati alle Aziende del SSR obiettivi target da raggiungere relativamente ai suddetti DRG prevedendone il recupero nel 2024 del 20% e nel 2025 del 25% del relativo importo sulla mobilità 2022.

Si riporta di seguito l'elenco dei DRG da recuperare da parte dell'ASM, distinto tra l'anno 2024 e l'anno 2025, con l'indicazione del numero di ricoveri, del valore economico e della tipologia di onere assegnata, distinta tra P principale (onere maggiore) e S secondario (onere minore).

DRG	DESCRIZIONE DRG	RECUPERO ANNO 2024 (20%)		RECUPERO ANNO 2025 (25%)		ONERE P/S
		numero ricoveri	valore ricoveri in EURO	numero ricoveri	valore ricoveri in EURO	
012	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	15	91.459	19	114.324	P
035	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO SENZA CC	6	26.439	8	33.049	P
515	IMPIANTO DI DEFIBRILLATORE CARDIACO SENZA CATETERISMO CARDIACO	5	76.451	6	95.564	P
498	ARTRODESI VERTEBRALE ECCETTO CERVICALE SENZA CC	2	25.835	3	32.294	S
518	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA SENZA INSERZIONE DI STENT NELL'ARTERIA CORONARICA SENZA IMA	3	14.914	4	18.642	S
558	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA CON INSERZIONE DI STENT MEDICATO SENZA DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE	6	35.795	7	44.743	S
111	INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE SENZA CC	1	12.744	1	15.930	S
149	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE SENZA CC	7	45.542	8	56.928	P
570	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC SENZA DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE	3	35.788	4	44.735	S
009	MALATTIE E TRAUMATISMI DEL MIDOLLO SPINALE	18	303.983	22	379.978	P
491	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI SUPERIORI	14	120.892	18	151.115	P
249	ASSISTENZA RIABILITATIVA PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLO SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	20	75.001	25	93.752	P
544	SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONI MAGGIORI O REIMPIANTO ARTI INFERIORI	46	402.185	57	502.732	S
224	INTERVENTI SU SPALLA, GOMITO O AVAMBRACCIO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SU ARTICOLAZIONI SENZA CC	13	50.514	16	63.143	S
DRG	DESCRIZIONE DRG	RECUPERO ANNO 2024		RECUPERO ANNO 2025		ONERE P/S

		(20%)		(25%)		
		numero ricoveri	valore ricoveri in EURO	numero ricoveri	valore ricoveri in EURO	
545	REVISIONE DI SOSTITUZIONE DELL'ANCA O DEL GINOCCHIO	3	33.052	4	41.316	S
225	INTERVENTI SUL PIEDE	18	39.047	22	48.808	S
503	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA DIAGNOSI PRINCIPALE DI INFEZIONE	11	21.354	14	26.693	S
290	INTERVENTI SULLA TIROIDE	4	10.877	4	13.597	S
316	INSUFFICIENZA RENALE	11	33.855	13	42.319	P
359	INTERVENTI SU UTERO ED ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	10	60.951	12	76.189	S
386	NEONATI GRAVEMENTE IMMaturi O CON SINDROME DA DISTRESS OPERATORIO	1	16.208	1	20.260	S
576	SETTICEMIA SENZA VENTILAZIONE MECCANICA= 96 ORE, ETA'>17 ANNI	3	19.601	4	24.501	P
541	OSSIGENAZIONE EXTRACORPOREA A MEMBRANE O TRACHEOSTOMIA CON VENTILAZIONE MECCANICA = 96 ORE O DIAGNOSI PRINCIPALE NON RELATIVA A FACCIA BOCCA E COLLO CON INTERVENTO CHIRURGICO MAGGIORE	1	44.161	1	55.201	S
	TOTALE	218	1.596.652	273	1.995.815	

Al fine di realizzare i suddetti obiettivi di contenimento della mobilità ospedaliera passiva extraregionale l'ASM intende porre in essere un'azione sistematica di potenziamento del proprio sistema di offerta dei ricoveri, volta al recupero dei vari DRG di fuga, comprensivi anche di quelli espressamente indicati dalla programmazione regionale. A tale scopo, a seguito di approfondita analisi sulla composizione della domanda per ogni singolo DRG con evidenziazione della mobilità passiva, saranno assegnati a tutte le UU.OO. mediche e chirurgiche, nell'ambito del ciclo di budget 2025, obiettivi di incremento dei ricoveri specificatamente su quei DRG per i quali si sono registrati elevati tassi di fuga ospedaliera.

Il potenziamento dell'offerta di ricoveri da parte delle strutture aziendali passa inevitabilmente attraverso un processo di implementazione della dotazione organica, con specifico riferimento al personale medico ed infermieristico, che vada a colmare il gap rispetto alla pianta organica, così come previsto nel Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale, soprattutto in quelle aree dove si registrano le principali carenze.

Accanto all'implementazione della dotazione organica l'Azienda ha avviato un percorso di riorganizzazione/riqualificazione delle attività chirurgiche finalizzato al ripristino della piena operatività delle sale operatorie, indispensabile per il recupero dei DRG di fuga che, come si è potuto osservare, riguardano principalmente le patologie chirurgiche.

Con riferimento all'ultima leva d'azione individuata nel Piano di Rientro aziendale, relativa alla razionalizzazione della spesa per la specialistica ambulatoriale, l'Azienda intende avvalersi di una strategia che non impatti direttamente sui livelli assistenziali erogati alla popolazione assistita. In particolare, l'analisi degli scostamenti registrati nel 2023 rispetto all'anno precedente per il suddetto aggregato di spesa ha evidenziato che il relativo incremento è stato determinato principalmente dall'aumento del costo dell'assistenza fornita da privato ed in misura più contenuta dall'aumento del costo dei medici SUMAI e dall'aumento del costo della mobilità specialistica passiva intra ed extra regionale.

Nello specifico, gli aumenti di costo connessi agli acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale da privato, pari ad oltre 2 milioni di euro, sono stati causati dal riconoscimento da parte della Regione Basilicata della produzione effettuata dai centri privati accreditati con l'Azienda extra il tetto di spesa originariamente loro assegnato, in attuazione delle Leggi Regionali n. 41/2023 e 42/2023. Per l'anno 2024, la Regione Basilicata, con DGR n. 660 del 04/11/2024, ha assegnato all'ASM e all'ASP, specifiche somme destinate all'abbattimento dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, consentendo in tal modo il superamento dei tetti di spesa originari. A tal proposito, al fine di contenere la spesa aziendale per tale linea assistenziale si auspica che, nel caso in cui la Regione decidesse di riconoscere anche per l'anno 2025 l'extra produzione dei suddetti centri accreditati, eccedente i tetti concordati, essa debba corrispondere per intero all'Azienda il corrispondente valore di costo.

La riduzione del costo complessivo dell'assistenza specialistica ambulatoriale passa, inoltre, attraverso l'abbattimento della mobilità specialistica passiva, con particolare riferimento a quella extraregionale. In tal senso l'Azienda ha avviato un'importante azione di potenziamento delle attività ambulatoriali destinato al contenimento delle liste d'attesa, che sarà contenuta nel Piano di governo delle liste d'attesa, da adottare successivamente alla definizione del nuovo Piano Regionale sulle liste d'attesa, ex lege n. 107 del 29 luglio 2024 di conversione del D.L. 73/2024. Gli effetti di tale strategia si ritiene possano impattare significativamente, oltre che sull'incremento della mobilità attiva extraregionale, anche sulla riduzione della mobilità passiva extraregionale. In tal senso, l'obiettivo target che l'Azienda si pone per il triennio 2025 – 2027 è il raggiungimento dei valori di mobilità passiva prepandemici, ed in particolare quelli relativi all'anno 2019.

Come già segnalato a proposito della mobilità ospedaliera passiva extraregionale, gli effetti della manovra di contenimento della mobilità specialistica ambulatoriale passiva extraregionale non saranno immediatamente apprezzabili nel bilancio d'esercizio 2025, per effetto del differimento di almeno un anno nella contabilizzazione degli stessi.

Accanto all'obiettivo prioritario di coniugare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza con il raggiungimento degli equilibri economici, la sfida principale che, almeno nel breve periodo, attende l'ASM è quella di rilanciare le attività assistenziali che nel corso di questi anni hanno subito forti contrazioni, fornendo una risposta assistenziale completa ed adeguata a tutti i bisogni di salute espressi dalla popolazione di riferimento con riguardo al presidio di tutte le fasi di gestione della stessa, da quella diagnostica a quella di presa in carico dei pazienti.

Funzionale al perseguimento dei suddetti obiettivi è l'avvio di un processo di ridefinizione degli assetti strutturali e funzionali, che troverà coronamento nell'adozione del nuovo Atto Aziendale, che sarà concepito, in conformità agli indirizzi programmatici regionali, secondo un'ottica di ammodernamento dei modelli organizzativi, tesa a privilegiare il perseguimento dei principi di efficienza ed efficacia gestionale, secondo una prospettiva di sostenibilità economica da perseguire non attraverso il taglio lineare dei servizi ma mediante l'ottimizzazione funzionale dei processi clinici ed organizzativi, sanitari ed amministrativi, la cui più diretta conseguenza deve essere il miglioramento della qualità e della quantità dei servizi offerti.

Gli interventi che si intende promuovere nella direzione del perseguimento dell'efficienza gestionale e del miglioramento della qualità dei servizi, si collocano idealmente all'interno di 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, appare oggi l'unica leva in grado di coniugare la qualità dell'assistenza sanitaria con l'impiego ottimale delle risorse, l'unico strumento a disposizione 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 perseverare nell'attuazione di strategie restrittive da parte dell'Azienda, aggraverebbe ulteriormente le criticità e le carenze che, accumulandosi progressivamente nel corso degli anni, oggi costituiscono il principale ostacolo alla ripresa delle attività ed al recupero dei livelli qualitativi di assistenza offerti dall'Azienda.

Assume, pertanto, carattere di assoluta priorità il rimpinguamento della dotazione organica del personale, a partire dall'individuazione dei Direttori delle Strutture Semplici e Complesse aziendali rimaste vacanti, e poi via via di tutte le figure professionali attualmente carenti per effetto della mancata attuazione del turn over nel corso degli anni.

Al riguardo con deliberazione aziendale n. 59 del 18/01/2024 è stato adottato in via definitiva il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale – Annualità 2024 – 2026, 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, n. 302 del 26/05/2022 e n. 291 del 23/05/2023, 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 è necessario investire al fine di favorire la crescita professionale del personale dipendente è la formazione aziendale, da realizzare attraverso l'attuazione del piano di formazione da predisporre in funzione delle esigenze formative manifestate dalle singole articolazioni aziendali, che consenta l'acquisizione delle competenze e delle skills necessarie a promuovere l'auspicato innalzamento quali-quantitativo dei servizi erogati dall'Azienda.

All'interno di questa cornice si collocano gli interventi che quest'Azienda intende porre in essere nell'immediato futuro, così come di seguito succintamente riportati.

Prioritaria importanza per il 2025 e gli anni seguenti assume, senza dubbio, il processo di **riorganizzazione della rete ospedaliera**, in ottemperanza agli indirizzi della programmazione regionale, che ruota attorno a due obiettivi prioritari:

1. *la ripresa e la riqualificazione dell'offerta assistenziale dell'Ospedale per acuti unico dell'ASM, di cui il P.O. di Matera e il P.O. di Policoro costituiscono articolazioni operative*, sia sotto il profilo strutturale che sotto quello organizzativo, finalizzata a ripristinare l'utilizzo di tutti i setting assistenziali e nel contempo favorire l'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 mantenimento 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 necessario riprendere a pieno regime le attività chirurgiche, che hanno subito una drastica battuta d'arresto con la pandemia e che stentano a riattivarsi. Tale obiettivo va 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;
2. *l'attuazione di un processo di rifunzionalizzazione degli Ospedali Distrettuali di Stigliano, Tinchi e Tricarico*, avviato in passato con la progressiva e definitiva dismissione dei posti letto per acuti, da perfezionare con il potenziamento delle attività sanitarie di tipo territoriale in conformità alle linee di indirizzo nazionali e regionali che prevedono la riconversione nel nuovo modello di Ospedale di Comunità.

Ridefinizione del modello organizzativo degli Ospedali per Acuti

In conformità alle disposizioni della L.R. n. 2/2017, oltre che del D.M. 70/2015, il nuovo modello organizzativo relativo all'assistenza ospedaliera per acuti dell'ASM prevede un unico Presidio Ospedaliero di I livello a gestione diretta, comprendente funzionalmente l'Ospedale Madonna delle Grazie di Matera, già sede di DEA di I livello, e l'Ospedale di base di Policoro, già sede di Pronto Soccorso Attivo.

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 gradualmente 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 multidisciplinarietà 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.

Una delle conseguenze più immediate della nuova filosofia organizzativa è il passaggio da un sistema di posti letto rigidamente assegnati ai reparti ad uno in cui gli stessi sono funzionalmente raggruppati in "pool" distinti per aree specialistiche il cui numero non è predefinito, anche se fa riferimento al numero dei posti letto teorici previsti nell'assetto strutturale aziendale, ma integrati, nel senso che un "pool" può diventare l'area di compensazione, per una durata limitata, di un altro "pool", della stessa area disciplinare o, in caso di necessità, di un'area disciplinare diversa.

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.

L'Ospedale di Matera si caratterizza sempre più per una potenziale capacità attrattiva nei confronti di utenza extraregionale, proveniente soprattutto dalle zone limitrofe della Puglia, accentuata di recente dal notevole incremento dei flussi turistici per effetto del ruolo assegnato alla città di Matera quale Capitale Europea della Cultura per l'anno 2019.

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 3/4 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 ad assicurare tutti i setting assistenziali quali i ricoveri ordinari, quelli diurni, la chirurgia ambulatoriale, la day e la week surgery,

Nel 2025 proseguirà 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, e successivamente confluite nell’ambito della programmazione PNRR.

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 intende porre 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.

Consolidamento del processo di rifunionalizzazione in senso territoriale dei Presidi Distrettuali

Per l’anno 2025 l’ASM continuerà ad avere 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 nell’anno che viene 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, Tinchì 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 ed attualmente vigenti, prevedono:

- per l’*Ospedale di Stigliano*, il mantenimento delle attività di lungodegenza medica per la cura delle patologie cronico – degenerative, da ripristinare nel 2025 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; in particolare, per far fronte all'emergenza sanitaria connessa alla diffusione del coronavirus, l'Azienda aveva deciso di dedicare temporaneamente il suddetto ospedale, da una parte, alla presa in carico dei pazienti positivi al covid paucisintomatici, destinando 14 dei 30 posti letto disponibili, e, dall'altra, ad ospitare pazienti in quarantena fiduciaria, a cui destinare i rimanenti 16 posti letto; con la fine della pandemia e con l'implementazione della dotazione organica si prevede di ripristinare le attività di lungodegenza medica e di avviare la riconversione del presidio in ospedale di comunità, secondo le modalità e le tempistiche previste nell'ambito della programmazione relativa al PNRR;

- per l'*Ospedale di Tricarico*, la gestione diretta delle attività di lungodegenza medica e quella in convenzione con la Fondazione Don Gnocchi per le attività di Riabilitazione cod. 56 e cod. 60 oltre che per la Residenza Sanitaria Assistita (R.S.A.), con la promozione di forme di integrazione tra la Medicina di Gruppo/Pediatria di Libera Scelta e le attività distrettuali svolte dagli specialisti operanti nel suddetto ospedale;
- per l'*Ospedale di Tinchì*, accanto al potenziamento delle attività di tipo territoriale tradizionalmente erogate, nel 2024 si consolideranno ulteriormente le attività del Centro Dialisi, realizzato con progetto di finanza, finalizzato a migliorare la qualità delle prestazioni di dialisi erogate ai pazienti a condizioni finanziarie vantaggiose per l'Azienda.

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

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

L'investimento previsto nel PNRR si concretizzerà nella realizzazione a livello nazionale 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 Tinchì e di Stigliano.

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 ed in particolare nel D.M. n. 77/2022.**

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 a settimana, il più delle volte continua a ricorrere al pronto soccorso in caso di bisogno urgente.

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 lavoreranno 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 a livello nazionale 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 su menzionata 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, 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 che l'ASM intende perfezionare per il 2025 e gli anni seguenti, in coerenza 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 che, come rappresentato, insieme alle Case e agli Ospedali di Comunità, l'Assistenza Domiciliare e la Telemedicina si configurano tra gli interventi previsti dal legislatore nell'ambito del PNRR per migliorare la risposta del sistema sanitario, si configurano come la prima importante scadenza fissata dall'Europa.

Il compito primario della centrale Operativa territoriale è quello di facilitare e ottimizzare il percorso del paziente tra i vari servizi di cui necessita; il modello organizzativo sotteso svolge funzione di coordinamento della presa in carico della persona e, per realizzarlo, dialoga con i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare).

Le COT si prefiggono la presa in carico della persona, assicurando supporto informativo, organizzativo e logistico nella transizione degli assistiti da una struttura assistenziale all'altra, come nella dimissione dall'ospedale verso una struttura riabilitativa. Esse devono essere in grado di monitorare la disponibilità di posti in strutture territoriali o ospedaliere e di organizzare le prestazioni di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), verificando lo spostamento di ogni paziente da un luogo di cura all'altro e da un livello clinico-assistenziale all'altro, promuovendo e utilizzando mezzi per il passaggio di consegne standardizzati.

Grazie all'indispensabile e preziosa figura dell'infermiere sarà possibile prendere in carico i singoli pazienti per una prevalutazione e successivamente indirizzarlo verso un percorso tra i diversi setting assistenziali.

La responsabilità organizzativa della COT è affidata a un Responsabile di Coordinamento Infermieristico, come previsto dall'Accordo Stato Regioni del 20/02/2020, e, essendo di valenza distrettuale agisce all'interno del Distretto. La COT non prevede l'accesso e la richiesta diretta di attivazione da parte del cittadino. Una piattaforma informatica tecnologica dedicata, comune, integrata e interoperabile con i principali applicativi di gestione delle Aziende del SSR e con i sistemi informativi regionali, supporterà le principali funzioni della COT, ovvero gestire e monitorare le transizioni tra i diversi setting assistenziali, ricevere e inviare notifiche relative a richieste di transizione, verificare servizi attivi per il soggetto specifico, recuperare informazioni sulla presenza di esigenze clinico-assistenziali e su prestazioni richieste, gestire la programmazione delle transizioni.

Il progetto COT è stato sviluppato lavorando su molteplici aree:

- organizzazione, su cui si è sviluppata una completa sinergia con la Regione e l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, definendo un modello unico regionale di funzionamento, teso a garantire ai cittadini eguali percorsi e modalità di gestione di patologie e bisogni sanitari;
- adeguamento strutturale delle sedi individuate per l'attività, la sede Hub di Via Montescaglioso a Matera e la sede Spoke di Via Moncenisio a Policoro;
- integrazione informatica e informativa, che, come declinato nella D.G.R. 188/2023, avente ad oggetto "PROGETTO ECOSISTEMA DIGITALE DELLE CURE TERRITORIALI, COT, DELLA TELEMEDICINA E INTEROPERABILITÀ AZIENDALE E REGIONALE", ha previsto un unico sistema che interconnette l'applicativo di gestione ospedaliera (cartella clinica/ambulatoriale), quello territoriale (ADI, residenze territoriali, Casa della Comunità, Ospedale di Comunità, MMG,...) e la telemedicina, mantenendo il collegamento con il fascicolo sanitario elettronico regionale. La nuova COT dovrà interfacciarsi con tutti i sistemi territoriali di gestione al fine di raccogliere e rappresentare tramite opportuno cruscotto le transizioni dei cittadini, ma anche avere un modulo time-line che possa rappresentare le diverse transizioni così da consentire la "tracciabilità" dei percorsi di salute del cittadino;
- acquisizione di device medicali utili al funzionamento della Centrale Operativa e migliorare il funzionamento del centro servizi, strumento tecnico di supporto alla COT per la gestione del servizio di telemedicina.

Il progetto di realizzazione delle COT ha visto la formalizzazione del modello organizzativo regionale nel mese di giugno con l'approvazione della determinazione dirigenziale 13BE.2024/D.00190 del 10/6/2024

dell'Ufficio Pianificazione Sanitaria, Verifica Degli Obiettivi, Innovazione e Qualità della Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona, avente ad oggetto " PNRR – M6C1 - INVESTIMENTO: M6C1I1.2 - Casa come primo luogo di cura e telemedicina SUB-INVESTIMENTO: M6C1I1.2.2 - Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT)- Approvazione "modalità organizzative e di funzionamento" .

Entro il 30/06/2024 sono stati completati i lavori strutturali e le forniture, e, sino alla terza settimana del mese di luglio, è stata completata la fase di formazione all'uso degli applicativi informatici.

Con la visita ispettiva finale dell'ingegnere indipendente, come richiesto dal Ministero della Salute e dal Piano sottoscritto con l'Europa, effettuata in data 22/07/2024, è stato definitivamente certificato l'avvio operativo delle Centrali Operative dell'ASM.

È di tutta evidenza che in questo scenario snodo centrale per la realizzazione dei suddetti processi è lo sviluppo della **telemedicina** attraverso il finanziamento di progetti proposti dalla Regione sulla base delle priorità e delle linee guida definite dal Ministero della Salute.

L'obiettivo è quello di migliorare radicalmente la gestione dei pazienti con malattie croniche ed in particolare di coloro che hanno più di 65 anni promuovendo un approccio multidisciplinare, attraverso la creazione di un sistema di interconnessione dei dati clinici (derivanti anche da dispositivi medici, quali, ad esempio, dispositivi impiantabili, come i pacemaker) che consenta la loro disponibilità in tempo reale sul cloud.

Attraverso questa azione si intende favorire l'implementazione di innovativi modelli di gestione clinica per assistere i pazienti in ogni ambito clinico all'interno della loro casa, quali la tele-assistenza, il tele-consulto, il tele-monitoraggio e la tele-refertazione, fornendo a pazienti/caregiver l'assistenza sanitaria sia con i professionisti sia con gli strumenti della telemedicina, della digitalizzazione, dell'intelligenza artificiale e degli strumenti di apprendimento automatico (machine learning) nel contesto globale delle cure primarie. Nell'ambito del potenziamento dell'assistenza territoriale e, in particolare, della promozione del modello di sanità di prossimità, che valorizza le aree interne e periferiche della provincia di Matera, in risposta alle condizioni di spopolamento ed invecchiamento della popolazione, nel corso del 2024 l'ASM ha avviato due importanti progetti, che saranno realizzati nel corso del 2025:

- **PROGETTO SALUTE 1: INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ - Centri di raccordo territoriali per la salute**, per un finanziamento complessivo pari a 1.080.000 di euro, con il coinvolgimento dei Comuni di: Accettura, Aliano, Cirigliano, Craco, Gorgoglione, Oliveto Lucano, San Mauro Forte e Stigliano, che si propone di favorire lo sviluppo della rete dell'assistenza territoriale integrata per la presa in carico proattiva della fragilità e la riduzione dell'esclusione sociale, che diventa parte centrale della riorganizzazione del servizio socio-sanitario-assistenziale per far fronte alle sfide dell'area.

L'obiettivo è quello di agire sulle malattie acute e sulle malattie croniche, introducendo altresì la possibilità di potenziare le attività di prevenzione, ponendo inoltre una particolare attenzione anche alle specifiche esigenze di tutte le donne e non solo delle gestanti.

Il modello assistenziale che si intende introdurre è quello infermieristico orientato alla famiglia e alla comunità capace di garantire un'azione snella e flessibile nella rilevazione dei bisogni, la continuità e la adesione alle cure, la sorveglianza domiciliare e la presa in carico dell'individuo e della famiglia con l'intento di evitare inutili ricoveri, favorire la deospedalizzazione, presidiare l'efficacia dei piani terapeutico assistenziali, allo scopo di migliorare la qualità di vita della persona nel suo contesto di vita.

Viene in tal modo rafforzata la dimensione distrettuale dell'assistenza nell'ottica di promozione della salute della donna mediante un approccio globale di tutela della salute femminile che riguardi tutto il percorso di vita della donna dall'infanzia, all'adolescenza e fino alla menopausa.

- **PROGETTO SALUTE 2: CENTRO DIURNO PATOLOGIE NEURODEGENERATIVE** con il coinvolgimento dei comuni di: Accettura, Aliano, Cirigliano, Craco, Gorgoglione, Oliveto Lucano, San Mauro Forte e Stigliano, per un finanziamento complessivo pari a € 1.050.000, che si propone di trasformare una criticità dell'area, quale l'elevato indice di invecchiamento, in un'opportunità di innovazione sanitaria e sociale, legata alla sperimentazione di un modello di gestione territoriale delle demenze, con la strutturazione di un centro diurno, di supporto ai pazienti e alle famiglie.

Con il suddetto progetto, in cui è valorizzata la figura del Medico di Famiglia, si intende, altresì, ampliare l'azione progettuale, prevedendo un percorso di formazione e informazione sulla demenza, al fine di contribuire alla diffusione delle conoscenze e delle competenze per una corretta individuazione e precoce

gestione della patologia, anche in considerazione dell'incidenza progressivamente crescente della stessa e delle gravi criticità connesse alla sua gestione.

Obiettivo specifico è quello di strutturare un modello qualificato e territoriale di gestione della patologia, che si faccia carico di:

- *Garantire un corretto accesso al percorso di presa in carico delle demenze;*
- *Utilizzare gli strumenti di valutazione multidimensionali disponibili;*
- *Garantire continuità operativa con i centri di diagnosi ospedalieri (CDCD) e con i centri semiresidenziali e residenziali che si andranno a strutturare nel territorio.*

Non meno importante è l'attenzione che l'Azienda intende riservare alla macro area assistenziale della **prevenzione collettiva e sanità pubblica**, assicurando il mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza in essi ricompresi, quali nello specifico la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali, la tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati, la sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, la salute animale e igiene urbana veterinaria, la sicurezza alimentare – tutela della salute dei consumatori, la sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening, la sorveglianza e prevenzione nutrizionale.

Accanto alle funzioni tradizionali poste in capo alle articolazioni organizzative afferenti ai Dipartimenti di Prevenzione della Salute Umana e della Sanità Animale, l'ASM per il 2024 e per gli anni seguenti intende rafforzare ulteriormente le campagne vaccinali anti covid e antinfluenzali, avviate con risultati soddisfacenti nel corso del 2021 e portate avanti nel 2022, 2023 e 2024. Infatti, nella lotta alla pandemia Covid-19 i vaccini stanno continuando a dimostrarsi l'arma in grado di fare la differenza. A distanza di qualche anno dalla loro introduzione, l'efficacia nell'evitare la malattia grave rimane estremamente elevata, oltre ad essersi dimostrata capace di ridurre la trasmissione virale anche se la persona risulta comunque positiva al virus.

Obiettivo prioritario per l'Azienda per il 2025 è il **contenimento delle liste di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali**, nella consapevolezza che la tempestività di risposta ad un bisogno di salute rappresenta uno degli elementi maggiormente qualificanti dell'assistenza sanitaria erogata, costituendo condizione essenziale per la garanzia di equità, di accesso e di rispetto del diritto di tutela della salute dei cittadini.

A tal riguardo, in considerazione delle attuali gravi difficoltà da parte delle strutture aziendali a garantire tempi di risposta ai cittadini coerenti con gli standard previsti dalla programmazione nazionale e regionale, quest'Azienda intende predisporre un Piano per il governo delle liste d'attesa, da adottare successivamente alla definizione del nuovo Piano Regionale sulle liste d'attesa, ex lege n. 107 del 29 luglio 2024 di conversione del D.L. 73/2024.

Tale piano dovrà prevedere una serie di interventi immediati finalizzati a superare alcune delle attuali criticità e che si focalizzano sui seguenti elementi chiave:

- consentire sempre all'utenza la disponibilità di prenotare le prestazioni, garantendo le condizioni per avere le agende sempre aperte e con una rete di prenotazione che contenga l'intera offerta aziendale di prestazioni specialistiche ambulatoriali, sia direttamente dalle strutture dell'Azienda, sia da quelle private accreditate. Per tale ragione, l'orizzonte di disponibilità dovrà essere di almeno 365 giorni in modo dinamico rispetto alle richieste, in modo tale che non si verifichino situazioni in cui tutta l'offerta, sia per i primi accessi sia per i controlli, risulti saturata;
- facilitare l'accesso del cittadino, sollevandolo dall'onere di dover ricontattare i servizi di prenotazione nel caso non vi sia una disponibilità al momento della richiesta, in modo tale da garantire la priorità definita dalla prescrizione. A tale scopo si intende introdurre nuove modalità operative e, nello specifico, le Preliste che consentono la registrazione delle richieste in un elenco progressivo in ordine cronologico. I cittadini inseriti nelle Preliste saranno contattati, con una tempistica che consenta di rispettare la priorità definita dalla prescrizione (Priorità U, B, D e P), ovvero ricevere la comunicazione, dall'inserimento in prelista, per lo svolgimento della prestazione: entro 7 giorni per la priorità B, entro 20 giorni per le visite con priorità D, entro 80 giorni per le prestazioni diagnostiche con priorità P;
- potenziare la propria offerta di prestazioni attraverso l'adozione di un complesso di azioni mirate, finalizzate a garantire nell'immediato e per tutto l'anno 2024, un significativo aumento delle attività, attraverso il

miglioramento dell'efficienza produttiva ed organizzativa, anche incrementando la presenza e l'operatività degli specialisti dipendenti e convenzionati dell'Azienda;

- assicurare il governo della domanda, che costituisce lo snodo fondamentale e la premessa imprescindibile per contenere le liste d'attesa, da perseguire attraverso il governo clinico e la ricerca costante di un progressivo recupero dell'appropriatezza, declinata a tutti i livelli e in tutti gli ambiti: prescrittiva, organizzativa ed erogativa.

2.2.6 Obiettivi strategici per il triennio 2025 - 2027

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO	
PUNTI DI FORZA (S)	PUNTI DI DEBOLEZZA (W)
▪ Presidi ospedalieri recentemente costruiti o ristrutturati ▪ Disposizioni e misure operative per il contenimento della spesa e la riduzione degli sprechi consolidate. ▪ Diffusione della cultura e dei percorsi di qualità clinico-assistenziali ▪ Riduzione consolidata del gap tra costi e ricavi ▪ Consolidamento dell'equilibrio di bilancio ▪ Valorizzazione delle professioni sanitarie ▪ Potenziamento sistemi informativi ed informatici	▪ liste di attesa per le prestazioni specialistiche e di ricovero ▪ Inappropriatezza prescrittiva farmaceutica ▪ Scarsa integrazione ospedale-territorio ▪ Resistenza al cambiamento culturale ed organizzativo ▪ Grave carenza di personale con dotazione organica sottodimensionata rispetto all'effettivo fabbisogno ▪ Conflitto tra limitatezza delle risorse disponibili e garanzia dei diritti da tutelare

Preliminarmente all'indicazione degli obiettivi strategici, si riporta di seguito la matrice di analisi universalmente, conosciuta con il nome di SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) sviluppata da quest'Azienda, che rappresenta un importante strumento di pianificazione strategica finalizzato ad esaminare ed evidenziare analiticamente le forze (S) e le debolezze (W) emerse dal contesto interno al fine di far emergere le opportunità (O) e le minacce (T) e emerse dal contesto esterno.

MATRICE S.W.O.T.

ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO	
OPPORTUNITA' (O)	MINACCE (T)
▪ Sviluppo mobilità attiva, favorita dalla collocazione geografica degli ospedali aziendali, a confine con le regioni limitrofe (Puglia e Calabria) ▪ Coinvolgimento MMG/PLS nella realizzazione degli obiettivi aziendali ▪ Riorganizzazione dell'offerta dei servizi territoriali ▪ Sblocco delle assunzioni in attuazione del Piano Triennale del Fabbisogno di Personale, ▪ Finanziamenti specifici per potenziamento dell'assistenza ospedaliera e territoriale (PNRR)	▪ Vicinanza di poli ospedalieri altamente qualificati situati a pochi km di distanza dai comuni della Provincia di Matera che favoriscono un'elevata mobilità passiva extraregionale ▪ Invecchiamento della popolazione con incremento del fabbisogno assistenziale ▪ Vincoli di finanza pubblica ▪ Emergenza COVID 19

Nella tabella seguente vengono esplicitati gli obiettivi di mandato assegnati al Direttore Generale, a seguito dell'incarico affidatogli con Decreto del Presidente della Giunta Regionale di Basilicata – D.P.G.R. n. 263 dell'8.11.2024, su conforme Deliberazione della Giunta Regionale di Basilicata n. 667 del 08.11.2024, recepita con delibera aziendale n. 1050 del 09/11/2024

OBIETTIVI DI MANDATO:

1. **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).** Garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e gli adempimenti finalizzati al pieno raggiungimento dell'adempienza su quanto previsto nel questionario ministeriale relativo alla erogazione dei LEA.

Fonte: Report del Ministero della Salute; Report della Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona.

2. **Equilibrio Economico-Finanziario.** Garantire l'equilibrio economico in sede di approvazione di bilancio preventivo e consuntivo, nel rispetto dell'art. 31 della LR 34/1994 e s.m.i. e garantire il rispetto delle procedure amministrative e contabili. Supporto agli Uffici Regionali negli adempimenti verso il Ministero della Economia e delle Finanze. Supporto agli Uffici regionali nella implementazione della Gestione Accentrata, dove applicabile, presso la Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona.

Fonte: Report del Ministero dell'Economia e delle Finanze; Report della Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona.

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

Fonte: Report del Ministero della Salute; Report di AGENAS; Report della Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona.

4. **Governo dei tempi di attesa:** puntuale attuazione delle misure di propria competenza contenute nel DL n.73 del 7/6/2024 coordinato con la legge di conversione n. 107 del 29/7/2024: "Misure urgenti per la riduzione delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie". Piena attuazione degli indirizzi regionali contenuti nei piani regionali annuali che verranno adottati ai sensi dell'art. 2 co. 5 del citato DL.

Fonte: Report della Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona.

5. **Fascicolo sanitario elettronico:** puntuale alimentazione del FSE per la parte di propria competenza, anche al fine del raggiungimento dei target previsti dalla specifica linea di intervento PNRR.

Ulteriori obiettivi:

6. **Piano Operativo regionale M6 C1 1.2.1: Missione 6 Salute, Componente 1, Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina, Sub-investimento 1.2.1: Assistenza domiciliare":** Attuazione delle misure di propria competenza contenute nel piano operativo regionale sull'assistenza domiciliare, adottato con DD 13BE.2023/D.00182 del 14/6/2023, in adesione alle note dell'Agenas prot.n.2023/0004844 dell'8.05.2023 e del 10.05.2023.

Fonte: Report del Ministero della Salute; Report di AGENAS; Report della Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona.

7. **Telemedicina:** pieno utilizzo della piattaforma regionale di telemedicina in ossequio della “direttiva alle aziende sanitarie della regione Basilicata per l’erogazione delle prestazioni in telemedicina” Allegato C della DGR n.219 del 29/04/2022, anche in relazione del raggiungimento dei target previsti della specifica linea di finanziamento del PNRR.

Fonte: Report del Ministero della Salute; Report di AGENAS; Report della Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona

8. **DM n.77/2022:** attuazione della DGR 948/2022, che stabilisce che le aziende l’Azienda sanitaria territoriale sono tenute a predisporre i provvedimenti di competenza in attuazione ed in coerenza con i contenuti e il cronoprogramma indicato nel documento di programmazione allegato alla stessa deliberazione ed in particolare con il rispetto della tempistica indicata.

Fonte: Report del Ministero della Salute; Report di AGENAS; Report della Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona.

9. **Gestione delle Risorse Umane:** Assicurare l'adozione del Piano Triennale del Fabbisogno del Personale (P.T.F.P.) entro il 15 novembre di ciascun anno antecedente il triennio di riferimento per consentirne l'approvazione da parte della Regione Basilicata e la conseguente approvazione definitiva da parte dell'Azienda entro il 31 dicembre dello stesso anno. Garantire, entro l'anno di riferimento, l'avvio delle procedure di reclutamento di tutto il personale previsto dal PTFP, anno per anno. Attuazione delle direttive di cui alla DGR n.53 del 4/2/2021 in materia di concorsi unici regionali.

Fonte: Report della Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona.

Di seguito vengono esplicitati gli obiettivi connessi agli interventi da realizzare con le risorse finanziarie assegnate dalla Regione Basilicata nell’ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza PNRR – Missione 6 “Salute” – Componenti n. 1 e n. 2, oltre che gli obiettivi assegnati con D.L. 34/2020 “Piano di Riordino della rete ospedaliera” e rimodulati ed approvati con DGR 103 del 14/03/2022, che rispettivamente si riepilogano di seguito:

Comp.	Intervento	Descrizione intervento	Importo Italia	Importo Basilicata	Importo ASM
1	M6C1 1.1	Case della Comunità e presa in carico della persona	€ 2.000.000.000,00	€ 25.046.297,48	€ 8.839.869,70
	M6C1 1.2.2	COT (importo globale), suddivisi come di seguito indicato:	€ 204.517.588,00	€ 2.045.175,88	€ 681.725,26
		1) COT	€ 103.845.000,00	€ 1.038.450,00	€ 346.150,00
		2) Interconnessione Aziendale	€ 42.642.875,00	€ 426.428,75	€ 142.142,90
		3) Device	€ 58.029.713,00	€ 580.297,13	€ 193.432,36
	M6C1 1.3	Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture - Ospedali di Comunità	€ 1.000.000.000,00	€ 11.131.687,77	€ 4.452.747,10
2	M6C2 1.1.1	Ammodernamento parco digitale ospedaliero (digitalizzazione DEA I e II livello)	€ 2.639.265.000,00	€ 16.142.171,75	€ 7.864.112,75
	M6C2 1.1.2	Ammodernamento parco tecnologico ospedaliero (nuovi progetti e FSC)		€ 13.237.302,17	€ 6.560.534,78
	M6C2 1.2	Verso un ospedale sicuro e sostenibile	€ 638.851.083,58	€ 7.111.490,79	€ 4.060.957,79

					Stigliano
					€ 3.050.533,00 Tricarico

Nello specifico, come già delineato nel paragrafo 2.2.5.1 in virtù della suddetta programmazione, l'ASM intende attuare gli obiettivi previsti dal PNRR attraverso:

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

Inoltre nello schema di seguito riportato sono indicati gli Investimenti strutturali di cui alla misura M6C 1.1.3:

M6C 2 1.1.3 - Rafforzamento strutturale SSN ("progetti in essere" ex art. 2, DL 34/2020)

Intervento	Descrizione interventi strutturali	Importo intervento	Importo Basilicata	Importo ASM
TAB 2- rigo 6	Realizzazione opere per n. 11 posti letto presso l'U.O.C. Rianimazione e Terapia Intensiva, mediante lavori edili all'interno del medesimo reparto	€447.788,00	€7.610.131,22	€4.210.131,22
TAB. 2 rigo 7	Interventi impiantistici da realizzare per l'implementazione degli 11 posti letto di Terapia Intensiva	€167.813,62	€7.610.131,22	€4.210.131,22
TAB. 2 rigo 8	Interventi di revamping impiantistico da realizzare presso il reparto di Malattie Infettive al fine di assicurare agli operatori le condizioni di sicurezza, consentendo la continuità di funzionamento dell'assetto impiantistico esistente	€ 472.127,04	€7.610.131,22	€4.210.131,22
TAB. 2 rigo 10	Integrazione sistema di regolazione centralizzato per adeguamento a modifiche apportate agli impianti aeraulici	€ 231.824,58	€7.610.131,22	€4.210.131,22
TAB. 2 rigo 11	Implementazione di n. 3 impianti elevatori asettici (1 ascensore / montalettighe per ciascun corpo di fabbrica)	€ 259.505,13	€7.610.131,22	€4.210.131,22
TAB. 3 rigo 6	Realizzazione lavori edili ed impiantistici per ristrutturazione ed adeguamento Pronto Soccorso (delibera aziendale n. 550/2020)	€ 2.366.100,72	€7.610.131,22	€4.210.131,22
TAB. 3 rigo 7	Realizzazione opere accessorie per consolidamento della separazione degli accessi dei pazienti Covid al P.S., che consentiranno di collegare il P.S. all'area di osservazione dedicata ai pazienti immunodepressi o affetti	€ 189.555,39	€7.610.131,22	€4.210.131,22

	da patologie infettive direttamente nell'area agli stessi dedicata, attraverso la realizzazione di un percorso coperto			
TAB. 3 rigo 8	Interventi impiantistici da realizzare presso il Pronto Soccorso per la modifica della distribuzione aeraulica per creare pressioni negative	€ 31.140,62	€7.610.131,22	€4.210.131,22

Con riferimento allo stato di attuazione degli interventi si rinvia al sito ASM dedicato <https://www.asmbasilicata.it/servizi/Menu/dinamica.aspx?idSezione=18636&idArea=18730&idCat=60885&ID=60885&TipoElemento=categoria>

Oltre agli obiettivi sopra riportati, l'Azienda Sanitaria di Matera sarà impegnata nel perseguimento degli obiettivi gestionali di salute e di carattere economico finanziario assegnati dalla Regione tuttavia non avendo, ad oggi, la Regione approvato il provvedimento di definizione di tali obiettivi da assegnare all'ASM, di seguito si riportano gli obiettivi con riferimento all'ultimo documento di programmazione disponibile (DGR 272/2022) e che saranno oggetto di rimodulazione a seguito delle modifiche e nuove assegnazioni di obiettivi effettuate dalla Regione.

Infatti, con riferimento al documento di definizione e aggiornamento degli obiettivi di salute e di programmazione sanitaria e del connesso sistema di valutazione, che descrive le aree di risultato e i relativi obiettivi assegnati alle Aziende Sanitarie per il 2024

La metodologia utilizzata è stata condivisa con l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) e con il Laboratorio di Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore S. Anna di Pisa.

Nello specifico, sono previste 4 principali aree strategiche di attività, ciascuna delle quali è opportunamente pesata in rapporto alla rilevanza strategica nell'impianto programmatico aziendale:

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

Ciascuna area di risultato si concretizza in più obiettivi. In particolare, Per l'area TUTELA DELLA SALUTE gli obiettivi strategici sono:

- Prevenzione Primaria
- Promozione stili di vita sani;
- Screening oncologici
- Sicurezza sul lavoro
- Sanità Veterinaria

Per l'area PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI gli obiettivi strategici sono:

- Appropriately clinica
- Appropriately organizzativa
- Efficacia assistenziale territoriale
- Efficacia Percorso Emergenza –Urgenza

Per l'area GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA gli obiettivi strategici sono:

- Efficienza prescrittiva farmaceutica
- Appropriately prescrittiva farmaceutica
- Appropriately prescrittiva diagnostica
- Efficienza mobilità ospedaliera

Per l'area CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI gli obiettivi sono:

- Cure Palliative
- Utilizzo dei flussi informativi
- Risk Management
- Controllo delle cartelle cliniche
- Autorizzazione / Accredimento strutture sanitarie
- Contenimento della spesa per il personale

A ciascuno dei suddetti obiettivi strategici è attribuito un peso in funzione della relativa rilevanza strategica all'interno dell'area di risultato nel quale si colloca.

Si ribadisce che gli obiettivi strategici aziendali, declinati nel presente Piano della Performance sono suscettibili di eventuali integrazioni e/ correzioni in funzione di eventuali aggiornamenti degli obiettivi di salute ed economico – finanziari operati dalla Regione nel corso dell'anno.

Con riferimento alle risultanze del monitoraggio sul raggiungimento degli obiettivi queste sono rappresentate e rendicontate nella Relazione sulla performance pubblicata sul sito ASM Amministrazione trasparente.

Il sistema di valutazione è articolato per l'Azienda in obiettivi operativi misurati da specifici indicatori.

Nello specifico, per ogni indicatore è individuato un intervallo di riferimento in base al quale viene assegnato un punteggio che rappresenta la valutazione dell'obiettivo.

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

Al sistema di valutazione degli obiettivi è correlata la retribuzione di risultato del Direttore Generale, di cui al trattamento integrativo ai sensi del comma 5 dell'art. 1 del DPCM 502/95.

Ai fini del parere di confermabilità nell'incarico di Direzione Generale dopo il 24esimo mese di mandato, fermo restando quanto previsto in ambito contrattuale, viene individuato un set ridotto di indicatori, la cui valutazione è positiva se rispetto i risultati dell'anno considerato sono migliorativi rispetto all'anno precedente, negativa in caso contrario.

Il set di indicatori scelti per l'ASM è riepilogato nei seguenti quadri sinottici.

AREE STRATEGICHE DI RISULTATO	INDICATORI QUALITATIVI
TUTELA DELLA SALUTE - Prevenzione Primaria	Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani) N. aziende ispezionate / n. aziende con dipendenti
PERFORMANCE ORGANIZZATIVE CLINICHE AZIENDALI Appropriatezza organizzativa Appropriatezza clinica	Proporzione di intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del femore nell'anziano
	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni
	Proporzione di parti con taglio cesareo primario
PERFORMANCE ORGANIZZATIVE CLINICHE AZIENDALI Efficacia dell'assistenza territoriale	% di pazienti che ripetono RM lombari entro 12 mesi
	% di anziani trattati in Cure domiciliari con valutazione sul tot. della pop. Anziana (>=65)
	Incidenza dei farmaci equivalenti sul totale a brevetto scaduto Consumo di farmaci antibiotici sul territorio

Se il singolo indicatore è rimasto uguale o migliorato si attribuisce un segno positivo (+), viceversa se l'indicatore è peggiorato un segno negativo (-)

AREE STRATEGICHE DI RISULTATO	INDICATORI QUANTITATIVI
TUTELA DELLA SALUTE	Trasmissione dei flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa
UTILIZZO DEI FLUSSI INFORMATIVI	Raggiungimento della copertura percentuale di campioni effettuati per la ricerca di residui di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale (Piano Nazionale Residui)

Se l'indicatore è valutato positivamente (SI) si attribuisce un segno positivo (+), viceversa se l'indicatore è peggiorato un segno negativo (-)

Il parere di confermabilità è favorevole se il numero degli indicatori individuati che sono migliorati (i segni +) è maggiore del numero degli indicatori che sono peggiorati (i segni -).

OBIETTIVI DI SALUTE E PROGRAMMAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA - DGR N. 272/2022

Nella Tabella seguente si riportano gli obiettivi di salute e programmazione economico finanziaria assegnati all'ASM dalla Regione Basilicata con DGR n. 272/2022 (ultimo documento attualmente disponibile) suscettibili di eventuali integrazioni/modifiche a seguito dell'aggiornamento degli obiettivi operato dalla Regione in corso d'anno:

AREA	NR	OBIETTIVI	confermato / eliminato/ nuovo	INTERVALLI DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI			PUNTI
				0%	50%	100 %	
TUTELA DELLA SALUTE - PUNTEGGIO MAX: 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	confermato	< 90	tra 90 a 95	> 95	3
	1.a.2	Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani)	confermato	< 60	tra 60 a 75	> 75	3
	1.a.3	Copertura vaccinale Papilloma Virus (HPV) nella popolazione bersaglio	confermato	< 60	tra 60 e 75	> 75	1
	1.a.5	Copertura vaccinale antimeningococcico a 24 mesi	confermato	< 90	tra 90 e 95	> 95	1
	1.a.6	Copertura vaccinale antipneumococcico a 24 mesi	confermato	< 90	tra 90 e 95	> 95	1
	1.a.7	Copertura vaccinale esavalente 24 mesi per bambini residenti nel territorio di competenza	confermato	< 90	tra 90 e 95	> 95	1
	Promozione stili di vita sani 5	1.b.1	% di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	confermato	< 23	tra 23 e 33	> 33
1.b.2		% di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso	confermato	< 25	tra 25 e 45	> 45	1

	1.b.3	% di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	confermato	< 25	tra 25 e 35	> 35	1
	1.b.4	% di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno	confermato	< 3	tra 3 e 9	> 9	1
	1.b.5	% di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	confermato	< 35	tra 35 e 55	> 55	1
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	confermato	< 25	tra 25 e 50	> 50	1
	1.c.2	Proporzione di persone che ha effettuato il test di screening di I livello, in un programma organizzato per mammella	confermato	< 35	tra 35 e 60	> 60	1
	1.c.3	Proporzione di persone che ha effettuato il test di screening di I livello, in un programma organizzato per colon retto	confermato	< 25	tra 25 e 50	> 50	1
TUTELA DELLA SALUTE - PUNTEGGIO MAX: 25							
Sicurezza sul lavoro 4	1.d.1	Numero aziende ispezionate / numero aziende con dipendenti	confermato	< 5	tra 5 e 10	>10	1
	1.d.2	Numero cantieri ispezionati / Numero cantieri notificati	confermato	< 20	tra 20 e 30	> 30	1

	1.d.3	Numero aziende ispezionate / Numero personale UPG (ufficiali di Polizia Giudiziaria) SPSAL (Serv. Prev. e Sic. ambienti di lavoro)	confermato	< 40	tra 40 e 50	> 50	1
	1.d.4	Numero sopralluoghi / Numero personale UPG (ufficiali di Polizia Giudiziaria) SPSAL (Serv. Prev. e Sic. ambienti di lavoro)	confermato	< 70	tra 70 e 90	> 90	1
Sanità veterinaria 3	1.e.1	Raggiungimento della copertura % dei campioni effettuati per ricerca di residui di fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	confermato	NO		SI	1
	1.e.2	Raggiungimento della copertura % dei campioni % di ovini e caprini morti testati per scrapie	confermato	NO		SI	1
	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)	confermato	NO		SI	1
AREA	NR	OBIETTIVI	confermato / eliminato/ nuovo	INTERVALLI DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI			PUNTI
				0%	50%	100 %	
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	confermato	>180	da 135 a 180	< 135	1

	2.a.2	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1000 residenti	confermato	> 3	da 1,5 a 3	<1,5	1
	2.a.3	Percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	confermato	> 4	tra 2 e 4	< 2	1
	2.a.4	Percentuale di ricoveri effettuati in Day Surgery per i DRG LEA chirurgici	confermato	< 45	da 45 a 75	> 75	1
	2.a.8	Proporzione di intervento chirurgico entro 2 gg. a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano	confermato	< 50	da 50 a 60	> 60	3
	2.a.1 4	Proporzione di infarti miocardici acuti (IMA) trattati con PTCA entro 2 gg.	confermato	< 34	da 34 a 44	> 44	1
	2.a.1 5	Mortalità a 30 gg. dal ricovero per un episodio di infarto miocardico acuto (IMA in diagnosi principale)	confermato	> 10,5	da 8,5 a 10,5	< 8,5	1
	2.a.1 6	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza < 3 giorni	confermato	< 50	da 50 a 60	> 60	1
	2.a.1 7	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	confermato	> 15		< 15	2
	2.a.1 8	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostiche	confermato	> 20	da 15 a 20	< 15	1
PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI – 30							
Efficacia assistenziale territoriale¹²	2.c.1	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali x 1000 residenti	confermato	> 10	da 7 a 10	< 7	1

	2.c.2	Tasso di ricovero per scompenso cardiaco x 100.000 residenti 50–74 aa.	confermato	> 195	da 155 a 195	< 155	1
	2.c.3	Tasso di ricovero per diabete x 100.000 residenti 35– 74 anni	confermato	> 35	da 25 a 35	< 25	1
	2.c.4	Tasso di ospedalizzazione BPCO x 100.000 residenti 50 – 74 anni	confermato	> 35	da 25 a 35	< 25	1
	2.c.5	% di anziani in Cure Domiciliari con valutazione sul totale della popolaz.	confermato	< 4	da 4 a 8	> 8	4
	2.c.6	% di presa in carico con CIA (coefficiente di intensità assistenziale) > 0,13 per over 65 in Cure Domiciliari	confermato	< 50	da 50 a 70	> 70	1
	2.c.7	Tasso osp. per patologie psichiatriche per residenti maggiorenni	confermato	> 300	da 200 a 300	< 200	1
	2.c.8	% di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 gg. per patologie psichiatriche	confermato	> 6	da 4 a 6	< 4	1
	2.c.9	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica x 100 residenti <14 anni	confermato	>10	da 7 a 10	< 7	1
Efficacia percorso emergenza urgenza 5	2.d.1	% di accessi in Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti	confermato	> 80	da 80 e 93	>93	3
	2.d.2	% di accessi in P. Soccorso con codice VERDE visitati entro 1 ora	confermato	< 50	da 50 a 70	> 70	1

	2.d.3	% di accessi in P. Soccorso con codice VERDE non inviati al ricovero con tempi di perm. entro le 4 ore	<i>confermato</i>	< 70	da 70 a 80	> 80	1
GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA – 25							
Efficienza prescrittiva farmaceutica 11	3.a.1	% di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	<i>confermato</i>	<70	da 70 a 98	>98	4
	3.a.2	% di utilizzo di farmaci biosimilari	<i>confermato</i>	<60	da 60 a 80	>80	7
Appropriatezza prescrittiva farmaceutica 7	3.b.2	Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina – angiotensina (antiipertensivi)	<i>confermato</i>	>40	da 40 a 30	<30	1
	3.b.3	Consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina	<i>confermato</i>	>36	da 26 a 36	<26	1
	3.b.4	Consumo di farmaci antibiotici sul territorio	<i>confermato</i>	>18	da 12 a 18	< 12	1
	3.b.5	% di pz. dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta – bloccanti alla dimissione	<i>confermato</i>	< 67	da 67 a 77	> 77	1
	3.b.6	% di pz. dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani	<i>confermato</i>	< 55	da 55 a 75	>75	1
	3.b.7	% di pz. dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimiss.	<i>confermato</i>	< 60	da 60 a 80	>80	1
	3.b.8	Monitoraggio del consumo del colecalciferolo sul territorio	<i>Nuovo</i>	< 30	Da 30 a 50	>50	1
GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA – 25							

Appropriatezza prescrittiva diagnostica 3	3.c.1	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)	confermato	> 30	da 20 a 30	< 20	1
	3.c.2	% di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi	confermato	> 8	da 6 a 8	< 6	2
Efficienza mobilità ospedaliera 4	3.d.1	recupero della mobilità passiva ospedaliera per alcuni ricoveri (elencati nella DGR) eseguiti in mobilità passiva dai residenti	confermato	< 5	da 5 a 15	> 15	3
	3.d.2	miglioramento del saldo di mobilità ospedaliera	confermato	< 0,58	da 0,58 a 0,62	> 0,62	1
AREA	NR	OBIETTIVI	confermato / eliminato/ nuovo	INTERVALLI DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI			PUNTI
				0%	50%	100 %	
OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI – 20							
Cure Palliative 4	4.b.1	% di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni	confermato	< 50	da 50 a 85	> 85	2
	4.b.2	Consumo territoriale di farmaci oppioidi	confermato	< 1,6	da 1,6a 2,1	> 2,1	2
Utilizzo dei flussi informativi 5	4.c.1	Trasmissione dei flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa	confermato	NO		SI	1
	4.c.2	n. % di errori che generano scarti sul totale delle SDO trasmesse	confermato	< 5	da 3 a 5	< 3	1
	4.c.3	n. % di errori che generano anomalie sul totale delle SDO trasmesse	confermato	>20	da 10 a 20	< 10	1

	4.c.4	Copertura del flusso NSIS sui contratti dei dispositivi medici	<i>confermato</i>	< 15	da 15 a 25	> 25	1
	4.c.5	Copertura del flusso NSIS sui consumi dei dispositivi medici	<i>confermato</i>	< 80	da 80 a 95	> 95	1
Risk Management 2	4.d.1	Adozione / attualiz. del Piano aziendale per la prev. del rischio clinico e invio del Piano Aziendale ASM in Regione entro il 30 giugno di ogni anno	<i>confermato</i>	NO		SI	1
	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	<i>confermato</i>	NO		SI	0,5
	4.d.3	Attivazione del monitoraggio del consumo di gel idroalcolico – Indicazione PNCAR in (c.c.)	<i>Nuovo</i>	=< 14 cc	Tra 15 e 19	=>20	0,5
Controllo cartelle cliniche 1	4.e.1	Verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche e trasmissione in regione degli esiti nei tempi previsti	<i>confermato</i>	NO		SI	1

Autorizzazione / Accreditazione strutture sanitarie pubbliche 4	4.f.1	Verifica dell'Autorizzazione definitiva e/o di Accreditazione per le strutture sanitarie - Centro Dialisi Ospedale distrettuale Tinchi - Procreazione medicalmente assistita c/o P.O. Mt- Diagnostica per immagini R.M.N. c/o P.O. Policoro-Ospedale Matera	confermato	NO		SI	4
	4.h.1	Contenimento della spesa del personale sanitario	Nuovo	NO		SI	2
Contenimento della spesa del personale sanitario 4	4.h.2	Attuazione Piano triennale fabbisogno di personale	Nuovo	< 50	da 50 a 75	> 75	2

Accanto ai suddetti obiettivi operativi rivenienti dalla programmazione regionale, costituiscono obiettivi prioritari per l'Azienda:

- l'indice di tempestività pagamenti fornitori
- il monitoraggio e contenimento delle liste d'attesa
- la diffusione e l'utilizzo da parte dei professionisti della firma digitale
- l'implementazione di un sistema informatico integrato a supporto delle decisioni
- la formazione e valorizzazione delle competenze per il miglioramento della qualità delle cure
- la sicurezza dei pazienti
- le Pari Opportunità come l'assenza di ostacoli alla partecipazione economica, politica e sociale di un qualsiasi individuo per ragioni connesse al genere, religione e convinzioni personali, razza e origine etnica, disabilità, età, orientamento sessuale o politico.
- Il monitoraggio della spesa con particolare riferimento a quella del personale e della farmaceutica territoriale e ospedaliera.
- Il monitoraggio e corretta applicazione di quanto previsto dal D.Lgs 81/2008
- Il miglioramento e recupero saldo di mobilità infraregionale e interregionale
- attivazione e consolidamento azioni per la prevenzione e controllo delle Infezioni ospedaliere.

Sono da considerarsi inoltre obiettivi strategici dell'ASM quelli definiti con deliberazione n. 1064/2023, di seguito elencati:

- Aggiornamento della sottosezione PIAO 2024-26, relativa ai rischi corruttivi e alla trasparenza, alla luce della nuova normativa d'adozione del PIAO entro il 31.01.2024 (redazione, adozione e pubblicazione della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" entro il 31.01.2024, in uno con il PIAO);
- Monitoraggio aree a rischio (monitoraggio dell'attuazione delle misure in tema di prevenzione della corruzione delle UU.OO. a rischio previste attraverso la compilazione delle schede informatizzate;
- Diffusione del Codice di Comportamento e del Codice Etico aziendali (diffusione e formazione del personale inerente il Codice di comportamento Aziendale e il codice Etico aziendale);
- Formazione dei dipendenti sulla prevenzione della corruzione (attività di formazione per la prevenzione della corruzione di carattere generale e di carattere specialistico).
- Customer satisfaction (produzione indagine sulla soddisfazione degli utenti);

- Miglioramento performance (analisi dei reclami e avvio istruttoria per ricerca soluzioni per il cittadino);
- Rispetto della tempistica di pubblicazione dei dati ex Decreto Legislativo 33/2013 (pubblicazione dei dati previsti dalla normativa entro i termini indicati);
- Rafforzamento della circolarità delle comunicazioni con i cittadini (sondare l'interesse dei cittadini per la sezione trasparenza del sito aziendale);
- Programmazione delle attività di formazione (redazione del piano di formazione in tema di trasparenza di carattere generale e di carattere specialistico);
- Attuazione formazione (attuazione del Piano di formazione per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza).
- L'attivazione di forme integrate di formazione/intervento dirette all'adozione di misure sempre più mirate alle caratteristiche e ai fabbisogni specifici dell'Azienda;
- La verifica dell'adeguatezza e eventuale razionalizzazione del sistema di gestione dei flussi di alimentazione dei dati nella sezione amministrazione trasparente.

2.2.7 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Nell'ambito degli obiettivi strategici sono individuati gli obiettivi operativi che sono declinati ai diversi livelli organizzativi aziendali attraverso il processo di budgeting, già avviato da quest'Azienda da diversi anni, che si concretizza nella formalizzazione, previa una fase di negoziazione, delle schede di budget, attraverso cui si assegnano ad ogni struttura aziendale gli obiettivi operativi, individuando al contempo gli indicatori necessari a consentirne la valutazione del grado di raggiungimento dei risultati rispetto al target atteso predefinito.

Nello specifico, il processo di budgeting prende avvio con l'individuazione e l'assegnazione degli obiettivi strategici, che muove dal livello Direzionale e dagli uffici di Staff, e prevede per ogni obiettivo assegnato ai CdR aziendali, opportunamente pesato, gli indicatori attraverso cui misurare il risultato raggiunto rispetto a quello atteso.

Al fine di favorire la concreta attuazione del processo di budgeting, l'Azienda Sanitaria di Matera, con delibera n. 859/2021 ha istituito il Comitato di budget aziendale, aggiornato con delibera 498/2022, quale organismo deputato alla negoziazione /assegnazione alle strutture dipartimentali degli obiettivi di attività e delle relative risorse necessarie al loro raggiungimento.

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

- al I livello tra la Direzione Strategica e i Direttori di Dipartimento, i dirigenti responsabili di Unità Operative Complesse e Semplici, con la partecipazione degli incaricati di funzione del comparto;
- al II livello da parte di questi ultimi nei confronti delle singole Unità di personale dirigente e non dirigente. Tale processo, che si sviluppa in coerenza con gli obiettivi strategici fissati a livello regionale, si estrinseca infine nella definizione dei Documenti di budget per ogni Dipartimento aziendale, nei quali sono esplicitati gli obiettivi di attività e di risorse negoziati e poi assegnati alle UU.OO. aziendali afferenti ai relativi Dipartimenti.

Nei documenti di budget sono definiti gli obiettivi di unità operativa complessa e semplice dipartimentale, con la specificazione di indicatori di risultato per la misurazione del raggiungimento degli obiettivi rispetto ai risultati attesi, che, pertanto, costituiscono la base per la misurazione dell'efficienza, ovvero degli output ottenuti in relazione agli input impiegati, e dell'efficacia, ovvero dei risultati raggiunti in relazione ai target desiderati.

Conseguentemente per ciascun obiettivo operativo è definito un indicatore specifico:

- per ogni indicatore è individuato un intervallo di riferimento in base al quale viene assegnato un punteggio che rappresenta la valutazione dell'obiettivo,

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

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

Si riporta di seguito il quadro sinottico in cui sono riepilogati per ogni area di risultato predefinita, opportunamente pesata, gli obiettivi strategici, così come rideterminati a seguito dell'intervenuta D.G.R. n. 272/2022, con i relativi pesi, gli obiettivi operativi con i relativi pesi, il corrispondente intervallo di valutazione della percentuale di raggiungimento del risultato.

Secondo quanto previsto dall'articolo 5, comma 1, e dall'articolo 10, comma 1, lett. a), del D.Lgs 150/09, la definizione degli obiettivi nell'ambito del ciclo della performance avviene in maniera integrata con il processo di programmazione e del bilancio di previsione. Considerato che il Piano della Performance ed il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance definiscono gli elementi fondamentali dell'intero ciclo di performance, è importante garantire coerenza e coordinamento tra mandato istituzionale, missione, visione, aree strategiche, obiettivi strategici, piani d'azione e risorse economiche. La pianificazione della performance e il processo di programmazione dell'ASM vengono realizzati in coerenza con il Bilancio di previsione annuale e dei documenti ad esso correlati (es. programmazione degli investimenti).

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

La sottosezione della Performance, che costituisce la parte del PIAO in cui sono esplicitati gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi aziendali, ai sensi del D. Lgs. n. 150/2009, rappresenta un'occasione per gestire in maniera integrata e coordinata i diversi strumenti di pianificazione e programmazione già presenti e vigenti. Esso rappresenta, pertanto, uno strumento per:

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

Il processo di redazione della sottosezione della Performance si inserisce nell'ambito del più ampio processo di pianificazione strategica e programmazione dell'Azienda, che trova poi sintesi nella redazione del PIAO. Essa viene predisposta dalla U.O.S.D. Programmazione e Controllo di Gestione, sulla base degli indirizzi e delle indicazioni della Direzione Strategica e con il coinvolgimento diversi attori, quali la U.O.C. Gestione delle Risorse Umane, la U.O.C. Economico Finanziaria, il Responsabile per la Trasparenza, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

Nella tabella che segue è indicata la rappresentazione sintetica dei tempi seguiti, a regime, per ciascuna delle fasi che. Per il 2022, a seguito dell'introduzione del PIAO e delle varie proroghe connesse ai ritardi nell'iter normativo di adozione, vi è stato un significativo spostamento.

N.	FASI DEL PROCESSO						
		novembre	dicembre	gennaio	febbraio	marzo	Aprile
1	Avvio del processo di elaborazione della sottosezione della Performance						
2	Definizione degli obiettivi di Performance						
3	Redazione del documento						

4	Condivisione del Piano con OIV e a livello aziendale						
5	Approvazione e adozione del PIAO						
6	Comunicazione del Piano all'interno della ASM e all'esterno						

I soggetti coinvolti nella fase della redazione e /o condivisione sono i seguenti:

- Direzione Strategica
- Programmazione e Controllo di Gestione (CdG)
- OIV aziendale
- Responsabile Anticorruzione e della Trasparenza
- URP
- Comitato Consultivo Misto
- Collegio di Direzione
- Organizzazioni Sindacali

2.2.9 Azioni di miglioramento del ciclo della performance

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

Inoltre, affinché la procedura del ciclo della performance possa migliorare la sua significatività e la sua attitudine a svolgere il ruolo di strumento di governo, di trasparenza e di responsabilizzazione, si riportano le azioni già intraprese e quelle da porre in essere:

- La sottosezione della Performance è revisionata nel corso degli anni in funzione dell'assegnazione degli obiettivi regionali, nonché del confronto con tutti i portatori di interessi e nel caso in cui dovessero intervenire situazioni straordinarie.
- Con l'introduzione del PIAO sarà massimizzata l'integrazione tra tutti gli strumenti e i documenti di programmazione aziendale, secondo linee guida che saranno emanate da parte del Ministero, a cui l'Azienda si adegnerà in corso d'opera.
- Il Ciclo della Performance è allineato ed integrato con il ciclo di programmazione economico finanziaria e con quello della programmazione strategica;
- Sono state definite le aree chiave di misurazione del rapporto con i cittadini, al fine di fornire la trasparenza come massima leggibilità delle informazioni da parte dei vari stakeholder;
- Sarà perfezionato un sistema di controllo direzionale che consente il monitoraggio periodico dei principali indicatori di attività dell'azienda, anche da parte dei direttori di Dipartimento e di UU.OO. complesse, (cruscotto direzionale);
- Si stanno individuando particolari procedure di monitoraggio e verifica della performance aziendale e individuale, prevedendo un piano di attuazione particolarmente articolato che coinvolgerà tutti gli attori aziendali con l'obiettivo di raggiungere un programma di valutazione fortemente condiviso e mirato alla crescita individuale e alla valorizzazione delle risorse umane, patrimonio aziendale;
- L'Azienda ha istituito un fondo per la retribuzione di risultato anche per l'Area della Dirigenza (dal 2019) che ha reso ancor più necessario il miglioramento dell'intero sistema di misurazione e valutazione della performance, in conformità ai principi ed ai valori sottostanti al Decreto Legge n. 150/2009, finalizzato all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e alla efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni;
- L'Azienda, con la collaborazione dell'OIV, ha adottato con deliberazione aziendale n. 1089 del 12/12/2019 il nuovo Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance ASM – 2020-2022, che introduce importanti novità rispetto al passato, con l'intento di migliorarne l'impianto complessivo sia sotto l'aspetto formale che sotto quello sostanziale, rendendolo più coerente con i principi della trasparenza, della

responsabilizzazione sul raggiungimento dei risultati e sulla meritocrazia, che sono alla base della cultura della performance.

L'Azienda sta sviluppando e migliorando il Sistema informativo direzionale attraverso l'integrazione, in un unico datawarehouse, dei vari applicativi gestionali aziendali, finalizzato alla produzione di rapporti di gestione, reports, indicatori utili al governo ed al monitoraggio delle attività assistenziali.

Nel corso degli ultimi anni è stata parzialmente implementata una versione più evoluta della suddetta procedura, opportunamente aggiornata e integrata, con specifico riferimento agli Indicatori del Piano Nazionale Esiti della Scuola S. Anna di Pisa, che, a regime, consentirà, tra l'altro:

- la produzione di rapporti di gestione periodici, comprensivi degli indicatori previsti dal piano nazionale Esiti, da condividere con i vari Direttori /Dirigenti delle strutture semplici e/o complesse aziendali, ai fini del monitoraggio/controllo/ revisione delle attività assistenziali e amministrative programmate;
- accesso al programma da per tutti i Direttori di Dipartimento e/o di unità operativa semplice e complessa, al fine di monitorare direttamente le attività svolte e le risorse utilizzate (personale, farmaci ecc) ;
- reportistica per ogni singolo medico, MMG e PLS, con raffronti statistici (economici e clinici) riferiti alle associazione (per gruppi di medici), al Distretto di riferimento e all'azienda nel suo complesso.

2.2.10 Sistemi di benchmarking

La valutazione della performance consiste nel «processo di monitoraggio dei risultati da comparare con un qualche standard di riferimento che determina “rewards” o correzioni di linea di azione». Nell'ambito della sanità, la valutazione delle performance riveste grande rilevanza a causa della criticità insita nel suo mission, caratterizzata dall'esistenza di una forte asimmetria informativa nei confronti dell'utente e dal rilevante assorbimento di risorse finanziarie. Queste peculiarità hanno imposto l'introduzione di strumenti e sistemi di governo complessi.

Misurare la performance in sanità significa misurare la qualità delle cure erogate ma anche individuare i vuoti di offerta o gli sprechi di risorse determinati da servizi destinati alle persone sbagliate o con modalità inadeguate. Nel contesto sanitario il benchmarking, ossia il processo sistematico di confronto delle performance, è essenziale, in quanto rappresenta lo strumento fondamentale per scongiurare l'autoreferenzialità e per attivare processi di apprendimento dalle best practice. Il processo di comparazione tra istituzioni del sistema - a livello regionale, nazionale e internazionale - sui numeri, sulle scelte e sui risultati, in modo trasparente e pubblico, non è soltanto il modo in cui il sistema pubblico può e deve rendere conto ai cittadini delle sue azioni, ma rappresenta anche lo strumento essenziale per imparare, per individuare le proprie criticità e cercare di superarle.

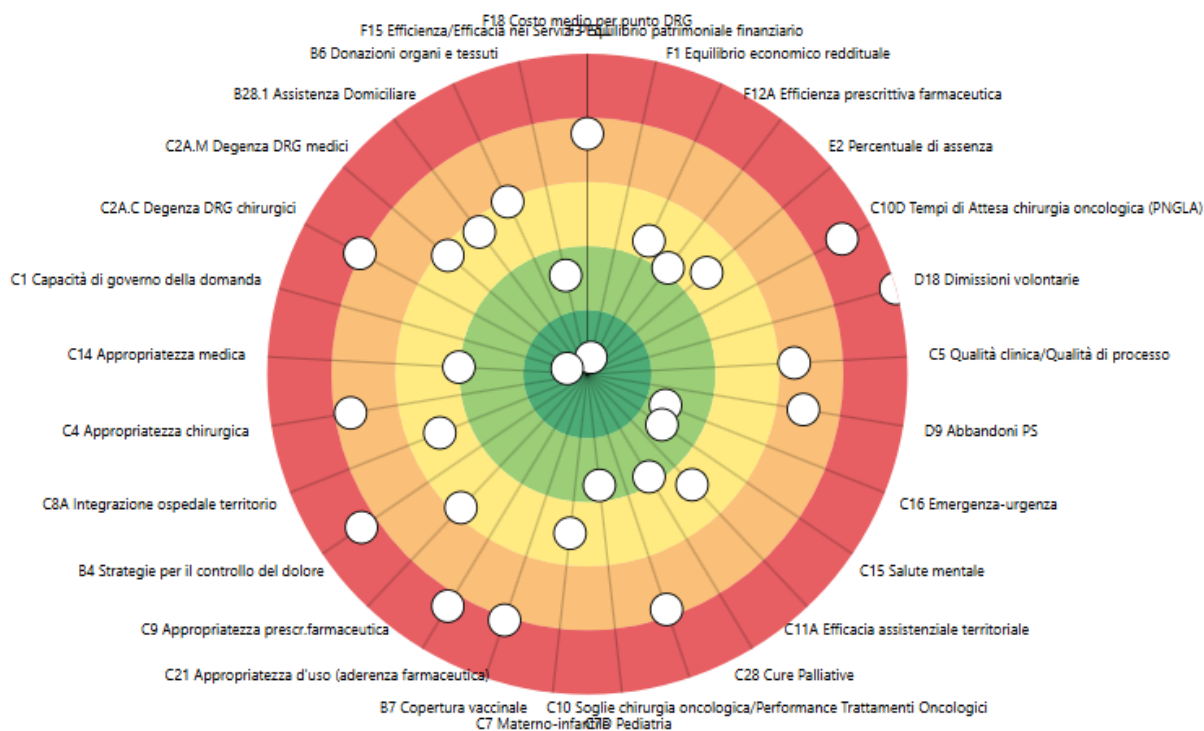
A livello nazionale ed internazionale esistono diversi sistemi di benchmarking in ambito sanitario. I più noti a livello nazionale sono il Programma Nazionale Esiti, il Sistema di valutazione della performance dei Sistemi Sanitari Regionali dell'Istituto Superiore Sant'Anna e il Rapporto Sanità coordinato dal consorzio Crea.

Il Sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali, progettato e coordinato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, è uno strumento di benchmarking volontario al quale le singole Regioni italiane hanno la possibilità di aderire per confrontarsi sulla propria performance in una prospettiva multidimensionale. Tale Sistema, infatti, misura i risultati conseguiti in tutte le Aziende sanitarie, comprese quelle ospedaliero-universitarie, delle (attualmente) 11 Regioni, tra cui la Regione Basilicata, iscritte al network ed è diventato nel tempo uno strumento fondamentale, che affianca e sostiene la funzione di governo a livello regionale. I risultati sono poi rappresentati in un bersaglio a cinque fasce di colore, dove più vicini al centro del bersaglio sono rappresentati i risultati con migliore performance. Oltre al bersaglio e alle relative mappe di performance, sono stati predisposti dei “pentagrammi” a cinque fasce, capaci di rappresentare le diverse fasi dei principali percorsi assistenziali dei pazienti.

A mero titolo cognitivo si fornisce di seguito il “bersaglio” dell'ASM per l'anno 2023, (ultimo disponibile) da cui emerge come a fronte di una prevalenza della valutazione nella fascia medie, vi sono alcune aree che presentano forti criticità, quali, il rispetto dei tempi massimi di attesa della chirurgia oncologica e le dimissioni volontarie, ed altre che, invece, fanno registrare performance da migliorare, mentre

performance ottimali si registrano nel caso dell’Emergenza Urgenza , capacità di governo della domanda, Efficienza ed Efficacia nei Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PISLL)

Bersaglio 2023 - ASM Matera



Il Programma Nazionale Esiti (PNE) è stato sviluppato da AGENAS su mandato del Ministero della Salute e fornisce, dal 2013 a livello nazionale, valutazioni comparative di efficacia, equità, sicurezza e appropriatezza delle cure prodotte nell’ambito del servizio sanitario italiano. Un altro importante obiettivo di PNE è l’individuazione dei fattori che determinano gli esiti, con particolare attenzione ai volumi di attività, ma anche ai potenziali fattori confondenti e modificatori d’effetto.

E’ quindi uno strumento di misurazione, analisi, valutazione e monitoraggio delle performance clinico-assistenziali delle strutture sanitarie a disposizione delle Regioni, delle aziende e dei professionisti per il miglioramento continuo del SSN. I risultati di PNE derivano dal calcolo centrale di indicatori, elaborati partendo dai flussi informativi nazionali obbligatori e sulla base di protocolli specifici, e sono pubblicati annualmente sul sito web dedicato.

Il Rapporto Sanità, giunto alla 18a edizione, è il risultato di una partnership fra il Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità) e alcune Aziende sensibili all’importanza della ricerca a supporto del dibattito sulle politiche sanitarie. Il progetto si basa sull’opportunità di supportare le politiche socio-sanitarie fornendo elementi di riflessione sull’andamento e sulle tendenze in atto in Italia e in Europa, basate su evidenze scientifiche quantificabili.

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

Monitoraggio e stato di attuazione anno 2024

Come già detto sopra, gli obiettivi strategici aziendali, declinati nel presente Piano della Performance sono suscettibili di eventuali integrazioni e/ correzioni in funzione di eventuali aggiornamenti degli obiettivi di salute ed economico – finanziari operati dalla Regione nel corso dell'anno.

Con riferimento alle risultanze del monitoraggio sul raggiungimento degli obiettivi queste sono rappresentate e rendicontate nella Relazione sulla performance pubblicata sul sito ASM Amministrazione trasparente.

2.3. Rischi corruttivi e Trasparenza

2.3.1 Introduzione

La presente sottosezione è redatta in conformità alle disposizioni di legge e nel rispetto dei principi contenuti nel Decreto n. 132 del Ministro della Pubblica Amministrazione, di concerto con il Ministro dell'Economia e Finanze del 30 giugno 2022, nonché del PNA 2022, approvato dal Consiglio dell'Anac con Delibera n. 7 del 17.01.2023, aggiornato con Delibera n. 605 del 19.12.2023 e seguenti.

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

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

2.3.2. La sottosezione del PIAO "rischi corruttivi e trasparenza"

In via generale il Processo di adozione della presente parte del PIAO si sostanzia nella:

- Trasmissione Bozza della sottosezione all'Organo di Indirizzo Politico Amministrativo;
- Condivisione della stessa da parte del Direttore Generale;
- Individuazione degli attori interni all'Azienda che hanno partecipato alla predisposizione del testo nonché dei canali e degli strumenti di partecipazione;
- Individuazione degli attori esterni all'Azienda che hanno partecipato alla predisposizione del testo nonché dei canali e degli strumenti di partecipazione;
- Indicazione di canali, strumenti e iniziative di comunicazione dei contenuti;

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

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

Con riferimento all'annualità 2024, ai sensi dell'art. 1 c. 14 della L. n. 190/2012 il RPCT dell'Azienda, entro il 15 dicembre, data differita, su disposizione ANAC, per il 2024 al 31 gennaio 2025, giusta comunicazione dell'ANAC del 29 ottobre 2024, dovrà redigere una relazione annuale, in allegato al PIAO 2025-2027, che

renderà conto dell'efficacia delle misure di prevenzione definite dal PIAO 2024-2026, pubblicata sul sito istituzionale dell'Azienda, quale parte integrante del PIAO.

2.3.3. Finalità generali del piano e obiettivi strategici 2025/2027

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

Il presente testo fa diretto riferimento agli obiettivi strategici specifici in materia di anticorruzione e trasparenza, di seguito riportati, individuati dalla Direzione Strategica con Delibera Aziendale che, in una logica di integrazione con quelli funzionali alla creazione di valore, generano le condizioni per la tutela e protezione del valore creato.

Il rispetto delle misure qui stabilite, in attuazione degli obiettivi strategici individuati dalla Direzione Strategica con Delibera n. 9 del 13 gennaio 2024, costituisce obiettivo per i Dirigenti delle Aree definite a rischio, referenti del RPCT, ai fini della valutazione della performance individuale.

Nello schema seguente, gli obiettivi in materia di prevenzione della corruzione:

NR. OBIETTIVO	OBIETTIVO OPERATIVO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TG 2025	FONTI DATI	SOGGETTI COMPETENTI
1	Aggiornamento della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" alla luce della nuova normativa d'adozione del PIAO 2025_2027	Redazione, adozione e pubblicazione della sottosezione e "Rischi corruttivi e trasparenza" nei termini previsti per l'adozione del PIAO 2024_2026 (31.01.2025)	Approvazione formale del PIAO 2025_2027 entro i termini previsti dalle norme	Sì	Sito Aziendale	Direzione Strategica Responsabile Prevenzione Corruzione Dirigenti UU.OO. interessate
2		Monitoraggio dell'attuazione delle misure in tema di prevenzione e della corruzione	Numero U.O. che hanno adempiuto alla compilazione della scheda /	1	Relazione Responsabili Prevenzione e Corruzione	Referenti aree a rischio

	Monitoraggio aree a rischio	nelle UU.OO. a rischio previste attraverso la compilazione delle schede informatizzate e relazioni inerenti l'attuazione delle misure	Numero U.O. tenute all'adempimento			
3	Diffusione 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	Sì	Relazione Responsabile Prevenzione e Corruzione	Responsabile Prevenzione Corruzione Responsabile U.O. Formazione
4	Formazione dei dipendenti sulla prevenzione della corruzione	Attività di formazione per la prevenzione e 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 Numero corsi realizzati /Numero totale corsi realizzati	Sì	Relazione Responsabile Prevenzione e Corruzione	Responsabile Prevenzione Corruzione Responsabile U.O. Formazione

Nello schema seguente, gli obiettivi in materia di trasparenza:

NR OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TG 2025	FONTI E 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 a ciclo su rotatorio su Unità Operative	Pubblicazione su sito aziendale	URP Aziendale UU.OO Aziendali
2	Miglioramento performance aziendale	Analisi dei reclami, 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 report su sito aziendale	URP Aziendale UU.OO Aziendali
3	Rispetto della tempistica di pubblicazione dei dati ex Decreto 33/2013	Pubblicazione del 100% dei dati indicati nella normativa entro i termini indicati	Dati pubblicati entro il termine normativo/ totale dati pubblicati	100% Verifica positiva da parte dell'OIV su rispondenza obblighi di trasparenza	Sito aziendale; Documento di attestazione trasparenza OIV	RPCT Dirigenti delle UU.OO
4	Rafforzamento della circolarità delle informazioni con i cittadini	Sondare l'interesse dei cittadini per la sezione trasparenza del sito aziendale	Organizzazione e della giornata/settimana della trasparenza	Organizzazione della giornata/settimana della trasparenza	Sito aziendale Resp. Trasparenza ASM	Dirigenti UU.OO RPCT

5	Programma zione e attuazione delle attività di formazione dei dipendenti in materia di trasparenza	Redazione e attuazione del Piano di Formazione in tema di trasparenza di carattere generale e specifico	Confluenza delle attività di formazione in tema di trasparenza nella sezione del Piao dedicata alla formazione Numero corsi- laboratori realizzati- numero totale corsi laboratori programmati	Sì	Relazione RPCT	RPCT Responsabile U.O. Formazione
---	---	---	---	----	-------------------	--

Gli obiettivi indicati relativi alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO 2025-2027 sono formulati in collegamento con la programmazione strategica ed operativa dell'Amministrazione nel PIAO e negli altri strumenti di programmazione dell'Azienda.

2.3.4. Coerenza con Piano Performance

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

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

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

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

2.3.5. Processo di redazione della sottosezione prevenzione corruzione e trasparenza del PIAO

Il processo è così articolato:

- Invito ai Responsabili delle UU.OO. delle Aree a Rischio di eventuali proposte di variazione ed aggiornamento della mappatura del rischio e/o delle misure ritenute necessarie e relativi adempimenti degli obblighi di trasparenza ex D.lgs. 33/2013 e s.m.i. con le Aree di Rischio anche attraverso sessioni di audizioni;
- Predisposizione di una bozza della sottosezione relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO che, nella versione definitiva, dopo le consultazioni interne, è trasmessa al Direttore Generale per un processo condiviso di formazione della sottosezione specifica all'interno del PIAO;

- Consultazione pubblica ai fini del coinvolgimento della struttura organizzativa e degli Stakeholder;
- Adozione del PIAO, nei termini di legge, con deliberazione del Direttore Generale;
- Pubblicazione del PIAO sul sito dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera in una apposita sezione;
- Pubblicazione sulla piattaforma on line attivata sul sito istituzionale del Dipartimento della Funzione Pubblica della sottosezione relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO, in uno con il documento complessivo (salvo diverse indicazioni da parte dell'ANAC).

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

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

Il Dirigente dell'Azienda Achille Spada è stato nominato, dal Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera, RPCT e Trasparenza con deliberazione n. 20/2023, sostituito, in caso di assenza e/o impedimento, da Angela Divincenzo, collaboratore tecnico professionale sociologo, assegnata alla U.O.S.D. U.R.P., Comunicazione, Ufficio Stampa, Privacy, giusta Delibera n. 222 del 28.03.2023 - Approvazione del Piano Integrato di attività e Organizzazione PIAO – Triennio 2023 – 2025.

2.3.6. Soggetti, ruoli e responsabilità nella strategia di prevenzione e trasparenza a livello decentrato

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'A.S.M. sono:

- il Direttore Generale;
- il RPCT;
- i Direttori di UU.OO., quali referenti per la prevenzione della corruzione e trasparenza per l'area di rispettiva competenza;
- tutti i dirigenti per le attività di rispettiva competenza;
- l'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.);
- l'Ufficio Procedimenti Disciplinari, U.P.D.;
- Tutti i dipendenti dell'Amministrazione;
- I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Amministrazione.

Il RPCT definisce le modalità e i tempi del raccordo con gli altri organi competenti nell'ambito delle attività di prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

I principali attori del processo di gestione del rischio ed i loro compiti

Atteso il ruolo di coordinamento che la vigente normativa in materia attribuisce al RPCT, con riguardo al processo di gestione del rischio, all'interno dell'ASM sono presenti ulteriori soggetti coinvolti nel processo stesso (Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, quali organi di vertice).

Il Direttore Generale

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

- designa il RPCT;
- adotta il PIAO e i suoi aggiornamenti;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati

- alla prevenzione della corruzione;
- valorizza, in sede di formulazione degli indirizzi e delle strategie dell'amministrazione, lo sviluppo e la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione;
- assicura al RPCT un supporto concreto, garantendo la disponibilità di risorse umane e strumentali adeguate, al fine di favorire il corretto svolgimento delle sue funzioni;
- promuove una cultura della valutazione del rischio all'interno dell'organizzazione attraverso percorsi formativi e di sensibilizzazione relativi all'etica pubblica che coinvolgano l'intero personale,

Il RPCT e trasparenza

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

Al Responsabile competono le seguenti attività/funzioni:

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

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

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

Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (RASA)

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

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

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

Nomina del “Gestore segnalazioni riciclaggio o finanziamenti del terrorismo” (DM 25 settembre 2015 Ministero Interno)

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

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

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

I Referenti del RPCT

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

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

Funzioni dei Referenti del RPCT

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

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

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

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

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

A tal fine:

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

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

A titolo non esaustivo sono compiti dei referenti:

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

Le verifiche di monitoraggio sulle attività svolte dai referenti saranno effettuate attraverso audit programmati a campione dal RPCT a ciclo rotatorio.

Nucleo Ispettivo Interno

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

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

I dirigenti per l'area di rispettiva competenza

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

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

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

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

Consiglio dei Ministri in materia di misurazione e valutazione della performance delle amministrazioni pubbliche» e, in particolare all'art. 6.

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

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

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

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

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

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

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

- offre, nell'ambito delle proprie competenze specifiche, un supporto metodologico al RPCT e agli altri attori, con riferimento alla corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo;
- fornisce, qualora disponibili, dati e informazioni utili all'analisi del contesto, alla valutazione e al trattamento dei rischi;
- favorisce l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo;
- svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (L. 190/2012, art. 1 c. 7, art. 1 c. 8 bis, PNA 2022);
- esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'Azienda ai sensi dell'art. 54, co. 5, d.lgs. 165/2001.

L'OIV nominato dalla Direzione Strategica dell'ASM è dotato di struttura logistica e organizzativa per l'espletamento delle proprie funzioni. All'Oiv è stata, inoltre, assegnata una stanza a piano terra della sede centrale Asm, dotata di strumentazione informatica e, per compiti di segreteria l'Organismo si avvale della collaborazione del personale della UOSD Programmazione e Controllo di Gestione

- Centro di Controllo Strategico e Formazione E.C.M e Tirocini.

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

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

- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria;
- condivide con il RPCT l'aggiornamento del Codice di comportamento;
- comunica al RPCT i dati relativi ai procedimenti disciplinari instaurati, inerenti reati corruttivi e violazioni del codice di comportamento, anche se non configurano fattispecie penali.

Secondo il Regolamento, l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (U.P.D.), è costituito in forma collegiale ed è composto da un Presidente e da due componenti effettivi nominati con apposita deliberazione del Direttore Generale dell'ASM di Matera. Con la medesima deliberazione vengono altresì indicati un Presidente e due componenti supplenti i quali interverranno nei casi di astensione, ricsuzione o impedimento dei rispettivi membri effettivi, nonché di procedimenti disciplinari a carico degli stessi. La composizione dell'U.P.D. deve garantire la partecipazione di soggetti che, in ragione della specifica qualifica e professionalità posseduta, abbiano competenza in materia sanitaria, giuridica ed amministrativa.

Tutti i dipendenti dell'Azienda

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

Responsabilità dei dipendenti per violazione delle misure di prevenzione

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

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

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda

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

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

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

1. i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, anche in qualità di Referenti del RPCT e Trasparenza, assicurano in via ordinaria il controllo di regolarità dei procedimenti e delle attività ascrivibili alla competenza delle strutture cui sono rispettivamente preposti;
2. il RPCT e Trasparenza sovrintende alle strategie di contrasto della corruzione e dell'illegalità, alle strategie finalizzate a garantire piena trasparenza e tese alla concreta attuazione dell'ineludibile obiettivo di introdurre un contributo esterno di controllo da parte degli utenti sullo svolgimento delle attività aziendali;

3. tutti i dirigenti, i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure adottate in tema di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza contenute nel PIAO, segnalano le situazioni di illecito, segnalano casi di personale conflitto di interessi, prestano la loro collaborazione al RPCT e Trasparenza.

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

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

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

Obblighi di informazione nei confronti del RPCT e Trasparenza.

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

2.3.7. Fasi del processo di gestione del rischio

Le principali fasi del processo di gestione del rischio sono:

1. Analisi del contesto esterno ed interno;
 2. Valutazione del rischio. Mappatura dei processi, effettuata sull'attività svolta dall'amministrazione, non solo alle cd. "aree obbligatorie" ma anche a tutte le altre ulteriori aree di rischio specifiche e generali;
 3. Trattamento del rischio; misure concrete, sostenibili e verificabili. Si deve mirare all'adozione di misure di prevenzione della corruzione:
- ❖ oggettive, che mirano, attraverso soluzioni organizzative, a ridurre ogni spazio possibile all'azione di interessi particolari volti all'improprio condizionamento delle decisioni pubbliche;
 - ❖ soggettive, che mirano a garantire la posizione di imparzialità del funzionario pubblico che partecipa, nei diversi modi previsti dall'ordinamento (adozione di atti di indirizzo, adozione di atti di gestione, compimento di attività istruttorie a favore degli uni e degli altri), ad una decisione amministrativa.

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

La gestione del rischio:

- a) Realizza l'interesse pubblico alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza e alla protezione del valore pubblico creato (non un processo formalistico o un mero adempimento burocratico);

- b) è parte integrante del processo decisionale (pertanto, non è un'attività meramente ricognitiva, ma supporto concreto di gestione, con particolare riferimento all'introduzione di efficaci strumenti di prevenzione e interessa tutti i livelli organizzativi);
- c) si integra con altri processi di programmazione e gestione (in particolare con il ciclo di gestione della performance. Detta strategia trova un preciso riscontro nella previsione legislativa sull'adozione di un Piano integrato nell'organizzazione ed attività; gli obiettivi individuati nella sottosezione relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO per i responsabili delle unità organizzative in merito all'attuazione delle misure di prevenzione o delle azioni propedeutiche e i relativi indicatori sono collegati, in particolare, agli obiettivi inseriti per gli stessi soggetti nella sottosezione relativa alla performance e negli obiettivi individuali annuali. L'attuazione delle misure previste nella sottosezione relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO è uno degli elementi di valutazione del dirigente e del personale non dirigenziale);
- d) è un processo di miglioramento continuo e graduale e tiene conto dei requisiti di sostenibilità e attuabilità degli interventi;
- e) implica assunzione di responsabilità (si basa su un processo di diagnosi e trattamento, e richiede di fare scelte in merito alle più opportune modalità di valutazione e trattamento dei rischi che riguardano, in particolare, la Direzione Aziendale, i dirigenti, il RPC);
- f) è un processo che tiene conto dello specifico contesto interno ed esterno, nonché di quanto già attuato (come risultante anche dalla relazione del RPC);
- g) è un processo trasparente e inclusivo, che deve prevedere momenti di efficace coinvolgimento dei portatori di interesse interni ed esterni;
- h) è ispirata al criterio della prudenza volto anche ad evitare una sottostima del rischio di corruzione;
- i) non consiste in un'attività di tipo ispettivo o con finalità repressive (implica valutazioni non sulle qualità degli individui ma sulle eventuali disfunzioni a livello organizzativo).

2.3.8. Analisi del contesto

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

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

Il contesto esterno

Attraverso l'analisi del contesto esterno si possono ricavare delle informazioni utili a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'amministrazione, per via delle specificità dell'ambiente in cui essa opera, sia in termini di condizioni sociali, economiche e culturali che in termini di indice di criminalità. In proposito si può evidenziare che la provincia di Matera si colloca al 91° posto della classifica generale delle 106 province italiane. L'indagine condotta dal "Sole 24 Ore" è stata elaborata su dati forniti dal Dipartimento Pubblica Sicurezza del Ministero dell'Interno e sono relativi ai delitti "emersi" in seguito alle segnalazioni delle Forze di Polizia (Polizia di Stato, Arma dei Carabinieri, Carabinieri Forestali, Guardia di Finanza, Polizia Penitenziaria, DIA, Polizia Municipale, Guardia Costiera) sui seguenti reati: omicidi volontari consumati, infanticidi, tentati omicidi, furti con strappo, furti con destrezza, furti in abitazioni, furti in esercizi commerciali, furti di autovetture, rapine, estorsioni, usura, associazioni per delinquere,

associazioni di tipo mafioso, riciclaggio e impiego di denaro, truffe e frodi informatiche, incendi, stupefacenti, violenze sessuali; il numero dei delitti commessi è stato rapportato alla popolazione ISTAT della provincia all'11/12/2024 (<https://lab24.ilsole24ore.com/indice-della-criminalita/>).

Il trend storico sullo stesso novero di reati, come anche di quelli contro la P.A., è rilevabile dai dati ISTAT (http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCV_DELITTIPS) [dati estratti l'11 dicembre 2024].

Ulteriori dati sono contenuti nell'indagine sulla corruzione in Italia (CPI 2023) condotta dall'ANAC (<https://www.transparency.it/cosa-facciamo/ricerca-e-analisi/indice-percezione-corruzione>).

Riferimenti in merito si possono estrapolare dalle schede di sintesi del Rapporto SVIMEZ 2023 ([Rapporto SVIMEZ 2023 – SVIMEZ](#))

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

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

Il panorama delinquenziale è così sintetizzabile (<https://lab24.ilsole24ore.com/indice-della-criminalita/>):

- nel capoluogo, con zona di influenza nei comuni di Montescaglioso, Bernalda e dintorni, e nei comuni pugliesi di Laterza e Castellaneta, si rileva attività delinquenziale nei settori degli stupefacenti, delle armi e degli esplosivi, delle estorsioni e delle minacce;

- nel territorio jonico-metapontino, cerniera ed arteria obbligata dei transiti illeciti tra il tarantino e la Calabria, vi è attività nel traffico di sostanze stupefacenti, armi ed esplosivi, estorsioni, attentati dinamitardi e intimidatori nei confronti di operatori economici e commerciali;

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

Il contesto Interno - l'assetto organizzativo

L'organizzazione dell'ASM di Matera, Azienda mista - ospedaliera e territoriale - come analiticamente descritta nella sezione anagrafica, si sostanzia in un complesso assetto strutturale, articolato sul territorio. Tale assetto organizzativo diffuso potrebbe generare in particolari aree, quelle non centralizzate, e in particolari circostanze, situazioni di interferenza con eventi corruttivi. Per tale ragione, con particolare riferimento alle aree a rischio è stata accentuata l'attenzione sulle misure specifiche, tra cui merita menzione la rigida applicazione della cosiddetta segregazione delle funzioni che facilita un sistema di controlli, evitando la concentrazione di "potere" in capo ai singoli.

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

2.3.9. Valutazione del rischio

Interventi organizzativi di prevenzione del rischio corruttivo

Di seguito, la disciplina dell'attuazione del complesso degli interventi organizzativi disposti dall'Azienda per prevenire il rischio della corruzione e dell'illegalità, fornisce in modo sistemico:

- una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione, individuando quelli nell'ambito dei quali è più elevato il rischio medesimo;
- gli interventi organizzativi volti a prevenire il rischio della corruzione;
- le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, prevedendo, negli stessi settori, la rotazione di dirigenti e funzionari, nonché che le attività a rischio di corruzione debbano essere svolte, ove possibile, dal personale specificamente selezionato e formato;
- le attività individuate a prevenire il rischio di corruzione;
- le attività individuate finalizzate agli obblighi di informazione nei confronti del RPCT e Trasparenza, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza degli oneri relativi alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO;
- le procedure appropriate per monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- le procedure appropriate per monitorare i rapporti tra l'Amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;
- gli specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

Individuazione delle aree di rischio

L'individuazione delle aree di rischio ha la finalità di analizzare quelle aree che nell'ambito dell'attività aziendale hanno necessità di specifiche misure di prevenzione.

Rispetto a tali aree la sottosezione relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO identifica le loro caratteristiche, le azioni e gli strumenti per prevenire il rischio, stabilendo le priorità di trattazione.

L'individuazione delle aree di rischio è il risultato di un processo complesso, che presuppone la valutazione del rischio da realizzarsi attraverso la verifica "sul campo" dell'impatto del fenomeno corruttivo sui singoli processi svolti nell'Azienda.

Per "**rischio**" si intende l'effetto dell'incertezza sul corretto perseguimento dell'interesse pubblico e, quindi, sull'obiettivo istituzionale dell'Azienda, dovuto alla possibilità che si verifichi un dato evento.

Per "**evento**" si intende il verificarsi o il modificarsi di un insieme di circostanze che si frappongono o si oppongono al perseguimento dell'obiettivo istituzionale dell'Azienda.

Le aree di rischio variano a seconda del contesto esterno ed interno e della tipologia di attività istituzionale svolta dalla specifica Amministrazione.

Tuttavia, l'esperienza internazionale e nazionale mostra che vi sono delle aree di rischio ricorrenti, rispetto alle quali potenzialmente tutte le pubbliche amministrazioni sono esposte.

In conseguenza, la L. n. 190/2012 all'art. 1, comma 16 ha già individuato delle particolari aree di rischio, ritenendole comuni a tutte le amministrazioni.

Con l'Aggiornamento 2015 al PNA, l'ANAC, a mezzo Determinazione n. 12 del 28.10.2015, ha ritenuto fornire indicazioni per la predisposizione delle misure di prevenzione della corruzione nell'area di rischio relativa ai Contratti Pubblici di lavori, servizi e forniture, introducendo una più ampia definizione di "**area di rischio contratti pubblici**" in luogo di quella di "affidamento di lavori, servizi e forniture", in quanto ciò consente un'analisi approfondita non solo della fase di affidamento ma anche di quelle successive di esecuzione del contratto, precisamente:

Fasi delle procedure di approvvigionamento:

- Programmazione
- Progettazione della gara
- Selezione del contraente
- Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto
- Esecuzione del contratto
- Rendicontazione del contratto

L'Aggiornamento 2015 ha altresì ravvisato la necessità di andare oltre l'analisi delle aree di rischio "obbligatorie" e ampliare la visione verso attività con alto livello di probabilità di eventi rischiosi; in particolare ci si riferisce a:

- **gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;**
- **controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;**
- **incarichi e nomine;**
- **affari legali e contenzioso.**

L'Aggiornamento 2015 ha fornito indicazioni specifiche per il settore sanitario, individuando un elenco esemplificativo e non esaustivo di alcune aree peculiari in ordine alla necessità che ogni Ente individui le proprie aree specifiche e precisamente, sulla base dell'analisi dell'attività svolta e della mappatura dei processi:

- **attività libero professionale e liste di attesa;**
- **rapporti contrattuali con privati accreditati;**
- **farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;**
- **attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.**

L'ANAC, nel documento "Sull'onda della semplificazione e della trasparenza-, approvato dal Consiglio orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022", alla sezione 3 (Spunti per trattare un'area a rischio: i contratti pubblici), sviluppa nove focus dedicati alla gestione dei contratti pubblici, indicando le modalità più adeguate a prevenire i rischi corruttivi in tale ambito. I suddetti focus presenti nella sezione terza del documento citato, reperibili al link <https://bit.ly/3bWbV0s>, costituiscono linee guida per gli operatori che nell'Azienda si occupano di Contratti pubblici, servizi, lavori e forniture e, pertanto, vanno applicati da parte degli uffici competenti.

Il PNA 2022, approvato definitivamente dal Consiglio dell'Anac con Delibera n. 7 del 17 gennaio 2023, con i relativi allegati, ha sottolineato l'importanza di attenzionare le Unità Operative interessate in tutte le fasi che interessano gare ed appalti, alla luce degli ingenti investimenti di capitali previsti dal PNRR, come previsto dalla legge del 22 giugno 2022, n. 79, di Conversione, con modificazioni, del decreto-legge 30 aprile 2022, n. 36, recante ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).

Con la delibera n. 605 del 19 dicembre 2023 (<https://www.anticorruzione.it/-/delibera-n.-605-del-19-dicembre-2023-aggiornamento-2023-pna-2022>), l'Anac ha approvato l'Aggiornamento 2023 del PNA 2022. Nel 2024 è stata data attuazione alle disposizioni dell'ANAC inerenti l'appropriatezza delle tabelle in materia di trasparenza dei contratti pubblici, alla luce delle nuove disposizioni sulla digitalizzazione del sistema degli appalti e dei regolamenti adottati dall'Autorità, in particolare quelli adottati con le delibere ANAC nn. 261 e 264, e successivi aggiornamenti, del 2023. L'Allegato 1) a quest'ultima elenca i dati, i documenti, le informazioni inerenti il ciclo di vita dei contratti la cui pubblicazione va assicurata nella sezione "Amministrazione trasparente", sottosezione "Bandi di gara e contratti". La mappatura dei processi è stata operata e viene aggiornata, attraverso specifiche audizioni, con i Dirigenti Responsabili delle Aree di Rischio

Mappate, in modo da garantire la conoscenza da parte dei dirigenti stessi dei fenomeni collegati all'attività di prevenzione della corruzione oltre ad un reale coinvolgimento nel processo ed una diretta assunzione di responsabilità per i processi implementati/aggiornati. Le aree di rischio di cui all' art. 1, comma 16 della L. n. 190/2012, comuni e generali a tutte le pubbliche amministrazioni si articolano, a loro volta, nelle seguenti Aree:

- **Acquisizione e progressione del personale;**
- **Contratti Pubblici (ex Det. n. 12/2015 e citati Orientamenti ANAC approvati il 2 febbraio 2022);**
- **Area: Gestione del Patrimonio.**

Per quest'ultima area di rischio, l'analisi della realtà aziendale ha evidenziato, alla luce degli indicatori di cui alla Det. n. 12/2015, che gli obblighi di trasparenza di cui all'art. 30 del D. Lgs. n. 33/2013 sono completamente rispettati, che l'azienda ha un patrimonio (immobili di proprietà) disponibile completamente utilizzato a fini istituzionali; pertanto si è ritenuto non necessaria una specifica mappatura del rischio.

- **Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi e con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.**

Queste aree di rischio sono singolarmente analizzate ed indicate nell'Allegato 1 al PIAO ed adattate alla specifica realtà organizzativa dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera.

Le stesse costituiscono un contenuto minimale obbligatorio per legge e non esauriscono, tuttavia, la individuazione delle aree di rischio dell'Azienda.

Il PIAO dell'ASM include, infatti, **ulteriori aree di rischio**, che rispecchiano le specificità funzionali e di contesto e che scaturiscono dal processo di valutazione del rischio.

Le aree di rischio individuate sono le seguenti:

1. **Assistenza Sanitaria di base (Distretti Sanitari)**
2. **Gestione Strutture private Accreditate e Convenzionate**
3. **Area Direzione Sanitaria Ospedaliera**
4. **ALPI**
5. **Attività conseguenti al decesso ospedaliero**
6. **Farmacia Ospedaliera**
7. **Farmacia territoriale**
8. **Gestione risorse Finanziarie**
9. **Gestione delle entrate e delle spese**
10. **Gestione del rischio clinico e Medicina Legale**
11. **Sanità Animale - Area A**
12. **Sanità Animale - Area B**
13. **Sanità Animale - Area C**
14. **SIAN - Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione**
15. **S.I.S.P. - Servizio di Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica**
16. **SPILL - Servizio di Prevenzione, Protezione e Impiantistica nei luoghi di lavoro**
17. **Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro**
18. **UVBR (adulti e Neuropsichiatria Infantile)**
19. **Innovazioni Tecnologiche ed Attività Informatiche**

Il dettaglio relativo alle suddette aree a rischio è sviluppato integralmente nelle Schede per la rappresentazione del risultato finale dei processi a rischio corruzione – allegato 1 al PIAO.

2.3.10 La gestione del rischio

Per "gestione del rischio" si intende l'insieme delle attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo l'Azienda con riferimento al rischio. Il metodo di lavoro è un metodo partecipato. Ogni singolo Dirigente Responsabile di Area a Rischio ha partecipato alle fasi di Mappatura dei Processi, all'Analisi e Valutazione (dei Rischi) dei Processi, alla Identificazione e Valutazione dei Rischi (Specifici), alla Identificazione delle Misure confermando il lavoro già svolto o segnalando nuove e diverse indicazioni. In questo modo è stato garantita l'attività di mappatura dei processi, il pieno coinvolgimento, in termini formali e sostanziali, nella stesura della presente sottosezione. Il lavoro svolto ha confermato la positività della metodologia sperimentata negli anni precedenti. La predetta metodologia si è sviluppata contestualmente alle azioni di informazione/formazione nonché di un necessario adeguamento del PIAO ove segnalato dai dirigenti responsabili coinvolti.

Le fasi del processo di gestione dei rischi sono le seguenti:

1. Mappatura dei Processi:

- a) Premessa;
- b) Analisi dell'applicabilità dei processi ed individuazione delle Aree di rischio e/o processi per l'azienda sanitaria locale di Matera;
- c) Identificazione delle strutture deputate allo svolgimento del Processo;

2. Analisi e Valutazione dei Processi:

- a) Valutazione dei processi esposti al rischio (in termini di impatto e probabilità);

3. Identificazione e Valutazione dei rischi:

- a) Analisi dell'applicabilità dei rischi specifici presenti nel Registro ed individuazione di eventuali nuovi rischi specifici associati ai processi valutati come maggiormente rischiosi;
- b) Valutazione dei rischi specifici (in termini di impatto e probabilità);

4. Identificazione delle misure:

- a) Identificazione delle misure più idonee alla prevenzione/mitigazione/trattamento del rischio;
- b) Per ciascuna attività il Modello specifica "chi fa cosa".

1. La mappatura dei processi

a. Premessa

Il presente modello costituisce lo strumento per effettuare l'individuazione, la mappatura e la valutazione dei rischi di corruzione, e, su questa base, identificare le misure più appropriate alla sua gestione.

La fase iniziale del processo di gestione del rischio, previa analisi del Contesto Esterno ed Interno all'Azienda Sanitaria, consiste nella mappatura dei processi, intendendo come tali, "quell'insieme di attività interrelate che creano valore trasformando delle risorse (input del processo) in un prodotto (output del processo) destinato ad un soggetto interno o esterno all'amministrazione (utente). Il processo che si svolge nell'ambito di un'amministrazione può esso da solo portare al risultato finale o porsi come parte o fase di un processo complesso, con il concorso di più amministrazioni. Il concetto di processo è più ampio di quello di procedimento amministrativo e ricomprende anche le procedure di natura privatistica".

L'identificazione dei processi è una fase complessa che richiede un forte impegno ed un certo dispendio di risorse dell'amministrazione.

In aderenza alle disposizioni ANAC la mappatura dei processi sarà integrata nel corso dei successivi aggiornamenti, secondo un principio di gradualità, arrivando al dettaglio della mappatura delle fasi del processo.

Una fase fondamentale del processo di risk management è costituito dall'individuazione del registro dei rischi.

La parte relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO contiene in allegato un registro dei processi (Schede per la rappresentazione del risultato finale dei processi a rischio corruzione – allegato 1 al PIAO), redatto, in continuità con i Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza precedenti, sulla base dell'analisi del contesto in cui opera l'amministrazione e dell'analisi e valutazione dei rischi specifici ai quali sono esposti i vari uffici o procedimenti dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera.

Il Registro dei processi è stato suddiviso in 4 livelli:

1. Area di rischio, che rappresenta la denominazione dell'area di rischio generale cui afferisce il processo ed i rischi specifici ad esso associati. Le aree di rischio sono quelle già individuate dal legislatore e le ulteriori aree individuate in relazione alla specificità dell'Azienda Sanitaria Locale ed alla particolarità delle prestazioni/attività erogate/svolte.
2. Processo, che rappresenta una classificazione, a livello macro, delle possibili attività di trasformazione di input in output dell'amministrazione.
3. Eventi Rischiosi, che definiscono la tipologia di rischio che si può incontrare in un determinato Processo.
4. Individuazione delle misure di prevenzione/mitigazione/trattamento del rischio.

b. Analisi dell'applicabilità dei processi ed individuazione di nuove Aree di rischio e/o Processi per l'amministrazione di appartenenza.

Oltre alle aree di rischio individuate dal PNA come comuni a tutte le amministrazioni, sono state individuate ulteriori aree di rischio in relazione alla specificità dell'Azienda Sanitaria Locale ed alla particolarità delle prestazioni/attività erogate/svolte. Sono stati quindi individuati i principali processi associati alle aree di rischio comuni e specifiche.

c. Identificazione delle Strutture aziendali deputate allo svolgimento del Processo.

Per ciascun Processo sono stati indicati i Servizi interessati allo svolgimento dello stesso.

2. Analisi e Valutazione dei processi

a. Valutazione dei processi esposti al rischio (in termini di impatto e probabilità).

L'analisi ha mirato a valutare i processi organizzativi individuati in relazione alla specificità dell'Azienda Sanitaria Locale e alla particolarità delle prestazioni/attività erogate/svolte, classificando l'area di esposizione al rischio generale commisurato al processo ed ai rischi specifici ad esso associati.

Il Processo rappresenta una classificazione, a livello macro, delle possibili attività di trasformazione di input in output dell'amministrazione.

3. Identificazione e Valutazione dei rischi

a) Analisi dell'applicabilità dei rischi specifici presenti nel Registro ed individuazione di eventuali nuovi rischi specifici associati ai processi valutati come maggiormente rischiosi;

b) Valutazione dei rischi specifici (in termini di impatto e probabilità);

Nel processo di analisi e valutazione dei rischi si è adottata una metodologia di approccio qualitativo suggerita dall'ANAC con il PNA 2019, confermata nel PNA 2022, che propone l'utilizzo di un approccio qualitativo, in luogo del precedente approccio quantitativo, basato su valori di giudizio soggettivo e sulla

conoscenza effettiva dei fatti e delle situazioni che influiscono sul rischio da parte dei Responsabili/Dirigenti U.O. delle Aree a Rischio Individuate.

A tal fine, appare utile prima di tutto definire cosa si intende per valutazione del rischio, ossia “la misurazione dell’incidenza di un potenziale evento sul conseguimento degli obiettivi dell’amministrazione”. Ai fini della valutazione del rischio, in continuità con quanto già proposto dall’Allegato 5 del PNA 2013, nonché in linea con le indicazioni internazionali sopra richiamate, si procederà ad incrociare due indicatori compositi (ognuno dei quali composto da più variabili) rispettivamente per la dimensione della probabilità e dell’impatto.

La probabilità consente di valutare quanto è probabile che l’evento accada in futuro, mentre l’impatto valuta il suo effetto qualora lo stesso si verifichi, ovvero l’ammontare del danno conseguente al verificarsi di un determinato evento rischioso.

Per ciascuno dei due indicatori (probabilità e impatto), sopra definiti, si è quindi proceduto ad individuare un set di variabili significative caratterizzate da un nesso di causalità tra l’evento rischioso e il relativo accadimento.

Con riferimento all’indicatore di probabilità sono state individuate nove variabili ciascuna delle quali può assumere un valore Alto, Medio, Basso, in accordo con la corrispondente descrizione

INDICATORE DI PROBABILITA'			
N.	Variabile	Lavelle	Descrizione
1	Discrezionalità: focalizza il grado di discrezionalità nelle attività svolte o negli atti prodotti; esprime l’entità del rischio in conseguenza delle responsabilità attribuite e della necessità di dare risposta immediata all’emergenza	Alto	Ampia discrezionalità relativa sia alla definizione di obiettivi operativi che alle soluzioni organizzative da adottare, necessità di dare risposta immediata all’emergenza
		Medio	Apprezzabile discrezionalità relativa sia alla definizione di obiettivi operativi che alle soluzioni organizzative da adottare, necessità di dare risposta immediata all’emergenza
		Basso	Modesta discrezionalità sia in termini di definizione degli obiettivi sia in termini di soluzioni organizzative da adottare ed assenza di situazioni di emergenza
2	Coerenza operativa: coerenza fra le prassi operative sviluppate dalle unità organizzative che svolgono il processo e gli strumenti normativi e di regolamentazione che disciplinano lo stesso	Alto	Il processo è regolato da diverse norme sia di livello nazionale sia di livello regionale che disciplinano singoli aspetti, subisce ripetutamente interventi di riforma, modifica e/o integrazione da parte sia del legislatore nazionale sia di quello regionale, le pronunce del TAR e della Corte dei Conti in materia sono contrastanti. Il processo è svolto da una o più unità operativa
		Medio	Il processo è regolato da diverse norme che disciplinano singoli aspetti, subisce ripetutamente interventi di riforma, modifica e/o integrazione da parte del legislatore, le pronunce del TAR e della Corte dei Conti in materia sono contrastanti. Il processo è svolto da una o più unità operativa
		Basso	La normativa che regola il processo è puntuale, non subisce interventi di riforma, modifica e/o integrazione ripetuti da parte del legislatore, le pronunce del

			TAR e della Corte dei Conti in materia sono uniformi. Il processo è svolto da un'unica unità operativa
3	Rilevanza degli interessi "esterni" quantificati in termini di entità del beneficio economico e non, ottenibile dai soggetti destinatari del processo	Alto	Il processo dà luogo a consistenti benefici economici o di altra natura per i destinatari
		Medio	Il processo dà luogo a modesti benefici economici o di altra natura per i destinatari
		Basso	Il processo dà luogo a benefici economici o di altra natura per i destinatari con impatto scarso o irrilevante
4	Livello di opacità del processo , misurato attraverso solleciti scritti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, le richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato", gli eventuali rilievi da	Alto	Il processo è stato oggetto nell'ultimo anno di solleciti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato", e/o rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza
	parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza	Medio	Il processo è stato oggetto negli ultimi tre anni di solleciti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato", e/o rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza
		Basso	Il processo non è stato oggetto negli ultimi tre anni di solleciti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato", nei rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza
5	Presenza di "eventi sentinella" per il processo, ovvero procedimenti avviati dall'autorità giudiziaria o contabile o ricorsi amministrativi nei confronti dell'Azienda o procedimenti disciplinari avviati nei confronti dei dipendenti impiegati sul processo in esame	Alto	Un procedimento avviato dall'autorità giudiziaria o contabile o amministrativa e/o un procedimento disciplinare avviato nei confronti di un dipendente impiegato sul processo in esame, concluso con una sanzione indipendentemente dalla conclusione dello stesso, nell'ultimo anno
		Medio	Un procedimento avviato dall'autorità giudiziaria o contabile o amministrativa e/o un procedimento disciplinare avviato nei confronti di un dipendente impiegato sul processo in esame, indipendentemente dalla conclusione dello stesso, negli ultimi tre anni
		Basso	Nessun procedimento avviato dall'autorità giudiziaria o contabile o amministrativa nei confronti dell'Ente e nessun procedimento disciplinare nei confronti dei dipendenti impiegati sul processo in esame, negli ultimi tre anni
6	Livello di attuazione delle misure di prevenzione sia generali sia specifiche previste dal PTPCT per il	Alto	Il responsabile non ha effettuato o ha effettuato il monitoraggio con consistente ritardo, non fornendo elementi a supporto dello stato di attuazione delle misure

	processo/attività , desunte dai monitoraggi effettuati dai responsabili		dichiarato e trasmettendo in ritardo le integrazioni richieste
		Medio	Il responsabile ha effettuato il monitoraggio puntualmente o con lieve ritardo, non fornendo elementi a supporto dello stato di attuazione delle misure dichiarato ma trasmettendo nei termini le integrazioni richieste
		Basso	Il responsabile ha effettuato il monitoraggio puntualmente, dimostrando in maniera esaustiva attraverso documenti e informazioni circostanziate l'attuazione delle misure
7	Segnalazioni, reclami pervenuti con riferimento al processo in oggetto, intese come qualsiasi informazione pervenuta a mezzo email, telefono, ovvero reclami o risultati di indagini di customer satisfaction, avente ad oggetto episodi di abuso, illecito, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, corruzione vera e propria, cattiva gestione, scarsa qualità del servizio	Alto	Segnalazioni in ordine a casi di abuso, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, pervenuti nel corso degli ultimi tre anni
		Medio	Segnalazioni in ordine a casi di cattiva gestione e scarsa qualità del servizio, pervenuti nel corso degli ultimi tre anni
		Basso	Nessuna segnalazione e/o reclamo
8	Presenza di gravi rilievi a seguito dei controlli interni di regolarità amministrativa	Alto	Presenza di gravi rilievi tali da richiedere annullamento in autotutela o revoca dei provvedimenti interessati negli ultimi tre anni
		Medio	Presenza di rilievi tali da richiedere l'integrazione dei provvedimenti adottati
		Basso	Nessun rilievo o rilievi di natura formale negli ultimi tre anni
9	Capacità dell'Azienda di far fronte alle proprie carenze organizzative nei ruoli di responsabilità (Dirigenti, PO) attraverso l'acquisizione delle corrispondenti figure apicali anziché l'affidamento di interim se non derivante da fattori esterni (es. blocco assunzioni)	Alto	Utilizzo frequente dell'interim per lunghi periodi di tempo, ritardato o mancato espletamento delle procedure per ricoprire i ruoli apicali rimasti vacanti
		Medio	Utilizzo dell'interim per lunghi periodi di tempo, ritardato espletamento delle procedure per ricoprire i ruoli apicali rimasti vacanti
		Basso	Nessun interim o utilizzo della fattispecie per il periodo strettamente necessario alla selezione del personale per ricoprire i ruoli apicali rimasti vacanti

Con riferimento all'indicatore di impatto, sono state individuate quattro variabili ciascuna delle quali può assumere un valore Alto, Medio, Basso, in accordo con la corrispondente descrizione.

INDICATORE DI IMPATTO			
N.	Variabile	Livello	Descrizione
1	Impatto sull'immagine dell'Azienda misurato attraverso	Alto	Un articolo e/o servizio negli ultimi tre anni riguardante episodi di cattiva

	il numero di articoli di giornale pubblicati sulla stampa locale o nazionale o dal numero di servizi radio- televisivi trasmessi, che hanno riguardato episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione		amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione
		Medio	Un articolo e/o servizio negli ultimi cinque anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione
		Basso	Nessun articolo e/o servizio negli ultimi cinque anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione
2	Impatto in termini di contenzioso , inteso come i costi economici e/o organizzativi sostenuti per il trattamento del contenzioso dall'Azienda	Alto	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi potrebbe generare un contenzioso o molteplici contenziosi che impegnerebbero l'Azienda in maniera consistente sia dal punto di vista economico sia organizzativo
		Medio	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi potrebbe generare un contenzioso o molteplici contenziosi che impegnerebbero l'Azienda sia dal punto di vista economico sia organizzativo
		Basso	Il contenzioso generato a seguito del verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi è di poco conto o nullo
3	Impatto organizzativo e/o sulla continuità del servizio , inteso come l'effetto che il verificarsi di uno o più eventi rischiosi inerenti il processo può comportare nel normale svolgimento delle attività dell'Azienda	Alto	Interruzione del servizio totale o parziale ovvero aggravio per gli altri dipendenti dell'Azienda
		Medio	Limitata funzionalità del servizio cui far fronte attraverso altri dipendenti dell'Azienda o risorse esterne
		Basso	Nessuno o scarso impatto organizzativo e/o sulla continuità del servizio
4	Danno generato a seguito di irregolarità riscontrate da organismi interni di controllo (controlli interni, controllo di gestione, audit) o autorità esterne (Corte dei Conti, Autorità Giudiziaria, Autorità Amministrativa)	Alto	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi, comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate all'Azienda molto rilevanti
		Medio	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi, comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate all'Azienda sostenibili
		Basso	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi, comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate all'Azienda trascurabili o nulli

Dopo aver attribuito i valori alle singole variabili degli indicatori di impatto e probabilità, seguendo gli schemi proposti dalle precedenti tabelle e aver proceduto alla elaborazione del loro valore sintetico di ciascun indicatore, come specificato in precedenza, si procede all'identificazione del livello di rischio di ciascun processo, attraverso la combinazione logica dei due fattori, secondo il criterio indicato nella tabella seguente.

Combinazioni valutazioni PROBABILITA' - IMPATTO		
PROBABILITA'	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO
alto	alto	Rischio alto
alto	medio	

medio	alto	Rischio medio/alto
alto	basso	Rischio medio
medio	medio	
basso	alto	
medio	basso	Rischio medio/basso
basso	medio	
basso	basso	Rischio basso

Il collocamento di ciascun processo dell'amministrazione, in una delle fasce di rischio, come indicate all'interno della precedente tabella, consente di definire il rischio intrinseco di ciascun processo, ovvero il rischio che è presente nell'organizzazione in assenza di qualsiasi misura idonea a contrastarlo, individuando quindi allo stesso tempo la corrispondente priorità di trattamento.

La nuova metodologia di carattere qualitativo è stata pienamente esplicitata a cavallo tra il 2020-2021, pur tenendo conto nella catalogazione dei processi della metodologia iniziale di base per la individuazione degli stessi processi.

Laddove si dovesse ravvisare l'opportunità di rivisitazione del livello di rischio in specifiche aree, in seguito ad eventi che ne determinano la necessità, si procederà ad una nuova valutazione, sulla base della metodologia di carattere qualitativo, per le aree a rischio interessate.

Per ciascun processo individuato come rischioso associato alle aree assegnate, si è proceduto alla valutazione della probabilità e dell'impatto. La probabilità indica la frequenza di accadimento degli specifici rischi, mentre l'impatto indica il danno che il verificarsi dell'evento rischioso causa all'amministrazione. Le domande proposte indagano l'impatto e la probabilità dai punti di vista sia soggettivo che oggettivo.

Le risposte alle domande sono date con riferimento alle realtà effettive dell'Azienda, tenendo conto del valore intrinseco di ogni risposta data rispetto al processo indagato.

Le risposte ai quesiti sono date da ciascun Dirigente di Servizio nel corso di sessioni dedicate dal Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza ad ogni singolo Responsabile/Dirigente di U.O. delle Aree a Rischio Individuate, in sede di audit per ogni Area a rischio.

A seguito della valutazione dell'impatto e della probabilità per ciascun rischio specifico, sono collocati i singoli eventi rischiosi nell'apposita "Matrice Impatto-Probabilità".

VALUTAZIONE COMPLESSIVA

La Valutazione Complessiva del Rischio, risultante dall'incrocio tra le variabili riferite alla probabilità di accadimento e le variabili riferite all'impatto, inteso come conseguenze sull'ASM a seguito di eventi corruttivi viene determinata, per ciascun Processo, in rapporto agli eventi rischiosi che sottendono allo stesso, secondo la seguente classificazione:

VALORI E FREQUENZE DELLA PROBABILITÀ E DELL'IMPATTO

Probabilità alta – Impatto alto: rischio alto;

Probabilità alta - Impatto medio, probabilità media - impatto alto: rischio medio/alto;

Probabilità alta - impatto medio, probabilità media - impatto medio, probabilità bassa - impatto alto: rischio medio;

probabilità media – impatto basso; probabilità bassa – impatto medio: rischio medio/basso;

probabilità bassa – impatto basso: rischio basso.

4. Identificazione delle misure.

a) Identificazione delle misure più idonee alla prevenzione/mitigazione/trattamento del rischio;

Il PNA 2019 ha classificato le misure, in via astratta e generale, nonché quelle di carattere trasversale, atte a mitigare e a comprimere il verificarsi di eventi rischiosi di carattere corruttivo, come di seguito indicato:

1. CONTROLLO
2. TRASPARENZA
3. DEFINIZIONE E PROMOZIONE DELL'ETICA DI STANDARD DI COMPORTAMENTO
4. REGOLAMENTAZIONE
5. SEMPLIFICAZIONE
6. FORMAZIONE
7. SENSIBILIZZAZIONE E PARTECIPAZIONE
8. ROTAZIONE
9. SEGNALEZIONE E PROTEZIONE
10. DISCIPLINA DEL CONFLITTO D'INTERESSI
11. REGOLAZIONE DEI RAPPORTI CON I "RAPPRESENTANTI DI INTERESSI PARTICOLARI"

In sede di identificazione e valutazione del rischio, i responsabili delle UU.OO., di concerto con il RPCT, hanno stabilito quali misure di prevenzione adottare, secondo criteri di applicabilità, fattibilità e rispondenza alle reali esigenze dei processi interessanti le UU.OO. medesime.

b) Per ciascuna attività il Modello specifica "chi fa cosa".

2.3.11. Trattamento del rischio

Determinazione, per ciascuna area di rischio, delle esigenze di intervento utili a ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, con l'indicazione di modalità, responsabili, tempi d'attuazione e indicatori di misure di prevenzione obbligatorie e misure ulteriori

Nel PIAO dell'Azienda Sanitaria di Matera - per tutte le aree di rischio individuate - sono indicate le misure di prevenzione generali e specifiche da implementare per ridurre la probabilità che il rischio si verifichi. La individuazione e la scelta delle misure specifiche e ulteriori è effettuata mediante il confronto con il coinvolgimento dei titolari del rischio. Per "titolare del rischio" si intende la persona con la responsabilità e l'autorità per gestire il rischio.

Individuazione dei Referenti del RPCT e degli altri soggetti tenuti a relazionare al Responsabile alla luce del d.lgs. 97/2016

Tutti i Direttori/Dirigenti responsabili di U.O. dell'Azienda, per l'area di rispettiva competenza, sono "referenti" del RPCT, le cui funzioni sono descritte nel paragrafo "Soggetti, ruoli e responsabilità nella strategia di prevenzione a livello decentrato".

La mancata risposta alle richieste di contatto e di informazione del RPCT da parte dei soggetti obbligati in base alle disposizioni qui presenti è suscettibile di essere sanzionata disciplinarmente.

Forme di consultazione in sede di elaborazione della sottosezione "Rischi corruttivi e Trasparenza".

L'ASM attua una consultazione pubblica sull'elaborato della sottosezione "Rischi corruttivi e Trasparenza", al fine di avviare una discussione aperta con cittadini e portatori di interesse, sui contenuti dello stesso.

Al fine, inoltre, di disegnare un'efficace strategia anticorruzione e di trasparenza, l'Azienda organizza la "Giornata della Trasparenza", con cadenza annuale.

2.3.12. Identificazione delle misure

Identificazione delle misure più idonee alla prevenzione/mitigazione/trattamento del rischio.

Fermo restando l'applicabilità, diffusa per tutte le aree, delle misure generali che verranno di seguito elencate, per quanto attiene i processi censiti, attenzionati sotto il profilo di probabilità corruttiva, nel

registro dei processi, al fine della identificazione delle misure di prevenzione, mitigazione e trattamento del rischio sono stati utilizzati gli schemi di seguito riportati:

Area di rischio

Area di Rischio

REGISTRO DEI PROCESSI E DEI RISCHI

Processo (.....)

Eventi rischiosi

1) **Abuso**.....

2) **LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO DEL PROCESSO**

Dall'analisi del processo il livello di esposizione al rischio è risultato " _____" ed in termini di Impatto è risultato " _____", in considerazione _____
La valutazione complessiva del rischio è " _____"

3) **LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO DEGLI EVENTI RISCHIOSI**

4) **INDIVIDUAZIONE DELLE MISURE**

Misura - Descrizione - Fasi - Tempi - Ufficio Responsabile - Soggetto Responsabile

Le voci individuate sono riportate per ciascuna struttura dell'Azienda.

Indicazione dei Processi:

- 1) **Indicazione degli Eventi Rischiosi** associati ai Processi a rischio, tenuto conto della matrice relativa al singolo evento rischioso;
- 2) **Indicazione dei Servizi/Uffici** che risultano essere maggiormente esposti al rischio;
- 3) **Indicazione delle Misure applicabili** che, potenzialmente, potrebbero mitigare, correggere o prevenire il suddetto rischio;
- 4) **Indicazione delle Misure** esistenti all'interno dell'organizzazione, a presidio del rischio.

È stato, quindi, effettuato un censimento di tutte le attività messe in atto dall' Azienda, idonee a presidiare il rischio corruttivo.

Sono stati, pertanto, censiti:

- eventuali controlli interni previsti;
- atti organizzativi interni che, disciplinando in maniera puntuale il processo, capaci di ridurre gli spazi di discrezionalità nei quali potrebbero annidarsi episodi di corruzione e di cattiva gestione;
- altri regolamenti/procedure, etc. che si è ritenuto potessero presidiare il rischio.

Indicazione delle Misure proposte a presidio del rischio.

Si è trattato di incrociare le misure applicabili generali indicate da PNA e quelle esistenti a presidio del rischio. Per ciascun processo, quindi le "Misure Previste" contemplano sia le Misure del PNA e della Determinazione n. 12/2015 ANAC, dettagliate a seconda delle specifiche necessità dell'organizzazione (efficacia delle misure esistenti) che ulteriori misure non specificate dal PNA e nella Determinazione n. 12/2015 ANAC ma ritenute indispensabili (in esito e nel corso degli approfondimenti avvenuti anche negli anni precedenti con i Dirigenti dei Servizi competenti per materia mutate dall'attività operativa e concreta esplicita e dalle buone pratiche in essere per i fini istituzionali).

Indicazione della Tipologia delle Misure individuate

E' stata inserita:

- a) La Classificazione in termini di misure: Organizzative, Regolamentari e Formative (secondo le indicazioni mutate dal PNA 2019: – 1. Controllo, 2. Trasparenza, 3. Definizione e promozione dell'etica di standard di comportamento, 4. Regolamentazione, 5. Semplificazione, 6. Formazione, 7. Sensibilizzazione e partecipazione, 8. Rotazione, 9. Segnalazione e protezione, 10. Disciplina del conflitto d'interesse, 11. Regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari";
- b) La Classificazione della Misura in: Generale, Obbligatoria (prevista dal PNA e dalla Determinazione n. 12/2015 ANAC) o Ulteriore (non prevista dal PNA e dalla Determinazione n. 12/2015 ANAC);
- c) La Classificazione della Misura in: Specifica (per un determinato Ufficio) o Trasversale (applicabile a tutti gli Uffici).

Indicazione delle modalità di attuazione delle misure

Concerne l'indicazione de:

- a) Le fasi previste per la loro attuazione;
- b) L'esplicitazione dei tempi di realizzazione;
- c) Servizio - Dirigente/Posizione Organizzativa - Responsabile PO - Responsabile del procedimento.

Le priorità di trattamento del rischio

Le decisioni circa la priorità del trattamento si basano essenzialmente sui seguenti fattori:

- livello di rischio: maggiore è il livello, maggiore è la priorità di trattamento;
- obbligatorietà della misura: va data priorità alla misura obbligatoria (generale) rispetto a quella ulteriore;
- impatto organizzativo e finanziario connesso all'implementazione della misura.

La priorità di trattamento è definita congiuntamente al RPCT.

Aree di rischio individuate e mappate

Per redigere il testo relativo alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO 2025-2027 nella quale esplicitare le misure preventive del rischio di corruzione ed illegalità è stata utilizzata la metodologia di carattere qualitativo secondo quanto in precedenza illustrato, al fine di effettuare l'individuazione, la mappatura e la valutazione dei rischi.

2.3.13 Misure di prevenzione della corruzione

Si elencano di seguito le misure considerate obbligatorie generali:

1. Trasparenza;
2. Tracciabilità dei procedimenti;
3. Codici di comportamento - diffusione di buone pratiche e valori;
4. Formazione;
5. Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse;
6. Inconferibilità e incompatibilità di incarichi;
7. Conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti (pantouflage - revolving doors);
8. Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali;

9. Svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra- istituzionali;
10. Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione;
11. Patti di integrità negli affidamenti;
12. Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower);
13. Rotazione ordinaria del personale;
14. Rotazione straordinaria;
15. Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors).

2.3.14 Monitoraggio della sottosezione relativa alla prevenzione della corruzione e trasparenza del PIAO e verifica dell'efficacia delle misure

A far data dal 2016 è stato sviluppato in house un software per il monitoraggio dell'attuazione delle misure in uso presso l'ASM. Ogni dirigente responsabile ha ricevuto una password per l'accesso e può indicare la percentuale di realizzazione della misura e la motivazione di eventuale scostamento oltre che la possibilità di interloquire con il RPCT in ordine all'adeguatezza ed efficacia delle misure adottate o dell'opportunità di modificarle, integrarle o implementarle.

In alternativa, i Responsabili redigono una relazione da inviare al RPCT con cui dettaglia l'applicazione delle misure, eventualmente motivando l'inapplicabilità delle stesse. Dal 2020 è stata introdotta l'utilizzazione dello strumento delle audizioni dei referenti e dei loro collaboratori per verificare la gradazione del rischio per singoli processi e per individuare le misure di prevenzione da assegnare per ciascun processo. In occasione degli audit si procede anche ad una valutazione dell'efficacia delle misure e degli eventuali accorgimenti o implementazioni di nuovi modelli per ampliare l'efficacia dei sistemi di prevenzione della corruzione.

Lo strumento delle audizioni sarà utilizzato anche nel 2025 e proseguito, a rotazione per tutte le UU.OO a rischio corruttivo, per gli anni successivi. Gli audit interesseranno tre UU.OO., scelte tramite sorteggio, ovvero nelle aree in cui si sono verificati episodi riconducibili a fattispecie ed ipotesi di condotte corruttive.

2.3.15 Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.16 Misure ulteriori per la prevenzione della corruzione

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera pone in essere le azioni e introduce ed implementa le misure che si configurano come obbligatorie, in quanto disciplinate direttamente dalla legge, nonché introduce e sviluppa - per le aree di rischio interessate - misure ulteriori, ritenute necessarie e utili per ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, tenuto conto del particolare contesto di riferimento.

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

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

Individuazione delle modalità per operare l'aggiornamento della sottosezione anticorruzione e trasparenza del P.I.A.O.

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

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

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

2.3.17 Attuazione della sottosezione anticorruzione e trasparenza del P.I.A.O. nel 2024

La sottosezione anticorruzione e trasparenza, in uno con il P.I.A.O. 2024-2026 e con gli allegati, è stato pubblicato sul sito e trasmesso a tutti i dipendenti, attraverso mail aziendale utenti@asmbasilicata.it e pubblicato nelle sezioni "Disposizioni generali" e "Altri contenuti/Prevenzione della corruzione" di Amministrazione Trasparente.

Stato di attuazione delle misure non correlate ad Aree Specifiche

Con nota Prot. 10976 del 14 marzo 2024 il RPCT ha provveduto ad inoltrare a tutti i dipendenti ASM una comunicazione con cui si è richiamata l'attenzione su tutte le Misure generali di prevenzione della corruzione al fine di tenerne conto nello svolgimento di ogni attività posta in essere nei vari uffici.

Codice di Comportamento

L'ANAC, con delibera n. 177 del 19 febbraio 2020, ha adottato le Linee Guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche. Sulla base delle suddette Linee Guida l'ASM ha provveduto all'approvazione dei nuovi "Codice Etico" e Codice di Comportamento" dell'Azienda Sanitaria di Matera, con Delibera 332 del 20 maggio 2022.

Patti di Integrità per gli Appalti

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

I "Patti di Integrità" sono stati utilizzati anche nel corso del 2024.

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

Conflitto di Interesse

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

Nel corso del 2024 è stato ipotizzato un caso di conflitto d'interesse. Il RPCT, nell'alveo dei suoi poteri di vigilanza, ha dato impulso alla Direzione strategica affinché valutasse e adottasse gli strumenti idonei, previsti ex lege, per il mantenimento e/o ripristino della corretta azione amministrativa. A seguito di approfondita ed elaborata istruttoria, la Direzione Strategica ha ritenuto che non sussistesse "conflitto d'interessi".

Conferimento di incarichi dirigenziali

In riferimento agli incarichi dirigenziali, si provvede ad inoltrare richiesta annuale di dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità al personale dirigenziale già titolare di incarico, ove risulti non trasmessa alla mail trasparenza@asmbasilicata.it e richiesta delle dichiarazioni di insussistenza di cause di inconferibilità/incompatibilità ai dirigenti titolari di nuovi incarichi da parte dell'U.O. Gestione Risorse Umane.

Nel 2024 si è provveduto ad una verifica sulle dichiarazioni rese e quindi sulla presenza di eventuali situazioni di incompatibilità/inconferibilità, attraverso procedure di controllo attivate presso il Casellario Giudiziario del Tribunale.

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

Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro

È stato diffuso presso le UU.OO. interessate il modulo di dichiarazione sostitutiva per gli operatori economici contenente la clausola di divieto di cui all'art. 53, comma 16-ter D.lgs. 165/2001. Nel corso del 2024 non sono state segnalate né sono emerse situazioni di conflitto.

Monitoraggio delle misure anticorruptive

Con riferimento al monitoraggio delle misure si fa presente che a far data dal 2016 è stato sviluppato in house un software per il monitoraggio dell'attuazione delle misure. Con detto software ogni dirigente responsabile ha ricevuto una password per l'accesso ed ha potuto indicare la percentuale di realizzazione della misura e la motivazione di eventuale scostamento oltre che la possibilità di interloquire con il RPC in ordine all'adeguatezza ed efficacia delle misure adottate o dell'opportunità di modificarle, integrarle o implementarle. In alternativa all'utilizzo del software, i Responsabili delle UU.OO. sono invitati a redigere una relazione esplicativa sulla applicazione delle misure anticorruzione afferenti l'U.O. di appartenenza. Nel corso del 2024, a fronte delle reiterate richieste del RPCT, sono state riscontrate difficoltà nel rispetto dei tempi di elaborazione dei dati da parte dei Dirigenti, dovuto ad esigenze legate al passaggio di consegne tra diversi direttori. Uno screening sull'efficacia delle misure è stato effettuato, per le aree a rischio, nel corso delle audizioni. E' stato, quindi, richiesto il monitoraggio annuale delle misure. Sono state effettuate, altresì, tre indagini suppletive rispetto all'applicazione delle misure. Dell'attività svolta sono stati redatti verbali, acquisiti e custoditi agli atti dell'Ufficio del RPCT. Per i Dirigenti delle UU.OO. considerate a rischio, al fine di individuare gli indicatori utili ad una valutazione oggettiva dell'attuazione delle misure, è stata avviata una specifica azione di formazione/intervento nel corso del 2024 (formazione/laboratori). Sono state avviate le interlocuzioni, attraverso la UOC Innovazioni tecnologiche e Attività Informatiche, con un gestore esterno per la predisposizione e l'aggiornamento di un software dedicato.

Attività di Formazione

L'attività di formazione relativa all'anno 2024, è stata calendarizzata, mantenuta in modalità FAD e verrà proseguita per tutto il 2024, sino alla fine del mese di gennaio 2025, al fine di permettere a tutti i dipendenti di fruirne. L'attività ha riguardato corsi di formazione generale per tutti i dipendenti e di formazione specifica diretta ai referenti/dirigenti delle aree a rischio, è stata espletata in ambito di anticorruzione, trasparenza e privacy dalla quasi totalità dei dipendenti. È stato, altresì, circolarizzato a tutte le UU.OO. gli allegati 4, 5, 6, 7, 8 e 9 del PNA 2022, al fine di attenzionare i dipendenti alle indicazioni anticorruptive ivi previste, in particolar modo a quelle connesse con il PNRR.

In particolare, i focus relativi alle procedure di gara sono stati trasmessi a tutti gli uffici preposti alle gare per contratti pubblici.

Whistleblowing

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

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

Nel corso del 2024 è stata inoltrata, attraverso il canale interno, una segnalazione di whistleblowing, peraltro dichiarata improcedibile.

Il RPCT, oltre a ricevere e prendere in carico le segnalazioni, pone in essere gli atti necessari ad una prima obbligatoria attività di verifica e di analisi delle segnalazioni ricevute.

Resta fermo che non spetta al RPCT svolgere controlli di legittimità o di merito su atti e provvedimenti adottati dall'amministrazione oggetto di segnalazione, né accertare responsabilità individuali (Delibera ANAC 840/2018).

Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

Con Delibera aziendale 149 del 6 marzo 2023 vi è stata l' "Approvazione del Regolamento di Pubblica Tutela".

Rotazione del Personale

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

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

Pertanto, anche nel 2024, in considerazione della difficoltà alla piena attuazione della misura, è stata prestata particolare attenzione alla cosiddetta "segregazione delle funzioni" quale misura alternativa.

Anche nell'anno 2024, come nei precedenti, sia nelle Aree a rischio corruttivo che nelle altre aree, sono stati attribuiti incarichi in ragione dei vari istituti contrattuali per il completamento dell'organico necessario ad assicurare l'espletamento delle funzioni delle aree dei vari Dipartimenti, nonché per colmare lacune di figure direttive:

1. Delibera 118/2024, Conferimento incarico temporaneo Direttore U.O. Otorinolaringoiatria;
2. Delibera 142/2024, Avviso di selezione per il conferimento dell'incarico di Dirigente f.f. dell'UOC Direzione Provveditorato-economato: approvazione atti e conferimento dell'incarico;
3. Delibera 144/2024, Avviso di selezione per il conferimento dell'incarico di Dirigente f.f. dell'UOC Direzione Gestione e sviluppo risorse umane: approvazione atti e conferimento dell'incarico;
4. Delibera 332/2024, Incarico ad interim UOC Distretto Matera;
5. Delibera 544/2024, Delibera attribuzione incarico professionale UOSD CCS, Controllo di Gestione, Formazione, ECM e Tirocini;
6. Delibera 545/2024, Delibera attribuzione incarico professionale UOC Distretto Bradanica Medio Basento-UOC Direzione Attività Amministrative Distrettuali;
7. Delibera 546/2024, Delibera attribuzione incarico professionale Direzione Gestione e Sviluppo Risorse Umane;
8. Delibera 547/2024, Delibera attribuzione incarico professionale UOC Direzione Provveditorato ed Economato;
9. Delibera 548/2024, Delibera attribuzione incarico professionale Dipartimento Amministrativo;
10. Delibera 549/2024, Delibera attribuzione incarico professionale UOC Innovazione Tecnologica ed Attività informatiche;
11. Delibera 702/2024, Conferimento incarico DSC Anestesia e Rianimazione;
12. Delibera 704/2024, Proroga incarico sostituzione Direttore Neuropsichiatria Infantile;

13. Delibera 797/2024, Conferimento responsabile ad Interim Laboratorio Analisi Policoro;
14. Delibera 815/2024, Conferimento incarichi dirigenziali dirigenti sanitari;
15. Delibera 933/2024, Delibera proroga incarico Direttore f.f. UOC Direzione Gestione e Sviluppo Risorse Umane;
16. Delibera 934/2024, Delibera proroga incarico Direttore f.f. UOC Direzione Provveditorato-Economato;
17. Delibera 1118/2024, Delibera presa d'atto verbale e conferimento incarico direttore UOC Direzione Gestione e Sviluppo Risorse Umane;
18. Delibera 1119/2024, Delibera approvazione verbale e conferimento incarico Direttore UOC Provveditorato – Economato;

L'Azienda ha, altresì, avviato diversi procedimenti di selezione finalizzati a rispondere ad esigenze normative ed operative:

1. Delibera 114/2024 “Avviso selezione interna per conferimento incarico di Responsabile U.O.S.D. Coordinamento Gestione e Appropriately Percorsi Riabilitativi e protesica”;
2. Delibera 121/2024 “Avviso pubblico di selezione, Direttore di chirurgia Policoro”;
3. Delibera 383/2024 “Avviso di selezione interna per il conferimento dell’incarico di Responsabile per le UU.OO.SS.DD. 1) Day Surgery Ortopedia 2) Traumatologia e Patologia della Colonna Vertebrale 3) Area Cronicità: integrazione Ospedale Territorio 4) Laboratorio Analisi Policoro Tinchì (ad interim) CCNL 2019-2021 - Area Sanità”;
4. Delibera 569/2024 “Avvisi a t.d. e personale in quiescenza per abbattimento liste d’attesa”;
5. Delibera 636/2024 “Avviso interno incarichi sostituzione strutture vacanti” (DIPARTIMENTI 1. Dipartimento Multidisciplinare Medico; 2. Dipartimento Materno Infantile; U.O.C. 3. U.O.C. Medicina Generale Policoro; 4. U.O.C. Geriatria; 5. U.O.C. Malattie Infettive; 6. U.O.C. Oculistica; 7. U.O.C. Radiologia Policoro; 8. U.O.C. Anatomia Patologica; 9. U.O.C. Servizio Immunotrasfusionale; 10. U.O.C. Farmacia Ospedaliera; 11. U.O.C. Pediatria e Neonatologia; 12. U.O.C. Spazio Psichiatrico di Diagnosi e Cura; 13. U.O.C. Psicologia Clinica; 14. U.O.C. Medicina Fisica e Riabilitazione; 15. U.O.C. Direzione Distretto Collina Materana-Metapontino; 16. U.O.C. Medicina Lavoro e Sicurezza Ambienti Lavoro; 17. U.O.C. Igiene Alimenti e della Nutrizione; 18. U.O.C. Prevenzione, Protezione, Impiantistica nei Luoghi Lavoro);
6. Delibera 662/2024 “Avviso pubblico di selezione, per titoli e colloquio, per l’attribuzione di incarico quinquennale di Direttore della Struttura Complessa di Neuropsichiatria Infantile ASM, ex artt. 15 e 15-ter del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni”;
7. Delibera 701/2024 “Avviso pubblico per dirigente medico di anatomia Patologica”;
8. Delibera 774/2024 “Avviso interno per incarico di DSC Provveditorato – Economato”;
9. Delibera 775/2024 “Avviso interno per incarico di DSC Sviluppo e gestione Risorse Umane”;
10. Delibera 796/2024 “Avviso di selezione interna per il conferimento dell’incarico di responsabile della SSD Qualità, Accreditamento e Servizio Professioni Sanitarie e Sociali, in staff alla Direzione Sanitaria aziendale”;
11. Delibera 848/2024 “Avviso di selezione interna per il conferimento dell’incarico di Responsabile della SSD “Disturbi della condotta Alimentare” afferente al Dipartimento di Salute Mentale”;
12. Delibera 862/2024, “Avviso pubblico di selezione per titoli e colloquio per l’attribuzione dell’incarico quinquennale di Direttore di Distretto di comunità U.O.C. “Distretto della Salute Collina Materana – Metapontino”;

13. Delibera 880/2024, “Avviso pubblico di selezione, per titoli e colloquio, per l’attribuzione di incarico quinquennale di Direttore della Struttura Complessa UOC “Medicina Interna e d’Urgenza del P.O. di Policoro”, ex artt. 15 e 15-ter del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni”;
14. Delibera 957/2024 “Avviso di selezione interna per il conferimento dell’incarico di Responsabile per le UU.OO.SS.DD. Policoro - Tinchì _ Dialisi Tinchì _ Endoscopia Digestiva / Presidio di Policoro _ Gestione Integrata Attività Ostetrico Ginecologiche / Presidio di Policoro _ CCNL 2019-2021 - Area Sanità;
15. Delibera 1026/2024 “Avviso di selezione interna per il conferimento dell’incarico di Direttore dell’UOC “Direzione Attività Amministrative Distrettuali”, CCNL Personale dell’Area delle Funzioni locali triennio 2016-2018”;
16. Delibera n. 848/2024 – Conferimento incarico di responsabile della SSD “Disturbi della condotta alimentare” afferente al Dipartimento di salute mentale;
17. Delibera n. 1165/2024 – Avviso di selezione interna per il conferimento dell’incarico di Responsabile U.O.S.D. UTIC Policoro _CCNL 2019-2021;
18. Delibera 1217/2024 - Conferimento incarico di Responsabile dell’U.O.S.D. “Lungodegenza Tricarico” del Dipartimento Integrazione Ospedale-Territorio;

Nel corso del 2024, l’Azienda ha, altresì, proceduto all’assunzione di un cospicuo numero di dipendenti amministrativi e sanitari, al fine di abbattere le liste di attesa e di migliorare i servizi offerti all’utenza.

Rotazione straordinaria

Nel 2024 vi è stato un provvedimento di rotazione straordinaria.

Inconferibilità ex D.lgs. 39/2013

Nel corso del 2024 non sono state riscontrate situazioni di inconferibilità ex D. Lgs. 39/2013.

Stato di Attuazione Misure specifiche per le singole Aree a Rischio

Durante l'anno 2024 è stata svolta un'azione di sensibilizzazione, sollecitazione e supporto finalizzata a favorire l'attuazione delle misure previste nel PTPC 2024-2026, nonché della sottosezione del P.I.A.O. 2024-2026, nel rispetto delle tempistiche stabilite.

Con nota circolare PROT. n. 10976 del 14 marzo 2024 il RPCT ha condiviso, con tutti i responsabili delle UU.OO. aziendali e con la Direzione Strategica, un excursus su tutte le misure generali atte al contrasto di forme corruttive e/o di mala gestio in generale.

Nell'allegato 7 - Monitoraggio misure anticorruzione 2024 - viene riportato il reporting di monitoraggio di attuazione delle misure del Piano per l’annualità 2024 relative alle singole Aree a Rischio.

2.3.18 Programmazione dell’attuazione della trasparenza

2.3.18.1 Premessa

La trasparenza amministrativa costituisce, sotto molti punti di vista, la preconditione per garantire una vera accountability. In particolare, l’accesso alle informazioni pubbliche permette ai cittadini e a tutti i soggetti esterni all’amministrazione di conoscere, analizzare e giudicare l’azione dei pubblici poteri.

La visibilità dell’operato delle amministrazioni pubbliche è in grado di azionare un meccanismo virtuoso che consente di instaurare un rapporto paritario e collaborativo con la cittadinanza all’interno del sistema democratico. La trasparenza, ad esempio, rende conoscibile le ragioni che stanno alla base delle scelte pubbliche, favorendo una maggiore consapevolezza e fiducia nelle istituzioni e coinvolgendo direttamente

i cittadini attraverso consultazioni e meccanismi deliberativi, in cui questi ultimi diventano protagonisti dell'azione amministrativa.

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

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

Accanto alla progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio corruttivo, il PIAO deve necessariamente riguardare la programmazione degli obiettivi e dei flussi informativi per garantire la trasparenza, che costituisce il livello essenziale delle prestazioni erogate dalle Amministrazioni Pubbliche ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione e che trova piena completezza e compiutezza nel d.lgs. n. 33/2013. Quest'ultimo rafforza il principio della trasparenza dell'azione amministrativa intesa quale accessibilità totale da parte di utenti e stakeholder alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni pubbliche, allo scopo di favorire il perseguimento degli obiettivi derivanti dal proprio mandato istituzionale.

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

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

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

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

2.3.18.2 Finalità generali del Piano e Obiettivi strategici 2025-2027

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

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

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

In ottemperanza all'art.10, comma 3, d.lgs. n.33/2013 l'Asm ha delineato gli obiettivi di trasparenza per il triennio di vigenza del Piano e approvati con Delibera n. 09 del 13.01.2025, come elencati nella parte 2.3.3. della presente sezione.

2.3.18.3 Soggetti coinvolti

Il Rpct

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

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

I Dirigenti

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

L'Oiv

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

E' responsabile della corretta applicazione delle linee guida dell'ANAC, monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità, dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso. Promuove ed attesta, inoltre, l'assolvimento degli obblighi di trasparenza. Gli esiti delle verifiche vengono trasmesse anche agli organi di vertice dell'Amministrazione al fine di un eventuale aggiornamento degli obiettivi strategici in materia di trasparenza per l'elaborazione dei contenuti del programma triennale.

La trasmissione, pubblicazione ed aggiornamento dei dati sul sito web aziendale, avviene grazie all'interazione tra le diverse strutture aziendali e i rispettivi Dirigenti responsabili (coordinati e supervisionati dal responsabile della Trasparenza).

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

Gli "Editor" per la trasparenza

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

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

Con Delibera aziendale n. 820 del 04.09.2024 "Nomina dei funzionari Editor a supporto dei referenti del RPCT per la Trasparenza - D.lgs n. 33/2013 avente ad oggetto "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni". Triennio 2024-2026", sono stati nominati i nuovi referenti per il triennio 2024-2026.

2.3.18.4 Flussi informativi – Amministrazione Trasparente

La delibera Asm n. 820/2024 ha anche stabilito la modalità con la quale va tradotto il processo di elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati. Nello specifico, l'adempimento si esplica attraverso la trasmissione di dati e informazioni all'indirizzo mail sito@asmbasilicata.it e, per conoscenza, all'indirizzo trasparenza@asmbasilicata.it, nel rispetto della normativa di riferimento e dello scadenziario relativo a ciascun dato richiesto (invio tempestivo, trimestrale, semestrale, annuale).

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

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

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

2.3.18.5 Trasparenza e Contratti Pubblici

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

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

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

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

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

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

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

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

- Delibera ANAC n. 261/2023 – Provvedimento Art 23 – BDNCP
- Delibera ANAC n.264/2023 – Provvedimento art. 28 Trasparenza
- Delibera ANAC n. 601/2023 – Modificazione ed integrazione della Delibera n. 264 del 20 giugno 2023
- Delibera ANAC n. 582/2023 – Adozione comunicato relativo avvio processo digitalizzazione

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

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

2.3.18.6 Accesso Civico

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

L'Accesso civico semplice consente a chiunque di richiedere documenti, dati o informazioni che le amministrazioni hanno l'obbligo di pubblicare nella sezione [Amministrazione trasparente](#) dei propri siti istituzionali, nei casi in cui gli stessi non siano stati pubblicati (art.5, c. 1). Per presentare una richiesta di Accesso civico semplice alla PCM è disponibile il modulo online nella sezione Amministrazione trasparente da inviare al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

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

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

Relativamente alle procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici, la disciplina dell'accesso agli atti è stata informatizzata, tanto che l'articolo 35 del nuovo codice degli appalti prevede che le stazioni appaltanti e gli enti concedenti assicurino in modalità digitale l'accesso agli atti delle procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici, mediante acquisizione diretta dei dati e delle informazioni inseriti nelle piattaforme. (Sulle piattaforme digitali vengono resi disponibili l'offerta dell'aggiudicatario, i verbali di gara nonché gli atti, i dati e le informazioni relative all'aggiudicazione).

2.3.18.7 Monitoraggio

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

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

- Comunicazioni periodiche, informazioni e disposizioni operative, emanate prioritariamente attraverso modalità semplificate (posta elettronica, ecc.);
 - Messa a disposizione di corsi di formazione e di materiale e documentazione di specifico interesse sulla rete informatica aziendale;
 - Monitoraggio periodico attraverso audit programmati (in numero di 3) con singole Unità Operative, nell'ambito delle quali è sottoposta una check list inerente gli obblighi di pubblicazione;
 - Bilanciamento principi di trasparenza e disciplina sulla tutela dei dati personali (con il supporto del RPD).
- Resta fermo infatti che, nel caso di informazioni che contengano anche dati personali, devono essere rispettati i principi e le linee guida in materia di tutela della riservatezza, secondo quanto indicato dal Garante per la protezione dei dati personali ["Linee guida in materia di trattamento di dati personali contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato da soggetti pubblici per finalità di pubblicazione e diffusione sul web"](#);

- attuazione disciplina sugli accessi, civico semplice e generalizzato e pubblicazione di tutte le informazioni necessarie per consentire l'esercizio dei diritti nella sezione di Amministrazione Trasparente; (Per accesso civico "semplice", di cui all'art. 5, comma 1, del D. Lgs. 33/2013, si intende il diritto di chiunque di richiedere dati, informazioni e documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, nel caso in cui sia stata omessa la loro pubblicazione. Per accesso civico "generalizzato", di cui all'art. 5, comma 2, del D. Lgs. 33/2013, si intende il diritto di chiunque a richiedere dati, informazioni e documenti ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria);
- qualsiasi altra modalità ritenuta adeguata ai fini dell'esercizio delle proprie prerogative di coordinamento.

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

Un **ulteriore livello** di monitoraggio sul livello di trasparenza raggiunto dall'amministrazione è esercitato dall'O.I.V., responsabile della corretta applicazione delle linee guida dell'ANAC, che monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso. L'organismo promuove ed attesta, inoltre, l'assolvimento degli obblighi di trasparenza. Gli esiti delle verifiche vengono trasmessi anche agli organi di vertice dell'Amministrazione al fine di un eventuale aggiornamento degli obiettivi strategici in materia di trasparenza.

2.3.18.8 Stato di Attuazione

Nel corso del 2024 si è provveduto a garantire la corretta esecuzione degli obblighi di trasparenza e un sistema di controllo e vigilanza, in termini di accessibilità totale a dati e informazioni.

Nel dettaglio:

- sono state trasmesse ai responsabili delle UU.OO. interessate comunicazioni relative alla verifica e all'aggiornamento di sezioni specifiche di "Amministrazione Trasparente" (Attività e Procedimenti; Personale; Bandi di Gara e contratti...). A seguito di tale trasmissione, l'ufficio del RPCT provvede ad aggiornare/integrare/modificare dati e sessioni;
- sono state trasmesse ai responsabili delle UU.OO. interessate note di richiesta di revisione dei contenuti delle pagine attinenti l'articolazione delle UU.OO. aziendali. A seguito di tale trasmissione, l'ufficio del RPCT provvede ad aggiornare/integrare/modificare dati e pagine;
- sono stati effettuati n. 3 audit con i responsabili di UU.OO. aziendali per la verifica del rispetto degli obblighi di pubblicazione, per rilevare e colmare eventuali lacune, i cui verbali sono agli atti del RPCT;
- è stata trasmessa una circolare per dare indicazioni precise sul formato del file Pdf/A per i provvedimenti da pubblicare in Amministrazione Trasparente;
- è stata trasmessa nota richiedente la dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità/conflitto di interesse per l'anno 2024;
- è stato ritrasmesso a tutti i dipendenti Asm il vademecum in materia di privacy e trasparenza;
- è stata programmata e calendarizzata per l'anno 2024 la formazione in modalità Fad, in materia di trasparenza, a tutti i dipendenti ASM. L'attività ha riguardato corsi di formazione generale e di formazione specifica diretta ai referenti/dirigenti e agli editor per la trasparenza;
- si stanno gradualmente introducendo i tre nuovi schemi di pubblicazione approvati dall'Anac per la gestione della sezione Amministrazione Trasparente;
- è stato predisposto e pubblicato nella sezione ["Altri contenuti/Accesso civico"](#) l'elenco delle istanze di accesso civico/generalizzato per l'anno 2024. Le 11 istanze presentate nel corso dell'anno sono state tutte evase;
- sul sito aziendale è stata pubblicata la "Dichiarazione di Accessibilità", effettuata utilizzando una valutazione conforme alle prescrizioni della direttiva (UE) 2016/2102, mediante autovalutazione eseguita direttamente dal soggetto erogatore. La dichiarazione è stata aggiornata a seguito di una revisione del sito web che risulta

parzialmente conforme ai requisiti previsti dall'allegato A alla norma UNI EN 301549:2018 (WCAG 2.1). Ciò in ragione di un "onere sproporzionato" relativo alla Sezione Documenti non web;

- sono stati individuati e nominati, con delibera n. 820 del 04.09.2024, i nuovi Editor per la trasparenza per il triennio 2024-2026;
- l'UOSD "U.R.P. – Comunicazione – Ufficio Stampa – Privacy" – Prevenzione della Corruzione e Trasparenza dell'Azienda Sanitaria di Matera ha promosso dal 12 al 19 dicembre 2024 "**La Settimana della Trasparenza**", un'iniziativa messa in campo per rafforzare la circolarità della comunicazione con il cittadino/utente e consentire ai portatori di interessi esterni, oltre che agli stessi dipendenti aziendali, e agli utenti di poter partecipare al processo di costruzione di un più articolato sistema di trasparenza;
- dal 02 al 15 dicembre è stata, inoltre, avviata la consueta "**Customer satisfaction**" sui servizi erogati. La valutazione della qualità dei servizi espressa dal cittadino è lo strumento attraverso il quale l'Azienda Sanitaria di Matera si impegna a perseguire l'obiettivo della qualità totale per far coincidere i servizi offerti con le richieste dei cittadini, ottimizzando le risorse disponibili e intervenendo con azioni mirate e progetti specifici. Un'analisi della valutazione della qualità dei servizi serve ad ascoltare e comprendere fino in fondo i bisogni del cittadino, ponendo attenzione al suo giudizio, sviluppando e migliorando la capacità di dialogo e costruendo un modello di relazione basato sulla fiducia e sul confronto. Nelle organizzazioni sanitarie attivare la partecipazione dei cittadini alla progettazione e valutazione delle prestazioni erogate significa avviare in primo luogo un cambiamento nella cultura organizzativa, ovvero un passaggio a una cultura di rete e di miglioramento dei servizi che valorizzi sia le potenzialità interne, in termini di condivisione da parte degli operatori degli obiettivi aziendali e di definizione/monitoraggio dei livelli qualitativi dei servizi erogati, sia la disponibilità a condividere tali potenzialità con attori esterni attraverso una efficace comunicazione.

I reparti, gli ambulatori e gli ospedali oggetto dell'indagine sono stati scelti a campione, in collaborazione con la Direzione Sanitaria Aziendale e con la UOSD "Qualità, Accreditamento e Servizio Professioni Sanitarie e Sociali" e sono di seguito riportati:

- per il Dipartimento Multidisciplinare Medico: Reparto di Pneumologia e Ambulatori annessi per i P.O. di Matera e Policoro; Reparto di Nefrologia e Ambulatori annessi per i P.O. di Matera e Policoro; Ambulatorio Dialisi del P.O. di Matera; Ambulatorio Dialisi dell'Ospedale Distrettuale di Tinchi; Ambulatorio di Oncologia Medica del P.O. di Matera; Ambulatorio di Oncoematologia del P.O. di Matera;
- per il Dipartimento Multidisciplinare Chirurgico: Reparto di Urologia e Ambulatori annessi per i P.O. di Matera e Policoro; Ambulatorio di Gastroenterologia Interventistica del P.O. di Matera; Ambulatorio di Endoscopia Digestiva del P.O. di Policoro.
- per il Dipartimento Emergenza Accettazione: Pronto Soccorso del P.O. di Matera e del P.O. di Policoro;
- per il Dipartimento Servizi Diagnostici e di Supporto: Ambulatorio di Radiologia del P.O. di Matera e del P.O. di Policoro;
- per il Dipartimento Integrazione Ospedale-Territorio: Ambulatorio di Medicina Fisica e Riabilitazione del P.O. di Matera e del P.O. di Policoro; Ambulatorio di Gestione Appropriata Percorsi Riabilitativi; Ambulatorio di Pneumologia territoriale – Sede Centrale ASM.

Il report integrale sull'indagine è in corso di elaborazione e appena concluso sarà pubblicato nella pagina dedicata della sezione "Servizi erogati | Carta dei servizi e standard di qualità" di Amministrazione Trasparente, consultabile a questo [link](#).

2.3.18.9 Trasparenza e Privacy

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

diffusione di dati personali sui propri siti web istituzionali per finalità di trasparenza o per altre finalità di pubblicità dell'azione amministrativa.

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

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

2.4 Piano di azioni positive 2025-2027

Relativamente alle azioni positive si rappresenta che entro i primi mesi del 2025 si provvederà a riattivare il CUG ai fini del pieno espletamento delle funzioni che gli sono assegnate.

Al momento restano confermate le previsioni in essere, contenute nel "Piano delle azioni positive 2024-2026, che si riporta, di seguito, per facilitazione di lettura.

Piano di azioni positive 2024-2026

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

Il presente piano di azioni positive è rivolto a promuovere all'interno dell'ASM:

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

L'ASM adotta il presente piano di durata triennale in continuità con il precedente piano di azioni positive ed in linea con gli obiettivi di efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa attraverso la valorizzazione delle risorse umane.

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

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

Il Piano delle Azioni positive, redatto dal CUG, proposto al Direttore Generale, prosegue il suo corso, con la comunicazione alle OO.SS. e la presentazione alla Consiglieria di Parità territorialmente competente.

2.4.1. Obiettivi specifici ed azioni positive

1	Obiettivo	Diffusione di una cultura di pari opportunità, benessere lavorativo e contrasto delle discriminazioni
----------	------------------	--

AZIONI

- Corsi di formazione in materia per tutti i dipendenti dell'ASM
- Diffusione del Codice sulle Pari Opportunità con incontri specifici
- Diffusione e pubblicazione sul sito aziendale del link dell'Ufficio della Consigliera Regionale di Parità: www.consiglieradiparita.regione.basilicata.it al fine di recepire tutta la normativa sulla parità e pari opportunità, contro ogni discriminazione di genere.

Soggetti coinvolti: CUG, U.O. Formazione, U.O. Gestione Risorse Umane, URP, tutte le Unità Operative

Tempi: Tutta la durata del Piano

2	Obiettivo	Migliorare l'efficacia del CUG
----------	------------------	---------------------------------------

AZIONI

- formazione specifica dei Componenti del CUG, sia titolari che supplenti, con esperti in materia;
- informazione scritta e diretta al CUG su ogni materia che incida o possa incidere sulla organizzazione e gestione del personale dipendente, su ordine del giorno di tutte le riunioni tra le Delegazioni di Contrattazione Collettiva Aziendale, con possibilità di partecipazione ai tavoli di contrattazione, previo assenso delle parti contrattuali, e, comunque, invio di copia dei verbali dei tavoli contrattuali;
- confronto e scambio di esperienze con altri CUG, altre Aziende e altri soggetti presenti sul territorio;
- destinazione di una quota delle risorse economiche disponibili nel bilancio aziendale all'organizzazione e al funzionamento del CUG, anche in conformità dell'art. 57 del D.lgs. 165/2001, come novellato dall'art. 21 della L. 183/2010;
- valutazione delle ore dedicate all'attività del CUG quali ore di servizio effettivo, anche se prestate al di fuori dell'orario normale, per le quali non è tuttavia dovuta alcuna somma aggiuntiva se non a titolo di rimborso spese nei casi previsti.

Soggetti coinvolti: Direzione Generale, Collegio Sindacale, U.O. Formazione, U.O. Gestione Risorse Umane, UO Risorse finanziarie, UO Provveditorato, URP, Dipartimenti assistenziali

Tempi: Tutta la durata del Piano

3	Obiettivo	Gestione del personale aziendale in un'ottica di pari opportunità, benessere lavorativo e contrasto delle discriminazioni
----------	------------------	--

3.a Formazione e Promozione dell'inclusione e della conciliazione/condivisione vita privata e familiare con vita lavorativa (legge n. 81/2017 e art. 14 della Legge n. 124/2015 e successiva Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1 giugno 2017, legge n°4/2021 di ratifica alla Convenzione ILO)"

AZIONI

- Prevedere percorsi formativi sul lavoro agile (smart working);
- Diversity management (disabilità);
- Sensibilizzazione, formazione e sostegno sul tema della disabilità

3.b “Conoscere per agire”

AZIONI

- *“BANCA DATI”, ai sensi del D.lgs. 198/2006, sulla distribuzione di tutto il personale dipendente. Tanto, al fine di individuare eventuali differenziali significativi tra donne e uomini, promuovere le conseguenti azioni correttive e redigere il «Rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile» secondo quanto previsto dal Decreto Min. del 17/7/1996, che sarà trasmesso alle Rappresentanze Sindacali Aziendali e all'Ufficio della Consigliera Regionale di Parità*

Soggetti coinvolti: Direzione Aziendale, U.O. Gestione Risorse Umane, U.O. Attività Informatiche, UO Formazione

3.c Benessere Organizzativo

AZIONI

- *“BANCA DEL TEMPO” (riserva delle ore) come risposta solidale per i colleghi che si trovano in difficoltà.*
- *“Lavoro flessibile” così come previsto dalla legge e dal contratto, a favore delle lavoratrici madri o dei lavoratori padri, anche affidatari o adottivi di minori (art. 9 della L. 53/2000, richiamato dall'art. 50 del Codice delle Pari Opportunità); delle lavoratrici o dei lavoratori: 1. genitori di portatori di grave handicap o coniugi, parenti o affini entro il 3° grado di persone assistite con grave handicap (art. 33 della legge 104/1992 e art. 20 della L. 53/2000) 2. familiari di persone assistite per gravi motivi (art. 4 della L. 53/2000) compatibilmente con l'organizzazione degli uffici e del lavoro, delle lavoratrici e dei lavoratori, in generale, che si trovano in situazioni di svantaggio personale, sociale e familiare (art. 7 del D.lgs. 165/2001); rispettando tra gli stessi beneficiari le priorità previste dalla legge o determinate da questa Azienda attraverso i contratti decentrati;*
- *adozione di misure di accompagnamento che allo scopo di favorire il reinserimento del personale assente dal lavoro per lunghi periodi (maternità, congedi parentali, altro), assicurino il mantenimento delle loro competenze e il loro accesso alla possibilità di formazione e di progressione professionale, attraverso l'istituzionalizzazione di flussi informativi tra le parti durante l'assenza (informazione telematica tramite sito web aziendale, informazione a domicilio, formazione telematica, ecc.) e la previsione a favore dello stesso personale di specifici programmi di formazione per il rientro dal congedo (art. 9 della L. 53/2000).*

L'assenza dal lavoro per tali motivi non comporterà effetti negativi nella valutazione, retrocessioni da incarichi professionali conferiti prima dell'assenza stessa. Buona parte delle due predette azioni positive (sulla flessibilità e sul reinserimento) è già stata realizzata in attuazione di un progetto presentato ai sensi dell'art. 9 della legge 53/2000 e dei precedenti piani di azioni positive.

- ***“MAPPATURA DELLE COMPETENZE”:** percorso formativo volto al miglioramento organizzativo e alla valorizzazione delle competenze delle lavoratrici e dei lavoratori e confronto con esperti esterni*
- *individuazione e rimozione di eventuali aspetti discriminatori nei sistemi di valutazione del personale, privilegiando i risultati rispetto alla mera presenza;*
- *garanzia di formazione e aggiornamento professionale delle/dei dipendenti con modalità organizzative conciliative, idonee a favorirne la partecipazione (art. 57 del D.lgs. 165/2001), attribuendo priorità nella partecipazione alle iniziative formative e/o di aggiornamento a coloro che nell'ultimo quinquennio abbiano partecipato a non più di tre attività formative per cause indipendenti dalla loro volontà (prolungati periodi di assenza dal servizio per malattia, maternità, etc., ovvero mancato accoglimento, da parte dell'Azienda, di richieste di formazione provenienti dall'interessato)*

3d. “Conoscere le differenze per un sistema sanitario equo e sostenibile”

- *Prevedere percorsi formativi sulla “MEDICINA DI GENERE.DALLA NEUROBIOLOGIA AD UN NUOVO MODELLO*

3e. "Favorire politiche di conciliazione tra vita lavorativa e responsabilità familiari"

AZIONI

- conciliazione tra responsabilità professionali e responsabilità familiari attraverso la prestazione di servizi aziendali di cura a favore dei figli minori dei/delle dipendenti, stipulando apposite convenzioni aziendali con le imprese operanti nel settore che assicurino ai/alle dipendenti condizioni più vantaggiose, anche dal punto di vista economico, attraverso la partecipazione aziendale ai relativi costi.
 - "ASILI NIDO"
 - Avviare intese con i Comuni proponendo la collaborazione con la stipula di Protocollo D'Intesa e Accordi finalizzato alla condivisione delle azioni contenute nel Piano di Azioni Positive dell'ASM e all'avvio dei Servizi di sostegno alla maternità e alla famiglia. Si fa riferimento in particolare all'iter avviato da parte degli Enti locali per ottenere i fondi del PNRR destinate a palestre, mense, scuole, asili.
 - Proporre ai Comuni almeno l'abbattimento dei costi (es. 30% sulla tariffa) e la riserva del 50% dei posti al personale dell'ASM
 - "CAMPUS ESTIVO"
 - Avviare intese con le strutture di Policoro ed Accettura proponendo l'abbattimento dei costi (30% sulla tariffa e la riserva del 50% dei posti ai figli del personale dell'ASM
- Soggetti coinvolti: Direzione Aziendale, UO Gestione risorse Umane, UO Risorse finanziarie, Provveditorato, URP, tutte le U.O. Formazione,

Tempi: durata del Piano

4	Obiettivo	Affermazione dei principi dell'integrazione nell'organizzazione del lavoro
----------	------------------	---

AZIONI:

- informazione e partecipazione di tutti i/le dipendenti alla vita aziendale, inclusi gli assenti dal lavoro per lunghi periodi, attraverso un sistema di comunicazione efficace ed omogeneo che assicuri la circolazione delle informazioni riguardanti l'organizzazione del lavoro, la gestione del personale, l'accesso alla formazione e alla progressione professionale e qualsivoglia altro aspetto della vita aziendale, quale sistema da realizzarsi mediante la definizione di un piano di comunicazione interna che anche attraverso il linguaggio tenga conto della presenza in Azienda sia di donne che di uomini.

Soggetti coinvolti: Direzione Aziendale, Collegio sindacale, UO Formazione, URP, UO Gestione e sviluppo risorse umane, tutte le Unità operative

Tempi: tutta la durata del Piano

5	Obiettivo	Prevenire le discriminazioni ,il mobbing ,la violenza
----------	------------------	--

AZIONI

- Diffusione del Codice di Condotta per la prevenzione delle discriminazioni e del mobbing.
- Realizzazione e diffusione del Progetto IPAZIA "STRATEGIE DI PREVENZIONE DELLA VIOLENZA CONTRO LE DONNE E I MINORI, ATTRAVERSO LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI CON PARTICOLARE RIGUARDO AGLI EFFETTI DEL COVID-19"
- Realizzazione di un FOCUS su **"LA PRESA IN CARICO DELLA DONNA E IL TRATTAMENTO NELLA VIOLENZA SESSUALE. CONTINUITÀ ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO"** con il coinvolgimento dei componenti del CUG, del personale sanitario, dei soggetti esterni (Comune, forze dell'Ordine etc).

Realizzazione di momenti formativi sulla “SICUREZZA SUL LAVORO: UNA QUESTIONE DI GENERE ED UN'APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE “ e condivisione di Procedure Aziendali

Soggetti coinvolti: Direzione Aziendale, U.O.C. Gestione Risorse Umane, UO Formazione, tutte le Unità operative, URP

Tempi: Tutta la durata del Piano

6	Obiettivo	<i>Diffusione di una cultura di collaborazione e rispetto della dignità umana nell'ambiente di lavoro</i>
----------	------------------	--

AZIONI

- *consulenze su strumenti e modalità di contrasto e prevenzione del mobbing e delle discriminazioni;*
- *percorsi formativi-informativi su mobbing e discriminazioni (aspetti: sociali, psicologici, medici e legali).*

Soggetti coinvolti: UO Formazione, U.O.C. Gestione Risorse Umane, tutte le Unità Operative

Tempi: tutta la durata del Piano

7	Obiettivo	<i>Sviluppare un maggior livello di autoefficacia, così da favorire l'efficienza nel lavoro individuale e in equipe, incrementare il livello di soddisfazione del dipendente</i>
----------	------------------	---

AZIONI

- *Prevedere momenti formativi accreditati che possano favorire lo “Sviluppo delle abilità di comunicazione ed emotive”*
- *Favorire il “WORK LIFE BALANCE E LA TRASFORMAZIONE DIGITALE DELLA SANITÀ PER UNA CRESCITA E UNO SVILUPPO SOSTENIBILE” organizzando momenti formativi che possano ripensare il lavoro, prevedere maggiore flessibilità e autonomia.*

Soggetti coinvolti: tutte le Unità Operative e U.O. Formazione

Tempi: tutta la durata del Piano

8	Obiettivo	<i>Il CUG informa</i>
----------	------------------	------------------------------

AZIONI

- *Istituzione di un punto d'ascolto*
- *Aggiornamento della sezione CUG sito aziendale con la raccolta di documentazione su argomenti in materia di pari opportunità, benessere lavorativo e contrasto delle discriminazioni.*

Soggetti coinvolti: Direzione Aziendale, U.O.C. Gestione Risorse Umane, U.O.C. Psicologia, CUG, Ufficio Relazioni Sindacali, OO.SS./RSU, URP

Tempi: Tutta la durata del Piano.

Per ciascuna azione sarà verificata la possibilità di candidatura ai finanziamenti previsti dalla legislazione vigente.

Al CUG, in collaborazione con l'Ufficio Relazioni Sindacali, entro i limiti delle rispettive competenze, è affidato il compito di supporto ai vari soggetti coinvolti nell'attuazione del presente piano e di verifica periodica dello stato di realizzazione delle azioni sopra specificate, anche attraverso le relazioni che annualmente saranno loro trasmesse dagli stessi soggetti attuatori.

Il CUG, a sua volta, relazionerà annualmente alla Direzione Generale Aziendale per il tramite dell'Ufficio Relazioni Sindacali, che darà informative alle OO.SS./RSU.

2.4.2. Monitoraggio azioni 2023

Le azioni positive poste in essere fino al 2023 dal Comitato Unico di Garanzia (CUG) sono state improntate al raggiungimento degli obiettivi 1, 2, 3 del Piano di Azioni Positive 2023-2025.

Tali iniziative hanno riguardato:

- Inserimento sul sito Asm del volantino multilingue con relativi servizi a cui ci si può rivolgere in caso di violenza o maltrattamenti.*
- Creazione del Protocollo d'Intesa per il Centro Uomini Anti-Violenza con il Comune di Matera.*
- Partecipazione al tavolo regionale e osservatorio sulla violenza contro le donne.*
- Realizzazione di due eventi formativi e preparazione di 80 operatori con il Progetto Ipazia.*
- Avvio rapporti con il Circolo velico di Policoro per la stipula di una convenzione a favore dei figli del personale Asm.*
- Attivazione di due procedure percorso ospedale e ospedale territorio per donne vittime di violenza.*

3. SEZIONE III – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Le procedure per l'assunzione di personale nella P.A. sono adottate sulla base della programmazione triennale del fabbisogno del personale (PTFP), ai sensi del D.lgs 165/2001, propedeutica alle procedure di reclutamento, indipendentemente dalla modalità di acquisizione.

Gli articoli 6 e 6 bis del d.lgs. n. 165/2001, come modificati dal d.lgs. n. 75 del 25 maggio 2017, nonché l'articolo 6 ter (introdotto dal predetto decreto n. 75/2017) stabiliscono le modalità di definizione dei fabbisogni di personale nell'ambito delle pubbliche amministrazioni.

La Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica, con il D.M. 8 maggio 2018 ha definito le linee guida per la predisposizione dei fabbisogni di personale e la metodologia operativa a cui le pubbliche amministrazioni devono uniformarsi nella predisposizione degli strumenti di programmazione delle assunzioni di personale, sia con riferimento alle modalità di redazione del documento e sia nel rispetto dei vincoli imposti dalla normativa vigente, in coerenza con l'attività di programmazione complessiva a partire dalle previsioni programmatiche inserite nell'Atto Aziendale ed alla programmazione sanitaria legata alla realizzazione degli Obiettivi di salute assegnati alla Direzione strategica dell'azienda.

Con il D.M. del 22 luglio 2022 il Dipartimento della Funzione Pubblica, ha definito nuove linee di indirizzo che tendono a spostare la gestione delle risorse umane da un approccio tradizionale legato a mansioni e attività svolte, verso una organizzazione basata sulle competenze, capacità tecniche e comportamentali che favoriscono una integrazione tra programmazione dei fabbisogni, procedure di reclutamento, sistemi di misurazione e valutazione della performance, formazione e progressioni di carriera.

Tali innovazioni allo stato non riguardano il personale sanitario, ma confermano una visione che punta ad integrare i diversi strumenti di programmazione del personale, di valutazione della performance e di prevenzione della corruzione e trasparenza, che hanno trovato già una riorganizzazione sistematica nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) introdotto con l'art. 6 del DL 80/2021.

L'ASM ha approvato il Piano Integrato di attività ed Organizzazione PIAO – Triennio 2024-2026 con la Delibera n. 93 del 21.01.2024.

Il PIAO diventa lo strumento di integrazione nel quale confluiscono, tra gli altri (PTPCT, POLA, PTAP), anche il Piano triennale del fabbisogno del personale (PTFP) che si sviluppa in prospettiva triennale e può essere modificato in risposta alle mutate esigenze di contesto normativo, organizzativo o funzionale.

3.1. CONTESTO DI RIFERIMENTO E ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera è stata istituita con L.R. n. 12 del 01/07/2008 e nasce dalla fusione delle due preesistenti Aziende Unità Sanitarie Locali della Provincia di Matera (ASL n. 4 di Matera e ASL n. 5 di Montalbano Jonico), a decorrere dal 01/01/2009.

L'Azienda si caratterizza per la sua natura pubblica, nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale, ed 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.

Quale ente strumentale della Regione Basilicata, assume come obiettivi 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.

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

3.1.1 Le risorse umane

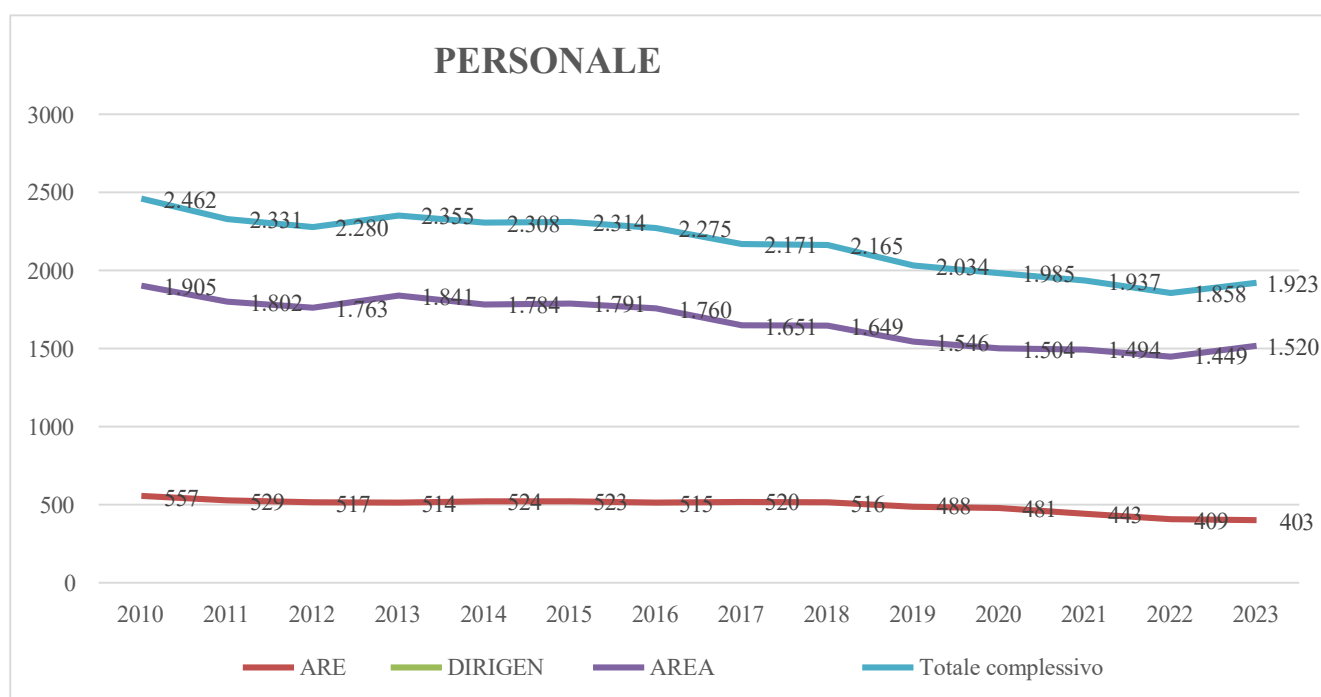
Le risorse umane dell'ASM, che assieme a quelle finanziarie, sono fondamentali per il compimento della *mission* aziendale, negli ultimi anni hanno subito una significativa contrazione per effetto del blocco del turn over operato in attuazione delle politiche di contenimento della spesa pubblica e dei conseguenti vincoli finanziari stabiliti a livello nazionale e recepiti dalla normativa regionale.

La progressiva riduzione di risorse umane ha determinato crescenti difficoltà, con specifico riferimento a quelle aree e a quei settori in cui si sono registrate maggiori cessazioni di personale.

Tale situazione rende necessario assicurare con il nuovo PTFP 2025-2027 l'acquisizione di nuove unità aggiuntive, in sostituzione di quelle cessate o in via di cessazione a vario titolo e per la copertura delle carenze di organico venutesi comunque a determinare, tenuto conto delle difficoltà nel reperire medici e personale sanitario nonostante le procedure avviate.

La tabella ed il grafico seguenti rappresentano in maniera chiara il *trend* decrescente che ha riguardato l'ASM, che in poco più di un decennio ha evidenziato una contrazione netta di oltre 100 unità nell'area della dirigenza (-154) e, in maggior misura, nell'area del comparto (-385). Nel 2024, grazie alle politiche assunzionali avviate, la tendenza è stata invertita ed il personale è incrementato di 65 unità (+ 3,50%) rispetto al 2023.

Personale al 31.12	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Scost.	
															2023 vs 2022	
AREA DIRIGENZA	557	529	517	514	524	523	515	520	516	488	481	443	409	403	-6	-1,47 %
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	1.520	71	4,90 %
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	1.923	65	3,50 %



La progressiva riduzione di personale e la difficoltà ad assicurare il tempestivo turnover delle unità cessate, anche per i vincoli imposti dal tetto di spesa, ha determinato crescenti difficoltà nella gestione operativa e sanitaria dell'azienda, che si ripercuotono in maniera significativa in termini di efficacia e di capacità di erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Inoltre, l'avvio a regime dei concorsi unici regionali di cui alla DGR n. 53 del 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 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 l'ASM a fare ampio ricorso a medici specializzandi e a contratti di lavoro autonomo 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).

Con il PTFP 2025-2027 si intende invertire tale tendenza e proseguire nelle politiche di incremento del personale –pur nel rispetto dei vincoli di spesa–, programmando le assunzioni per sopperire alle cessazioni che si verificheranno nel 2025 (pensionamenti, mobilità in uscita, aspettative, comandi ecc.) e per soddisfare i fabbisogni come evidenziati dalle Direzioni Dipartimentali e di Unità operative, fermo restando che, ove necessario, l'azienda valuterà anche per il 2025-2027 l'utilizzo di contratti flessibili (incarichi professionali esterni, ricorso ad accordi quadro per la messa a disposizione di profili professionali carenti, ricorso a cooperative, medici in quiescenza) già attivati in passato per fronteggiare situazioni straordinarie, al fine di garantire la erogazione delle prestazioni sanitarie.

3.1.2 L'assetto organizzativo

L'assetto organizzativo dell'ASM di Matera è strutturato per garantire prioritariamente le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza definiti dal Piano Sanitario Nazionale e da quello Regionale nel rispetto dei principi di efficacia, qualità, equità, appropriatezza ed economicità dell'intera attività aziendale.

Esso deriva dalla impostazione definita dall'Atto aziendale, e nelle more della rivisitazione di quest'ultimo alla luce della implementazione del nuovo modello di non avendo subito variazioni rimane confermato a quello già descritto nelle annualità precedenti.

L'Azienda aderisce al modello organizzativo integrato definito nell'Accordo Programmatico Interaziendale, condiviso tra i Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale della Basilicata, formalizzato con D.G.R. n. 624 del 14/05/2015 così come integrata da successiva D.G.R. n. 1259 del 24/11/2017, finalizzato alla riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità del Sistema Salute regionale, basato sui bisogni dei cittadini e nel rispetto di quattro principi fondamentali, quali la sicurezza, la qualità delle cure, l'efficienza e la sostenibilità del sistema. In conformità agli indirizzi ed alle indicazioni contenute nel suddetto Accordo Programmatico Interaziendale, gli obiettivi di salute vanno perseguiti attraverso:

la concentrazione delle attività ospedaliere complesse e a bassa incidenza all'Hub regionale individuato nell'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo di Potenza con potenziamento della funzione di eccellenza;

la valorizzazione del ruolo dell'IRCCS CROB quale riferimento oncologico e della ricerca biomedica;

la riorganizzazione e il potenziamento della rete emergenza extra ed intra ospedaliera;

il mantenimento e/o sviluppo attività ad alta incidenza e a bassa complessità negli ospedali distrettuali;

la riconversione dei posti letto ospedalieri in posti letto distrettuali (Presidi Ospedalieri Distrettuali, strutture intermedie);

il potenziamento della rete di assistenza territoriale con lo sviluppo della Casa Salute;

le azioni congiunte per la riduzione dei costi di gestione anche attraverso la messa in comune dei servizi tecnici ed amministrativi.

L'impianto organizzativo adottato dall'Azienda si fonda sulla netta distinzione tra funzioni direzionali relative al potere di indirizzo strategico, al governo ed al controllo e funzioni gestionali, tecniche e di erogazione delle prestazioni, con chiara determinazione delle competenze e delle responsabilità della direzione generale e strategica dell'Azienda e competenze e responsabilità della dirigenza dei vari livelli organizzativi e operativi.

Il modello organizzativo adottato dall'Azienda Sanitaria Locale di Matera si ispira ai seguenti principi:

separazione della funzione di committenza dalla funzione di produzione delle prestazioni;

adozione dell'organizzazione dipartimentale quale modello ordinario per la gestione operativa di tutte le attività aziendali;

assunzione del modello di rete integrata di persone, strutture, servizi, tecnologie e processi, finalizzata al soddisfacimento di tutte le parti interessate al più alto livello possibile, compatibilmente con la complessità e la sostenibilità del sistema stesso;

adesione al modello organizzativo integrato definito nel suddetto Accordo Programmatico Interaziendale, i cui strumenti sono rappresentati da:

Dipartimenti Assistenziali Interaziendali;

Reti Integrate Interaziendali;

Strutture Complesse Interaziendali;

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, attraverso le strutture organizzative in cui si articolano i Dipartimenti di Prevenzione;

assistenza distrettuale, attraverso le strutture organizzative in cui si articolano i tre distretti aziendali;

assistenza ospedaliera, attraverso le strutture organizzative in cui si articola il Presidio Ospedaliero per Acuti dell'ASM (P.O. Matera e P.O. Policoro) ed i tre Presidi Territoriali.

L'organizzazione aziendale si articola in quattro macro-livelli:

la direzione strategica, composta dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, a cui compete l'esercizio delle funzioni strategiche;

la tecnostruttura a cui spetta garantire le funzioni di supporto al processo decisionale ed al processo produttivo;

il management con il compito di fungere da collegamento tra direzione generale e nucleo operativo, coincidente con le macro-articolazioni territoriali ed organizzative dell'Azienda previste dalla L.R. 39/2001 e s.m.i., ossia con i Direttori di Presidio, di Distretto e di Dipartimento;

il nucleo operativo per la produzione ed erogazione di servizi e prestazioni assistenziali. L'organizzazione dell'Azienda è articolata nelle seguenti tipologie di Strutture Organizzative:

Dipartimenti;

Strutture Complesse (Unità Operative Complesse – U.O.C.);

Strutture Semplici a valenza dipartimentale (Unità Operative Dipartimentali – U.O.S.D.);

Strutture Semplici (Unità Operative Semplici sub articolazioni di strutture complesse – U.O.S.); Per struttura organizzativa si intende ogni articolazione interna dell'Azienda caratterizzata da:

autonomia definita nell'ambito delle competenze stabilite dalla programmazione aziendale;

responsabilità funzionale e/o gestionale;

attribuzione di risorse (umane, tecniche o finanziarie) dedicate ed amministrate in spazi fisici definiti ed omogenei.

Al loro interno, le strutture organizzative sono ulteriormente graduabili per livelli di complessità corrispondenti agli incarichi dirigenziali di tipo professionale.

Tale graduazione degli incarichi dirigenziali è definita con appositi e separati atti. A tal riguardo, con deliberazione n. 1063 del 06/12/2019, l'Azienda ha provveduto a formalizzare la ricognizione, la sistematizzazione e l'integrazione degli incarichi professionali, demandando all'UOC Gestione e sviluppo risorse umane gli adempimenti per il conferimento degli stessi e la sottoscrizione dei contratti, ove ancora mancanti, previa conclusione delle valutazioni da parte dei Collegi Tecnici ove ancora occorrente.

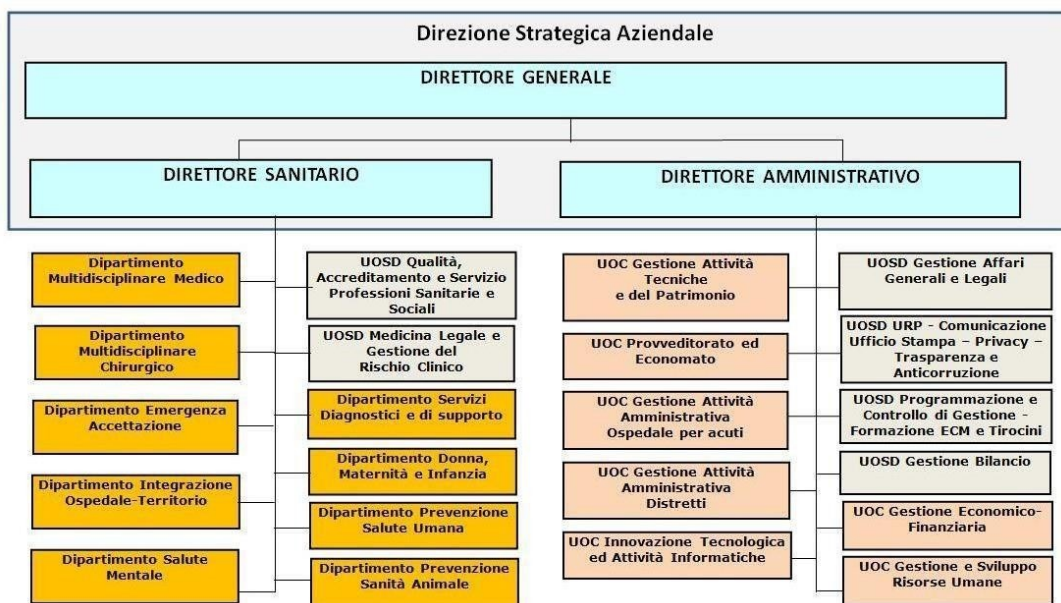
Inoltre, in ottemperanza a quanto previsto dai CC.CC.NN.LL., sono attribuiti al personale appartenente alle categorie del ruolo del Comparto alcuni incarichi professionali individuati con delibera n. 777 del 31/8/2020 e s.m.i. per l'esercizio di funzioni professionali caratterizzate da un elevato grado di esperienza ed autonomia gestionale ed organizzativa o lo svolgimento di attività con contenuti di alta professionalità e specializzazione.

L'impianto organizzativo aziendale si uniforma a quello previsto per le Aziende del Servizio Sanitario Regionale, assumendo la forma e la logica della rete. 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, adottato con

Delibera n. 1099/2017 e approvato, nella sua versione aggiornata, con Deliberazione n. 169 del 20/02/2018, ha ridisegnato l'articolazione organizzativa aziendale, prevedendo accanto alla fase a regime, una fase transitoria, che ha come scadenza il 31/12/2020, necessaria a 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 (ORGANIGRAMMA) dell'ASM prevista dall'Atto Aziendale così come risulta allo stato dell'arte, con l'indicazione, successivamente, dei Dipartimenti, delle Strutture Complesse (U.O.C.), delle Strutture Semplici Dipartimentali (U.O.S.D.) e delle Strutture Semplici (U.O.S.) incardinate presso le Strutture Complesse. Come già richiamato in precedenza, la nuova Direzione Strategica sta lavorando alla predisposizione del nuovo Atto Aziendale, in linea con i nuovi indirizzi di politica sanitaria nazionale e regionale e delle nuove direttrici indicate dal PNRR.

3.1.3 Organigramma aziendale attuale vigente fino a nuovo atto aziendale



Dipartimento Multidisciplinare Medico

- U.O.C. Medicina Generale Matera
- U.O.C. Medicina Interna e d'Urgenza P.O. di Policoro (istituita con delibera n. 877/2024)
- U.O.C. Nefrologia - dialisi e Centro Regionale Trapianti d'Organo
- U.O.C. Neurologia
- U.O.C. Pneumologia
- U.O.C. Geriatria
- U.O.C. Endocrinologia
- U.O.S.D. Reumatologia
- U.O.S.D. Dialisi e Ambulatorio Nefrologia clinica Matera
- U.O.S.D. Dialisi Tinchì
- U.O.S.D. UTIR
- 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 ed Ematologia
- U.O.S. Elettroencefalografia – Matera, incardinata presso l'U.O.C. Neurologia

Dipartimento Multidisciplinare Chirurgico

- U.O.C. Chirurgia Generale Matera
- U.O.C. Chirurgia Generale Policoro
- U.O.C. Ortopedia Matera
- U.O.C. Ortopedia Policoro
- U.O.C. Otorinolaringoiatria
- U.O.C. Oculistica
- U.O.C. Urologia
- U.O.C. Chirurgia Plastica
- U.O.C. Chirurgia Vascolare

- 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
- U.O.S. Chirurgia dell'Orecchio, incardinata presso l'U.O.C. di Otorinolaringoiatria

Dipartimento Emergenza Accettazione

- U.O.C. Anestesia e rianimazione Matera
- U.O.C. Area Critica Intensiva Policoro
- U.O.C. Cardiologia e UTIC
- U.O.C. Pronto Soccorso Matera
- 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
- U.O.S.D. Degenza Cardiologia
- U.O.S.D. UTIC Matera
- U.O.S.D. UTIC Policoro
- U.O.S.D. Scompenso Cardiaco e Cardiologia Riabilitativa
- U.O.S. Coordinamento Aziendale Trapianti d'Organo e Tessuti – Matera, incardinata presso l'U.O.C. Anestesia e Rianimazione
- U.O.S. Subintensiva Generale – Matera, incardinata presso l'U.O.C. Pronto Soccorso

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 ASM
- U.O.C. Organizzazione Servizi Sanitari di Base
- U.O.C. Prevenzione e Trattamento Malattie dell'Apparato Respiratorio
- 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 Appropriata 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. Pneumologia Territoriale
- U.O.S.D. Assistenza Integrativa
- U.O.S. Coordinamento attività distrettuali – Città di Matera e ambito medio Bradano – Basento, incardinata presso l'U.O.C. Direzione Distretto Matera
- U.O.S. Coordinamento attività distrettuali – ambito collina materana e area jonica, incardinata presso l'U.O.C. Direzione Distretto Collina Materana – Metapontina

Dipartimento Servizi Diagnostici e di Supporto

- U.O.C. Patologia Clinica Matera
- 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
- U.O.C. Pediatria e neonatologia
- U.O.S.D. Gestione Integrata Attività Pediatriche
- U.O.S.D. Gestione Integrata Attività Ostetrico - Ginecologiche
- U.O.S.D. Ecografia Ostetrico Ginecologica
- U.O.S.D. Endoscopia ginecologica e fisiopatologia della riproduzione
- U.O.S. Gravidanza a Rischio ed Emergenza Ostetrica Matera, incardinata presso l'U.O.C. Ostetricia e Ginecologia

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 Matera e Centri Diurni
- U.O.S.D. Centro Salute Mentale Matera
- U.O.S.D. Disturbi della Condotta Alimentare
- U.O.S.D. Neuropsichiatria Infantile Territoriale
- U.O.S. Gestione Strutture Residenziali Psichiatriche Città di Matera e Ambito Medio Bradano- Basento, incardinata presso l'U.O.C. Centro Salute Mentale
- U.O.S. Gestione Strutture Residenziali Psichiatriche- Area Collina Materana e Area Jonica, incardinata presso l'U.O.C. Centro Salute Mentale

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
- U.O.S. Gestione attività vaccinali sul territorio aziendale

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 Ospedaliere DEA I Livello
- U.O.C. Direzione Attività Amministrative Ospedaliere PSA
- U.O.C. Direzione Attività Amministrative Distrettuali
- U.O.C. Innovazioni Tecnologiche ed Attività Informatiche
- U.O.S.D. Gestione Bilancio

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

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
- S.P.P. Servizio Prevenzione e Protezione

3.2 LA PROGRAMMAZIONE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE PER IL TRIENNO 2025-2027 (PTFP 2025-2027)

3.2.1 Metodologia di lavoro

La definizione dei fabbisogni assunzionali scaturisce dal confronto tra la Direzione Strategica con le Direzioni dipartimentali e di UOC, contemperando le esigenze di reclutamento e di potenziamento delle risorse umane con gli obblighi ed i vincoli assunzionali imposti dal tetto di spesa utilizzato per il 2024 (DGR n. 521 del 6/09/2024) e da valersi anche per l'anno 2025 sino a diversa indicazione regionale.

La predisposizione del Programma Triennale di Fabbisogno di Personale (PTFP) è avvenuta sulle base delle informazioni fornite ed è sviluppato secondo una previsione di reclutamento da realizzarsi nel triennio 2025/2027, tenuto conto delle procedure assunzionali e concorsuali in itinere e non concluse nel 2024, che sono state interamente riproposte, in termini di posti da coprire, per il 2025.

Le previsioni del PTFP 2025/2027 attengono alle esigenze dell'Azienda e delle strutture territoriali ed ospedaliere, mentre in attuazione del DM 77/2022 l'Azienda –secondo gli indirizzi forniti dalla Regione Basilicata con DGR 948/2022- ha adottato il PTFP 2024/2026 in stralcio al PTFP 2024/2026, in applicazione della ridetta DGR 948/2022. La attuazione del PTFP stralcio è tuttavia condizionata alla adozione del nuovo Atto Aziendale, che tenga conto della riorganizzazione della rete dell'assistenza territoriale per come ridisegnata dal DM 77/2022 ed in special modo dalla mentovata DGR 948/2022.

Peraltro, a valle del percorso e successivamente alla approvazione del nuovo Atto Aziendale, potrebbe rendersi necessario apportare ulteriori modifiche e integrazioni alla programmazione dei

fabbisogni, per rendere il PTFP 2025-2027 aderente al nuovo assetto organizzativo proposto e ai nuovi modelli di erogazione delle prestazioni assistenziali e territoriali.

Si evidenzia, altresì, che le previsioni assunzionali potrebbero essere suscettibili di ulteriori variazioni sia in ragione di nuove assunzioni derivanti da stabilizzazioni ex art. 1, c. 268, L. 30 dicembre 2021 n. 234, sia in funzione delle novità introdotte dall'art. 1, comma 528 della Legge di Bilancio 2023 che estende il termine per il completamento delle procedure di stabilizzazioni del personale sanitario e OSS a tutto il 31.12.2024 (salvo ulteriori proroghe disposte dall'adottanda legge di bilancio 2025), come si avrà modo di dettagliare nel paragrafo dedicato alle stabilizzazioni.

Il presente documento programmatico è stato redatto, sul piano più strettamente metodologico, in attuazione delle Linee Guida approvate con Decreto Ministeriale 8 maggio 2018, integrate con il DM 22 luglio 2022 della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica, nonché delle linee di indirizzo regionale in materia di PTFP definite con D.G.R. n. 799 del 6/11/2019 e delle norme che disciplinano la redazione del PIAO.

La previsione tiene conto della stima del personale presente al 31.12.2024, distinto per profilo e inquadramento professionale secondo la classificazione del CCCNL di appartenenza, della stima delle cessazioni previste per il triennio 2025-2027 per effetto di pensionamenti/dimissioni, note alla data di predisposizione del piano, nonché delle assunzioni programmate per il triennio 2025-2027 rapportate, in termini di risparmi di spesa e di incremento delle stessa, in relazione alla decorrenza e ai fabbisogni ed alle necessità delle singole unità operative. L'Azienda procederà, pertanto, alle assunzioni previste ovvero a quelle necessitate da cessazioni o eventi non prevedibili, nel rispetto dei posti complessivamente istituiti e comunque garantendo in ogni caso il mantenimento della spesa al di sotto del tetto assegnato dalla Regione Basilicata con la DGR 521/2024.

3.2.2 Il tetto di spesa

L'attuazione del PTFP 2025-2027, sotto il profilo delle capacità assunzionali rimane 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.

La Giunta Regionale, con DGR n. 521 del 6/09/2024 ha fissato il nuovo limite di spesa per il personale delle aziende ed enti del Servizio Sanitario di Basilicata per l'anno 2023 e seguenti, che per l'ASM di Matera è pari a euro 101.449.571,00 euro, al netto degli aumenti contrattuali e del costo del personale escluso di cui alla Circolare RGS n. 9 del 17.02.2006.

In assenza di nuove determinazioni regionali in ordine al tetto di spesa per il 2024, la programmazione dei fabbisogni per il triennio 2025-2027 viene predisposta assicurando il contenimento del costo complessivo del personale entro il limite di spesa fissato con la DGR n. 521 del 6/09/2024.

3.2.3 Il fabbisogno di personale 2025-2027

la nomina del Direttore Generale ed il suo insediamento (delibera n. 1050 del 9.11.2024), sono state definite le linee di indirizzo generale per la predisposizione del Piano Triennale del Fabbisogno di Personale 2025-2027 (PTFP 2025-2027), dando impulso alle procedure per il conferimento degli incarichi interni per le strutture complesse vacanti e imprimendo un'accelerazione alle attività di reclutamento di personale nei diversi profili sanitari da impiegare nelle strutture operative che presentano le maggiori criticità, con l'obiettivo di creare le condizioni per il ripristino dei livelli di attività pre- covid, a partire dalla riduzione delle liste di attesa e dal recuperare delle prestazioni non erogate durante la pandemia.

Le previsioni assunzionali per il 2025-2027, inoltre, si pongono l'obiettivo di superare il ricorso agli incarichi libero professionali che sebbene abbiano rappresentato un efficace strumento per fronteggiare nell'immediato la grave carenza di personale e le difficoltà di reclutamento riscontrate, non consentono di rafforzare in maniera strutturale e durevole le aree assistenziali storicamente carenti (Medicina d'emergenza urgenza, Anestesia e Rianimazione, Pediatria, Cardiologia, Ostetricia e Ginecologia, ecc.)

Le difficoltà nel reperire medici e personale sanitario e socio-sanitario, si ripercuotono sui fabbisogni assunzionali, che vanno a sommarsi a quelli legati al normale turnover per quiescenza o per cessazione, ovvero derivanti dalle procedure di mobilità di personale tra le diverse aziende.

Per il 2024, il saldo registrato nel rapporto nuove assunzioni/cessazioni ha determinato un incremento di personale all'interno dei diversi ruoli (1923 presenti stimati al 31.12.2024 contro i 1.871 del 31.12.2023).

Il personale stimato in servizio al 31.12.2024 è riportato nella tabella successiva:

PERSONALE IN SERVIZIO AL 31.12.2024	TI	T D	Totale
TOTALE RUOLO SANITARIO	1.344	48	1.392
TOTALE RUOLO SOCIO SANITARIO	259	3	262
TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO	171	13	184
TOTALE RUOLO PROFESSIONALE E TECNICO	82	3	85
TOTALE DIRIGENZA	367	36	403
TOTALE COMPARTO	1.489	31	1.520
TOTALE COMPLESSIVO PERSONALE DIPENDENTE	1.856	67	1.923

Per il 2025 si stimano cessazioni per 105 unità, di cui 48 a tempo indeterminato e 57 a tempo determinato, per la gran parte nel comparto sanitario. Tale dato, ovviamente, non tiene conto di eventuali cessazioni derivanti da procedure di mobilità, da cessazioni volontarie e da eventi non prevedibili in questa sede.

CESSAZIONI 2025	TI	T D	Totale
TOTALE RUOLO SANITARIO	34	38	72
TOTALE RUOLO SOCIO SANITARIO	9	3	12
TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO	4	13	17
TOTALE RUOLO PROFESSIONALE E TECNICO	1	3	4
TOTALE DIRIGENZA	22	26	48
TOTALE COMPARTO	26	31	57
TOTALE COMPLESSIVO PERSONALE DIPENDENTE	48	57	105

La previsione delle assunzioni per il 2025 è stata sviluppata quantificando i risparmi di spesa derivanti da dimissioni, pensionamenti e cessazioni, che concorrono a finanziare la spesa aggiuntiva derivante dalle procedure assunzionali che si prevede di realizzare, unitamente alle economie di spesa derivanti dalle mancate assunzioni previste per il 2024, che vengono riprogrammate per il 2025 anche alla luce delle procedure concorsuali in corso di espletamento.

ASSUNZIONI PROGRAMMATE PER IL 2025	TI	T D	Totale
------------------------------------	----	--------	--------

			Te ste
TOTALE RUOLO SANITARIO	198	0	19 8
TOTALE RUOLO SOCIO SANITARIO	20	0	20
TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO	38	0	38
TOTALE RUOLO PROFESSIONALE E TECNICO	14	0	14
TOTALE DIRIGENZA	133	0	13 3
TOTALE COMPARTO	136	0	13 6
TOTALE COMPLESSIVO PERSONALE DIPENDENTE	270		27 0

Per l'annualità 2025, le assunzioni programmate sono pari a 270 unità, dando priorità al reclutamento di medici e dirigenti sanitari anche in considerazione delle procedure avviate e non ancora concluse, con il preciso intento di rafforzare la capacità di erogare prestazioni sanitarie e assistenziali superando le criticità più volte evidenziate nel presente piano e con l'obiettivo di incidere in maniera significativa anche sulla mobilità passiva, determinata in questi anni anche dalla grave carenza di medici, personale sanitario professionale e di supporto.

Inoltre, l'Azienda intende proseguire nel contenimento delle assunzioni a tempo determinato e con contratti di lavoro flessibile entro i limiti fisiologici, determinate in passato per la gran parte dalla emergenza Covid e dalle situazioni di criticità in alcune specialità, favorendo invece l'acquisizione unità aggiuntive stabili attraverso le quali favorire il recupero a pieno regime delle attività.

Nelle tabelle successive viene riportato il dettaglio dei reclutamenti programmati nella Dirigenza Sanitaria per il 2025, compresa la indicazione degli incarichi di UOC che si intendono conferire.

Analogamente, per quanto concerne la dirigenza del ruolo PTA, il PTFP specificamente per il 2025 conferma la necessità del potenziamento delle figure dirigenziali e del restante personale del Comparto. A tal proposito l'Azienda, allo scopo di velocizzare al massimo il reperimento di risorse umane del ruolo tecnico e amministrativo e tenuto conto dei costi di indizione di nuove procedure e dei tempi necessariamente lunghi di espletamento degli stessi, riserva di impiegare a copertura del fabbisogno anche le graduatorie di concorsi e procedure –all'oggi in corso di svolgimento- che riverranno al termine delle rispettive selezioni, nonché ove indisponibili, graduatorie di altri PP.AA.

Assunzioni 2025	TI	TD	Totale Teste
DIRIGENZA RUOLO SANITARIO			
Direttore di Struttura Complessa Area Non Medica			
Direttore Farmacia	1		1
Dirigenza Sanitaria Non Medica			0
Dirigente Biologo	3		3
Dirigente Farmacista	6		6
Dirigente Fisico	1		1
Dirigente Psicologo	1		1
Dirigente P.S. Inferm. e Ostetriche	1		1
Dirigente distretto	2		2
TOTALE DIRIGENZA NON MEDICA	15		15
DIRIGENZA MEDICA - ODONTOIATRICA - VETERINARIA			
Direttore Medico di Struttura Complessa			
Anatomia Patologica	1		1
Centro Salute Mentale – CSM	1		1
Geriatria	1		1
Medicina Interna	1		1
Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	1		1
Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica	1		1
Medicina del Lavoro e Sicurezza sui Luoghi di Lavoro	1		1
Medicina Fisica e della riabilitazione	1		1
Neuropsichiatria Infantile	1		1
Oculistica	1		1
Otorinolaringoiatria	1		1
Pediatria e Neonatologia	1		1
Radiologia: Matera - Policoro	1		1
Servizio Immunotrasfusionale SIT	1		1
Spazio Psichiatrico di Diagnosi e Cura SPDC	1		1
Direzione Distretto: - Matera - Bradanica/Medio Basento – Collina Materana/Metapontino	2		2
Dirigenza medica			
Anatomia Istologica e Patologica	2		2
Anestesia e Rianimazione	1		1
Cardiologia - U.T.I.C.	6		6
Chirurgia Generale	2		2
Chirurgia Plastica	1		1
Chirurgia Vascolare	2		2
Cure Palliative	1		1
Dermatologia	1		1
Diabetologia	1		1
Direzione Medica di Presidio Ospedaliero	3		3
Ematologia	1		1
Endocrinologia	1		1
Farmacologia e Tossicologia Clinica - S.E.R.T.	1		1
Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva	2		2
Geriatria	3		3
Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	1		1
Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica (Igiene Medicina	5		5

Lungodegenza Medica	1		1
Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	10		10
Medicina Fisica e della Riabilitazione	2		2
Medicina Interna - Policoro	4		4
Medicina Nucleare	1		1
Nefrologia - Dialisi	2		2
Neurologia	1		1
Neuropsichiatria Infantile	1		1
Oculistica, Oftalmologia	3		3
Oncologia Medica	3		3
Organizzazione Servizi Sanitari di Base	1		1
Ortopedia	3		3
Ostetricia e Ginecologia	3		3
Pediatria e Neonatologia	4		4
Psichiatria	4		4
Radiodiagnostica	6		6
Reumatologia	1		1
Senologia Radiodiagnostica	1		1
Urologia	2		2
TOTALE DIRIGENZA MEDICA - ODONTOIATRICA E VETERINARIA	88	0	88
DIRIGENZA RUOLO AMMINISTRATIVO			
Direttore di Struttura Complessa Ruolo Amministrativo			
Direzione Gestione e Sviluppo Risorse Umane	1		1
Dirigenza Ruolo Amministrativo			
Dirigente Amministrativo	8		8
TOTALE DIRIGENZA RUOLO AMMINISTRATIVO	9		9
DIRIGENZA RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE			
Direttore di Struttura Complessa Ruolo Tecnico e Professionale			
SPILL - Prevenzione, Protezione e Impiantistica nei Luoghi di Lavoro	1		1
Dirigenza Ruolo Tecnico e Professionale			
Dirigente Avvocato	1		1
Dirigente Ingegnere Biomedico	1		1
Dirigente Ingegnere	2		2
Dirigente Informatico	1		1
TOTALE DIRIGENZA RUOLO TECNICO PROFESSIONALE	6	0	6
TOTALE DIRIGENZA	134		134

5.

Assunzioni 2025	TI	TD	Totale Teste
COMPARTO			
COMPARTO RUOLO SANITARIO			
AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE			
Infermiere	37		37
Ostetrica	20		20
Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	4		4
Tecnico audiometrista	1		1
Tecnico fisiopatologia cardiocirc.	2		2
Logopedista	3		3
Ortottista	1		1
Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	1		1
Tecnico riabilitazione psichiatrica	1		1
Fisioterapista	5		5
Educatore professionale	1		1
Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	2		2
Assistente sanitario	1		1
TOTALE COMPARTO RUOLO SANITARIO	79		79
COMPARTO RUOLO SOCIO SANITARIO			
Operatore sociosanitario	17		17

6.

Assistente sociale	3		3
TOTALE COMPARTO RUOLO SOCIO SANITARIO	20		20
COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO			
Coadiutore amm.vo	5		5
Assistente amministrativo	11		11
Collaboratore amministrativo- professionale	13		13
TOTALE COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO	29		29
COMPARTO RUOLO TECNICO			
Operatore tecnico specializzato	1		1
Assistente tecnico	1		1
Collaboratore tecnico professionale - Ingegnere	1		1
Collaboratore tecnico professionale senior- Ingegnere	5		5
TOTALE COMPARTO RUOLO TECNICO	8		8
TOTALE COMPLESSIVO COMPARTO	136	-	136

Con l'approvazione del nuovo CCNL del Comparto Sanità 2019-2021 del 2.11.2022 è stata compiuta in delegazione trattante la definizione della nuova contrattazione integrativa aziendale in materia di

conferimento degli incarichi di funzione. All'esito di tale attività si procederà, ove necessario, all'aggiornamento/adeguamento del PTFP 2025-2027.

3.2.4 Stabilizzazione Covid

La Legge di bilancio per 2022 (L. 30 dicembre 2021 n. 234) conteneva importanti novità in materia di stabilizzazione di parte dei precari della sanità, assunti nel corso dell'emergenza Covid.

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 ha permesso alle aziende del SSN, entro i limiti di spesa consentiti, la stabilizzazione del personale sanitario e socio sanitario utilizzato durante la fase emergenziale.

In considerazione della possibilità estesa anche al 2024 di procedere alle stabilizzazioni ex comma 268 e nel solco degli indirizzi regionali in materia, l'ASM, con la deliberazione n. 232 del 12.3.2024, ha indetto un Avviso pubblico di ricognizione (c.d. II^ stabilizzazione COVID) del personale del ruolo 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. Ove la stabilizzazione sia assentita anche nell'anno 2025, si procederà alla preliminare immissione in ruolo, nel rispetto del limite del 50% dell'accesso dall'esterno, del personale eventualmente presente nelle graduatorie di stabilizzazione.53.2.

3.2.5 Piano della Formazione

Il Piano della Formazione è uno degli strumenti aziendali dedicati alle politiche per lo sviluppo del personale che prevede specifiche attività necessarie a sostenere ed accrescere la professionalità e le competenze chiave dei professionisti.

Il rafforzamento delle competenze del personale pubblico costituisce uno dei principali strumenti per promuovere e implementare i processi di innovazione delle PA, rafforzare le competenze individuali dei singoli, in linea con gli standard europei e internazionali, e potenziare strutturalmente le amministrazioni pubbliche per innalzare l'efficienza e migliorare la qualità dei servizi erogati ai cittadini.

In tale direzione l'Azienda pone la formazione al centro dei propri processi di pianificazione e programmazione: tale attività deve essere necessariamente coordinata con i propri obiettivi programmatici e strategici di performance e deve trovare una piena integrazione nel ciclo della performance e con le politiche di reclutamento, valorizzazione e sviluppo delle risorse umane nella convinzione di quanto l'investimento sul capitale umano sia centrale per cogliere le sfide della transizione digitale e della sostenibilità ambientale lanciate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

La formazione e l'aggiornamento delle competenze rappresentano per l'ASM un'opportunità irrinunciabile per la motivazione e valorizzazione delle professionalità che vi operano, necessaria alla promozione dello sviluppo e della crescita dell'Azienda nel suo complesso e a livello individuale di singoli dipendenti, in linea con quanto previsto dal PNRR secondo cui: "Sulle persone si gioca il successo non solo del PNRR, ma di qualsiasi politica pubblica indirizzata a cittadini e imprese".

L'attenzione dell'Azienda alla risorsa umana come capitale discende dalla consapevolezza di quanto la qualità dell'assistenza sia connessa alla competenza, alla responsabilità e alle capacità delle persone di cooperare e di relazionarsi con coloro che richiedono servizi e prestazioni sanitarie.

In tale ottica, attraverso il Piano della Formazione la ASM intende prestare sempre maggiore attenzione alla gestione e allo sviluppo delle conoscenze e delle competenze al fine di consolidare, rafforzare e migliorare le competenze interne necessarie ad innalzare le performance e gli standard qualitativi erogati e a favorire il trasferimento e lo sviluppo di conoscenze e di buone pratiche ai propri professionisti.

La formazione diviene essenziale per garantire tale processo di sviluppo in un contesto in cui adeguate competenze professionali e relazionali saranno le leve dello sviluppo di un'organizzazione che possa garantire prestazioni efficienti ed appropriate.

Tale approccio è coerente con quanto evidenziato dal Ministro per la pubblica amministrazione con la Direttiva del 23 marzo 2023, avente per oggetto "Pianificazione della formazione e sviluppo delle competenze funzionali alla transizione digitale, ecologica e amministrativa promosse dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza". La Direttiva promuove lo sviluppo delle competenze trasversali dei dipendenti pubblici funzionali alla transizione digitale, ecologica e amministrativa fornendo indicazioni metodologiche e operative alle amministrazioni per la pianificazione, la gestione e la valutazione delle attività formative.

In linea con tali indicazioni, l'Azienda ritiene che la formazione costituisca un asset strategico fondamentale, quale principale leva per lo sviluppo e la crescita professionale del personale aziendale, che assume tanta più rilevanza in un contesto, quale quello sanitario, spiccatamente labour – intensive, fondato prevalentemente sulle risorse umane e sulla qualità dell'offerta.

3.2.5.1 Attività Ecm

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera è accreditata come Provider ECM Regionale presso la Regione Basilicata, con ID n. 3

Il sistema ECM (Educazione Continua in Medicina) è un sistema che comprende l'insieme organizzato e controllato di tutte quelle attività formative, sia teoriche che pratiche, promosse da provider autorizzati a livello nazionale o regionale con lo scopo di mantenere elevata e al passo con i tempi la professionalità degli operatori in sanità.

Il sistema ECM è lo strumento per garantire la formazione continua finalizzata a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali e a supportare i comportamenti dei professionisti sanitari, con l'obiettivo di assicurare efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale in favore dei cittadini.

Destinatari della Formazione Continua devono essere tutti i professionisti sanitari che direttamente operano nell'ambito della tutela della salute individuale e collettiva.

In altre parole, l'ECM è il processo attraverso il quale il professionista della salute si mantiene aggiornato per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio Sanitario e al proprio sviluppo professionale.

La formazione continua in medicina comprende l'acquisizione di nuove conoscenze, abilità e attitudini utili a una pratica competente ed esperta.

I professionisti sanitari hanno l'obbligo deontologico di mettere in pratica le nuove conoscenze e competenze per offrire un'assistenza qualitativamente utile.

Prendersi, quindi, cura dei propri pazienti con competenze aggiornate, senza conflitti di interesse, in modo da poter essere un buon professionista della sanità.

L'avvio del Programma nazionale di ECM nel 2002, in base al D. Lgs. 502/1992 integrato dal D. Lgs. 229/1999 che avevano istituito l'obbligo della formazione continua per i professionisti della sanità, ha rappresentato un forte messaggio nel mondo della sanità.

La nuova fase dell'ECM contiene molte novità e si presenta quale strumento per progettare un moderno approccio allo sviluppo e al monitoraggio delle competenze individuali.

La Conferenza Stato-Regioni ha approvato, il 2 febbraio 2017, il nuovo accordo sull'ECM dal titolo "La formazione continua nel settore salute", risultato del lavoro effettuato dalla Commissione nazionale per la formazione continua con tutti gli attori del sistema. Il nuovo testo, composto di 98 articoli, raccoglie e rende organiche le regole contenute nei precedenti accordi in materia di formazione continua, puntando ad elevare il livello di qualità della formazione erogata e a migliorare le performance del SSN, con l'intento di favorire una costante crescita culturale e professionale di ogni risorsa impegnata nel Sistema Salute.

Nello specifico, tra le novità introdotte dal suddetto accordo, oltre ai nuovi criteri per l'assegnazione dei crediti alla formazione ECM ed alla definizione del numero di crediti che costituiscono i nuovi obblighi formativi per tutti gli operatori del sistema, sono state individuate le possibili modalità di formazione, così come di seguito riportate:

1. formazione residenziale classica (res);
2. convegni, congressi, simposi e conferenze (res);
3. videoconferenza (res);
4. training individualizzato (fsc);
5. gruppi di miglioramento (fsc);
6. attività di ricerca (fsc);
7. fad con strumenti informatici / cartacei (fad);
8. e-learning (fad);
9. fad sincrona (fad);
10. formazione blended;
11. docenza, tutoring e altro.

Ad ognuna delle tipologie identificate corrispondono specifiche indicazioni per il calcolo dei crediti. Va sottolineato, tuttavia, che in alcune circostanze, e soprattutto nei progetti formativi più impegnativi, le diverse tipologie di formazione possono essere integrate tra loro, con alternanza, ad esempio, di momenti di formazione residenziale, fasi di training, di ricerca, etc. Alcuni progetti, di fatto, non sono più classificabili come esclusivamente residenziali o di FSC o di FAD e, per questo, si usa il termine blended (sistema "misto").

In questi casi occorre scomporre il progetto nelle varie componenti e sommare i crediti attribuibili a ciascuna tipologia formativa.

In merito al dossier formativo ECM degli operatori sanitari dell'ASM, allo stato attuale, esso viene desunto attraverso il software gestionale ECM in dotazione presso l'UOSD Formazione. Dal suddetto gestionale, tra l'altro, è possibile estrapolare lo "storico formativo ECM" di ciascun dipendente del ruolo sanitario, con riferimento ai corsi organizzati e gestiti dall'ASM nella sua qualità di Provider Regionale ECM e con possibilità di tracciare i relativi percorsi formativi individuali, a ritroso fino al 2014.

Resta in capo ad ogni singolo operatore sanitario l'onere di registrarsi con proprie credenziali sul sito del Cogepas (banca dati dell'Agenas), al fine di riscontrare il proprio storico formativo complessivo.

Obiettivi formativi

Gli obiettivi formativi di cui al fabbisogno formativo relativo agli operatori sanitari sono riconducibili ad almeno una delle seguenti macroaree: previste nell'Accordo Stato-Regioni del 2.2.2017 con cui è stato approvato il documento "La formazione continua nel settore Salute", unitamente all'allegato "criteri per l'assegnazione dei crediti alle attività ECM":

obiettivi tecnico-professionali:

trattasi di obiettivi relativi allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico professionali individuali nel settore specifico di attività, ossia medico-specialistiche e delle diverse professioni sanitarie.

obiettivi di processo:

trattasi di obiettivi relativi allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie, quali le competenze relative alla capacità di relazione, comunicazione e rapporti con i pazienti, con gli altri soggetti dell'organizzazione, con soggetti esterni, con i cittadini e con gruppi di lavoro.

- obiettivi di sistema:

trattasi di obiettivi relativi allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari.

3.2.5.2 Eventi formativi realizzati nel 2024

Di seguito si espongono i dati degli eventi formativi ECM svolti nel 2024:

NR.	PROGR.	ID Rif.	TITOLO DEL CORSO	EDIZIONI		DATA INIZIO	DATA FINE	DISCENTI	CREDITI ECM	ORE DI FORMAZ.
				Accreditate	Eseguite					
1	1	3-529	LA CORRETTA COMPILAZIONE E CODIFICA DELLE SDO	1	1	20/06/2024	20/06/2024	34	7	7
2	2	3-533	LE EMERGENZE IN NPI - LE URGENZE PSICHIATRICHE IN ETA' EVOLUTIVA: L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI E LA PRESA IN CARICO MULTIPROFESSIONALE	1	1	24/06/2024	24/06/2024	50	4,3	4
3	3	3-539	TRACHEOTOMIA E GESTIONE CANNULA ENDOTRACHEALE	1	1	05/10/2024	05/10/2024	120	8	17
4	4	3-541	LE SOCIAL SKILLS	1	1	28/10/2024	28/10/2024	18	3,3	3
5	5	3-542	CORSO DI INTRODUZIONE ALLA COMUNICAZIONE AUMENTATIVA ALTERNATIVA	1	1	04/11/2024	11/11/2024	20	10,6	10
6	6	3-546	PUNTO INFORMATIVO ASM MALATTIE RARE - TRA DIAGNOSI E PRESA IN CARICO	1	1	09/11/2024	09/11/2024	49	5	5
7	7	3-547	BUONE PRATICHE INCLUSIVE TRA SCUOLA E COMUNITA'	1	1	28/11/2024	28/11/2024	19	5,3	5
8	8	3-550	IL PROFILO CRIMINOLOGICO E PSICOPATOLOGICO DELL'AUTORE DI VIOLENZA DI GENERE	1	1	02/12/2024	02/12/2024	88	5	5
9	9	3-551	CORSO EPALS (EUROPEAN PAEDIATRIC LIFE SUPPORT) - ediz. 1	2	1	09/12/2024	10/12/2024	18	24,9	18
	10		CORSO EPALS (EUROPEAN PAEDIATRIC LIFE SUPPORT) - ediz. 2		1	12/12/2024	13/12/2024	19	24,9	18
10	11	3-554	LINEE GUIDA SULLA DIAGNOSI E SUL TRATTAMENTO DEL ADS IN BAMBINI E ADOLESCENTI	1	1	13/12/2024	13/12/2024	15	5,5	4
		TOTALE COMPLESSIVO						450		

Progetto Syllabus

L'Azienda nel 2023 ha aderito al progetto Syllabus realizzato dal Dipartimento della funzione pubblica nell'ambito del programma "Competenze digitali per la PA" allo scopo di promuovere lo sviluppo e il consolidamento delle competenze digitali comuni a tutti i dipendenti pubblici.

Tale modello prevede la definizione di un set di competenze minime richieste a ciascun dipendente pubblico, utilizzato come modello di riferimento per l'autovalutazione individuale e la fruizione di formazione mirata sui gap di competenze.

Al dipendente viene rilasciato un 'open badge' che riporta i corsi frequentati e i test superati; i dati complessivi saranno registrati in un 'fascicolo delle competenze', parte integrante del 'fascicolo del dipendente'.

A seguito della divulgazione dell'iniziativa Syllabus n. 1.929 dipendenti (n. 1.214 donne e n. 715 uomini) hanno aderito al progetto mediante l'abilitazione nell'ambito della piattaforma informatica. I candidati che hanno eseguito l'accesso alla piattaforma, a seguito del test iniziale di autovalutazione, hanno potuto partecipare ai percorsi formativi personalizzati composti da moduli di breve durata, progettati secondo metodologie evolute.

La Formazione del progetto Syllabus nel 2023 ha sviluppato i seguenti percorsi:

Transizione digitale:

Competenze digitali per la PA;

Cybersicurezza, sviluppare la consapevolezza nella PA.

Transizione ecologica: la trasformazione sostenibile per la Pubblica Amministrazione;

Transizione amministrativa:

il nuovo Codice dei Contratti Pubblici (D. Lgs. N. 36/2023);

Accountability per il governo aperto.

L'Azienda, attraverso il monitoraggio delle registrazioni al sistema e dei dati relativi all'inizio e alla conclusione dei percorsi formativi proposti dal sistema Syllabus, ha proseguito la propria attività di promozione e propulsione di tale importante progetto formativo.

Percorsi Syllabus 2024

Transizione digitale

Competenze digitali per la PA

Competenza	Abilitati	Registrazioni	Percorsi iniziati	Percorsi conclusi	Percorsi
Gestire dati, informazioni e contenuti digitali	1970	229 (11.62%)	75 (3.81%)	29 (1.47%)	0 (0%)

Competenza	Abilità	Registri	Percorsi iniziati	Percorsi conclusi	Percentuale
Produrre, valutare e gestire documenti informatici	1970	229 (11.62%)	19 (0.96%)	15 (0.76%)	0 (0%)
Conoscere gli Open Data	1970	229 (11.62%)	14 (0.71%)	10 (0.51%)	0 (0%)
Comunicare e condividere all'interno dell'amministrazione	1970	229 (11.62%)	12 (0.61%)	13 (0.66%)	0 (0%)
Comunicare e condividere con cittadini, imprese ed altre PA	1970	229 (11.62%)	17 (0.86%)	13 (0.66%)	0 (0%)
Proteggere i	19	229 (11.62%)	26 (1.16%)	19 (0.86%)	0 (0%)

Competenza	Abilitati	Registrati	Percorsi iniziati	Percorsi conclusi	Percorsi scaduti
dispositivi	70	62%)	32%)	96%)	%)
Proteggere i dati personali e la privacy	1970	229 (11.62%)	11 (0.56%)	14 (0.71%)	0 (0%)
Conoscere l'identità digitale	1970	229 (11.62%)	12 (0.61%)	12 (0.61%)	0 (0%)
Erogare servizi on-line	1970	229 (11.62%)	11 (0.56%)	11 (0.56%)	0 (0%)
Conoscere gli obiettivi della trasformazione digitale	1970	229 (11.62%)	13 (0.66%)	10 (0.51%)	0 (0%)
Conoscere le tecnologie emergenti per la trasform	1970	229 (11.62%)	10 (0.51%)	11 (0.56%)	0 (0%)

Competenza	Abilitati	Registrati	Percorsi iniziati	Percorsi conclusi	Percorsi scaduti
------------	-----------	------------	-------------------	-------------------	------------------

azione digitale

Totale

22
0

15
7

0

Transizione ecologica

La trasformazione sostenibile per gli Enti territoriali

Competenza	Abilitati	Registrati	Percorsi iniziati	Percorsi conclusi	Percorsi scaduti
------------	-----------	------------	-------------------	-------------------	------------------

Apri
de
tta
gli

Conoscere il ruolo degli Enti

1
9
7
0

22
9 (11.62%)

4
(0.20%)

1
(0.05%)

0
(0%)

Compe pete nza	A b i l i t a t i	Re gis tra ti	P e r c o r s i i n i z i a ti	P e r c o r s i c o n c l u s i	P e r c o r s i s c a d u t i
----------------------	---	------------------------	--	--	---

terri
tori
ali
per
la
trasf
orm
azio
ne
sost
enib
ile

Tota
le

4

1

0

Transizione ecologica

La trasformazione sostenibile per la Pubblica Amministrazione

Compe tenza	A b i l i t a t i	Regis trati	Pe rc or si ini zia ti	Pe rc or si co ncl usi	P e r c or si sc a d ut i
----------------	---	----------------	--	--	---

Conosc
ere il
ruolo
della

1
9
7
0

229 (11.6
2%)

9 (0.46
%)

1 (0.05
%)

0 (0%
)

Competenza	Abilitati	Registrati	Percorsi iniziati	Percorsi conclusi	Percorsi scaduti
------------	-----------	------------	-------------------	-------------------	------------------

Pubblica Amministrazione per la trasformazione e sostenibile

Totale

9

1

0

Transizione amministrativa

Il nuovo Codice dei contratti pubblici (d.lgs. 36/2023)

Competenza	Abilitati	Registrati	Percorsi iniziati	Percorsi conclusi
------------	-----------	------------	-------------------	-------------------

Conoscere i principi, la disciplina, le fasi e i soggetti delle procedure di affidamento dei contratti pubblici sulla base del nuovo Codice dei contratti pubblici (d.lgs. 36/2023)

1970

229 (11.62%)

36 (1.83%)

5 (0.25%)

Totale

36

5

Transizione digitale

Cybersicurezza: sviluppare la consapevolezza nella PA

Competenza	Abilitati	Registrati	Percorsi iniziati	Percorsi conclusi
Consapevolezza della Cybersecurity	1970	229 (11.62%)	5 (0.25%)	8 (0.41%)
Totale			5	8

Transizione amministrativa

Pratiche digitali di partecipazione per il governo aperto

Competenza	Abilitati	Registrati	Percorsi iniziati	Percorsi conclusi
Conoscere gli elementi essenziali di progettazione e promozione di iniziative di partecipazione pubblica	1970	229 (11.62%)	1 (0.05%)	2 (0.10%)
Totale			1	2

Transizione amministrativa

Accountability per il governo aperto

Competenza	Abilitati	Registrati	Percorsi iniziati	Percorsi conclusi
Conoscere il principio di trasparenza, la pratica della condivisione delle informazioni e le modalità di attuazione di iniziative di accountability nella Pubblica Amministrazione italiana	1970	229 (11.62%)	2 (0.10%)	3 (0.15%)

Competenza	Abilitati	Registrati	Percorsi iniziati	Percorsi conclusi
Totale			2	3

Transizione digitale

Qualità dei servizi digitali per il governo aperto

Competenza	Abilitati	Registrati	Percorsi iniziati	Percorsi conclusi
Conoscere gli elementi essenziali per la progettazione, realizzazione e valutazione dei servizi digitali	1970	229 (11.62%)	1 (0.05%)	1 (0.05%)
Totale			1	1

Principi e valori della PA

La strategia di prevenzione della corruzione e la trasparenza amministrativa

Competenza	Abilitati	Registrati	Percorsi iniziati	Percorsi conclusi
Conoscere le strategie per promuovere la trasparenza e combattere la corruzione	1970	229 (11.62%)	0 (0%)	6 (0.30%)

Principi e valori della PA

La cultura del rispetto

Competenza	Abilitati	Registrati	Percorsi iniziati	Percorsi conclusi
Accrescere la cultura del rispetto della persona e la valorizzazione delle diversità di genere, di ruolo e di professione	1970	229 (11.62%)	1 (0.05%)	1 (0.05%)

Valore PA

L'Azienda promuove l'adesione all'iniziativa formativa "Valore PA" assicurando ai propri dipendenti la possibilità di partecipare ad attività formativa finanziata dall'INPS mediante una procedura di selezione dei corsi universitari proposti da atenei italiani aderenti ai bisogni formativi del proprio personale.

L'ASM, nel corso del 2023, mediante un'attività di condivisione degli obiettivi formativi dell'iniziativa "Valore PA" con il proprio personale, ha intercettato le candidature dei dipendenti che potranno trarre i maggiori benefici dall'attività formativa proposta nell'ambito dell'iniziativa.

Nell'ambito dei progetti formativi promossi nel 2023 da "Valore PA" l'Azienda ha candidato oltre 20 partecipanti che hanno svolto i corsi durante il 2024.

La formazione "Valore PA" ha l'obiettivo di generare un "valore" per il sistema ed ha ad oggetto ambiti definiti in base ai bisogni formativi espressi dall'amministrazione.

Il modello formativo punta a:

- rafforzare la rete tra le pubbliche amministrazioni con centri multi-stakeholder nell'erogazione di servizi di welfare, capaci di impiegare al meglio le risorse finanziarie e organizzative;
- semplificare le modalità di accesso alle prestazioni;
- applicare criteri di equità e trasparenza.

Le iniziative formative sono di complessità media (primo livello), svolte con lezioni in presenza, e di alta formazione (secondo livello), che prevede lezioni in presenza o corsi realizzati con la metodologia learning by doing. In quest'ultimo caso, l'alta formazione è realizzata contribuendo alla progettazione di un modello di gestione innovativo di servizi pubblici svolto in collaborazione tra pubbliche amministrazioni.

La didattica applicata attraverso attività di progetto sul campo e prove pratiche di verifica ha l'obiettivo di sviluppare:

- conoscenze;
- comportamenti professionali;
- capacità di utilizzo degli strumenti.

I partecipanti al corso possono formulare, prima dell'inizio del corso e con le modalità indicate dall'Ateneo, quesiti sugli argomenti trattati che saranno poi oggetto di approfondimento durante il percorso formativo. Inoltre i docenti assicurano ai partecipanti consulenza e risposte agli eventuali quesiti sui temi affrontati, affiancandoli costantemente nel percorso formativo.

Di seguito si indicano i percorsi formativi di Valore PA svolti dall'Università degli Studi di Basilicata nel corso del 2024:

Regione	Tematica	Livello	Titolo	Ateneo	Provincia proposta corso	Ore Corso	Corso Online	Dipendenti iscritti
BASILICATA	Comunicazione efficace: utilizzo dei nuovi mezzi di comunicazione pubblica con i cittadini attraverso un approccio innovativo. Regole e strumenti per comunicare attraverso i social - Ascolto efficace, organizzazione delle informazioni (primo livello)	1	Trasparenza, condivisione e soft power. L'uso consapevole dei social media nella P.A. per la comunicazione efficace	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELLA BASILICATA	PZ	60	SI	5
BASILICATA	Gestione della contabilità pubblica Servizi fiscali e finanziari. Il controllo e la valutazione delle spese pubbliche (secondo livello - B)	3	La contabilità pubblica in un'ottica gestionale: nuove sfide nel monitoraggio e nella comunicazione pubblica dei risultati finanziari e non finanziari	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELLA BASILICATA	PZ	80	SI	3
BASILICATA	Personale, organizzazione e riforma della Pubblica Amministrazione - Pianificazione, misurazione e valutazione della performance (primo livello)	1	Il PIAO strumento di gestione manageriale della PA: dalla pianificazione strategica alla programmazione integrata per la creazione del Valore Pubblico	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELLA BASILICATA	PZ	50	NO	6
BASILICATA	Produzione, gestione e conservazione dei documenti digitali e/o digitalizzati - sviluppo delle banche dati di interesse nazionale - sistemi di autenticazione in rete - Big data management (secondo livello - A)	2	ALIANO – Avanzamenti della PA nella Logistica dei documenti digitali presso le banche dati di interesse Nazionale: autenticazione e management.	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELLA BASILICATA	PZ	60	NO	4
BASILICATA	Progettazione di modelli di servizio, innovazione, analisi e revisione dei processi di lavoro per il miglioramento dei servizi all'utenza - Qualità del servizio pubblico (secondo livello - A)	2	I sistemi di assicurazione della qualità nella pianificazione, organizzazione, misurazione e valutazione delle performance nella Pubblica Amministrazione	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELLA BASILICATA	PZ	50	NO	4

A seguire le attività programmate per il 2025

Regione	Tematica	Livello	Titolo	Ateneo	Provincia proposta corso	Ore corso	Dipendenti iscritti
BASILICATA	La transazione digitale nella P.A.: Novità, scadenze e obblighi. Il Pnrr ed il Piano per l'informatica	I LIVELLO	Bradano - Bisogni e prospettive nella realizzazione della transizione digitale nella P.A. attraverso il PNRR	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELLA BASILICATA	PZ	60	4
BASILICATA	Personale, organizzazione e riforma della Pubblica Amministrazione - Pianificazione, misurazione e valutazione della performance	I LIVELLO	Il PIAO strumento di gestione manageriale della PA: dalla pianificazione strategica alla programmazione integrata per la creazione del valore pubblico	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELLA BASILICATA	PZ	60	5
BASILICATA	Lavoro in gruppo e sviluppo delle capacità di comunicare ed utilizzare gli strumenti digitali che favoriscano la condivisione del lavoro anche a distanza - Gestione delle relazioni e dei conflitti	I LIVELLO	Basento: buone pratiche nello sviluppo e nella gestione delle relazioni a distanza durante l'uso di strumenti digitali di condivisione e di lavoro a distanza	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELLA BASILICATA	PZ	50	6
BASILICATA	Produzione, gestione e conservazione dei documenti digitali e/o digitalizzati - sviluppo delle banche dati di interesse nazionale - sistemi di autenticazione in rete - Big Data Management	II LIVELLO A	AGRI - Archiviazione e gestione dei documenti digitali in rete nello sviluppo delle banche dati su internet	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELLA BASILICATA	PZ	60	5
BASILICATA	Progettazione e gestione dei fondi europei - Tecniche per realizzare iniziative innovative e di successo al supporto dello sviluppo - Sviluppo sostenibile e transizione ecologica	II LIVELLO A	PROTED - Progettazione e gestione dei fondi europei per lo sviluppo sostenibile e la transizione ecologica e digitale	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELLA BASILICATA	PZ	60	6
BASILICATA	Gestione della contabilità pubblica. Servizi fiscali e finanziari. Il controllo e la valutazione delle spese pubbliche	II LIVELLO B	Governance pubblica: strumenti di monitoraggio e comunicazione efficace	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELLA BASILICATA	PZ	80	6

PNRR Riforma 1.15 - “Dotare le pubbliche amministrazioni di un sistema unico di contabilità economico-patrimoniale accrual”.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza prevede, tra le riforme abilitanti, la Riforma 1.15 “Dotare le pubbliche amministrazioni di un sistema unico di contabilità economico-patrimoniale accrual”. In linea con il percorso delineato a livello internazionale ed europeo per la definizione di principi e standard contabili nelle pubbliche amministrazioni (IPSAS/EPAS), e in attuazione della Direttiva 2011/85/UE del Consiglio, la Riforma 1.15 è volta a implementare un sistema di contabilità basato sul principio accrual unico per il settore pubblico.

Le attività realizzate con la Riforma puntano, tra l’altro, a introdurre una serie di importanti strumenti, unici per tutte le pubbliche amministrazioni italiane, tra cui:

- un quadro concettuale, inteso come la struttura concettuale di riferimento che si colloca a monte dell’intero impianto contabile;
- un corpus di standard contabili, per ridurre le discordanze tra i diversi sistemi contabili attualmente in uso nelle pubbliche amministrazioni italiane;
- un nuovo piano dei conti multidimensionale, in linea con le migliori pratiche internazionali.

A tal riguardo, il Decreto-legge 6 novembre 2021, n. 152, convertito, con modificazioni, dalla Legge 29 dicembre 2021, n. 233, ha affidato l’attuazione della predetta riforma alla Struttura di Governance, già istituita con la Determina del Ragioniere Generale dello Stato n. 35518 del 5 marzo 2020 presso il Dipartimento della RGS.

Nel quadro delle attività dedicate all’attuazione della predetta Riforma è previsto un percorso formativo rivolto agli enti e alle pubbliche amministrazioni con la messa a disposizione di informazioni e documentazione relative alla Riforma 1.15, e di un portale dedicato con specifici percorsi formativi on-line per il personale addetto alla contabilità.

L’Azienda Sanitaria Locale di Matera ha aderito al progetto ed ha curato l’iscrizione di n. 13 partecipanti.

Formazione obbligatoria

L’Azienda nel 2024 ha curato la formazione obbligatoria.

In materia di Trasparenza e Anticorruzione sono stati erogati 4 eventi formativi in modalità fad sincrona ed asincrona, per un totale di 477 partecipanti (valore provvisorio, data la possibilità di

fruizione entro il 31/01/2025). A seguito di gara, anche per gli anni 2025 e 2026 sono previsti 4 incontri formativi annuali

L'ASM ha, inoltre, svolto 5 edizioni del corso sulla Sicurezza dei Lavoratori ex D. Lgs. 81/2008, per un totale di n. 135 partecipanti.

Altre attività formative

Nel corso del 2024, inoltre, sono stati autorizzati n. 10 corsi fuori sede per n. 15 dipendenti, oltre a n. 17 iniziative formative on – line per un totale di n. 33 dipendenti.

Si è svolto un corso in sede sulla gestione degli affidamenti nel nuovo codice dei contratti pubblici, per n. 46 partecipanti.

Nel corso del 2024 l'ASM ha infine patrocinato 34 attività ed eventi formativi organizzati da ordini professionali, associazioni, società scientifiche, istituti medici, associazioni di promozione sociale.

3.2.5.3 Pianificazione attività formativa

Nella programmazione degli interventi formativi si è tenuto conto dei bisogni formativi evidenziati dai Dipartimenti aziendali, rilevati a seguito di un'attività di ricognizione avviata dalla U.O.S.D. Programmazione e Controllo di Gestione - Centro di Controllo Strategico – Formazione, E.C.M. e Tirocini.

La definizione degli obiettivi formativi, a partire dalla identificazione dei bisogni formativi, consente di rispondere alle istanze dei dipendenti, permettendo loro di essere efficaci nella propria prestazione lavorativa, tramite la costruzione di un modello di competenze che tiene conto delle caratteristiche dei contesti di riferimento e della necessità di garantire risposte qualificate alla domanda di servizi sanitari.

La capacità di un'Azienda Sanitaria di attuare la propria mission in termini di soddisfacimento dei bisogni di salute della propria popolazione passa attraverso il perseguimento di una politica di promozione e di orientamento allo sviluppo professionale del proprio personale, in termini di conoscenza, capacità, consapevolezza e disponibilità ad assumere responsabilità. Funzionale a tale scopo è la programmazione delle attività formative che deve saper coniugare le esigenze formative tese allo sviluppo professionale individuale con le esigenze strategiche aziendali.

In tal senso, il Piano Formativo Aziendale costituisce lo strumento cardine di programmazione annuale delle attività formative dell'Azienda, in quanto valorizza la formazione in funzione degli obiettivi strategici, del modello organizzativo aziendale e delle esigenze collettive ed individuali del personale, con le finalità di integrare la programmazione formativa con gli indirizzi strategici e gestionali aziendali e pianificare la formazione in conformità ai processi di innovazione tecnologica e clinico – organizzativa.

In tale ottica, gli obiettivi formativi sono stati individuati tenendo conto di:

Indirizzi nazionali e regionali;

Indirizzi strategici della Direzione generale;

Fabbisogni individuati dalle strutture organizzative (Dipartimenti e Unità Operative);

Vincoli di natura normativa e/o contrattuale.

Obiettivi ECM nazionali

Si riportano di seguito gli obiettivi ECM nazionali:

1. Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP);
2. Linee guida - protocolli - procedure;

3. Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura;
4. Appropriatelyzza delle prestazioni sanitarie, sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia. Livelli essenziali di assistenza (LEA);
5. Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie;
6. Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale;
7. La comunicazione efficace interna, esterna, con paziente. La privacy ed il consenso informato;
8. Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale;
9. Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera;
10. Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni tecnico-professionali;
11. Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali;
12. Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure;
13. Metodologia e tecniche di comunicazione, anche in relazione allo sviluppo dei programmi nazionali e regionali di prevenzione primaria;
14. Accreditoamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità, procedure e certificazioni, con acquisizione di nozioni di processo;
15. Multiculturalità e cultura dell'accoglienza nell'attività sanitaria, medicina relativa alle popolazioni migranti;
16. Etica, bioetica e deontologia;
17. Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del S.S.N. e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni di sistema;
18. Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la medicina di genere;
19. Medicine non convenzionali: valutazione dell'efficacia in ragione degli esiti e degli ambiti di complementarietà;
20. Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni tecnico-professionali;
21. Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione;
22. Fragilità e cronicità (minori, anziani, dipendenze da stupefacenti, alcool e ludopatia, salute mentale), nuove povertà, tutela degli aspetti assistenziali, sociosanitari, e socio-assistenziali;
23. Sicurezza e igiene alimentari, nutrizione e/o patologie correlate;
24. Sanità veterinaria. Attività presso gli stabulari. Sanità vegetale;
25. Farmaco epidemiologia, farmacoeconomia, farmacovigilanza;
26. Sicurezza e igiene ambientali (aria, acqua e suolo) e/o patologie correlate;
27. Sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate. Radioprotezione;
28. Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione trapianto;
29. Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche, chimiche, fisiche e dei dispositivi medici. Health Technology Assessment;
30. Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni di processo;
31. Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni di sistema;
32. Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di processo.

33. Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di sistema.

34. Accreditoamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità, procedure e certificazioni, con acquisizione di nozioni tecnico-professionali;

35. Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del S.S.N. e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni tecnico-professionali;

36. Valutazione, analisi, studio, caratterizzazione identificazione di: agenti, sostanze, preparati, materiali ed articoli e loro interazione con la salute e la sicurezza;

37. Metodologie, tecniche e procedimenti di misura e indagini analitiche, diagnostiche e di screening, anche in ambito ambientale, del territorio e del patrimonio artistico e culturale. Raccolta, processamento ed elaborazione dei dati e dell'informazione;

38. Verifiche ed accertamenti nei porti e sulle navi anche ai fini della sicurezza; valutazioni ed analisi di esplosivi, combustibili, acceleranti e loro tracce; gestione delle emergenze e degli incidenti rilevanti.

Di seguito gli eventi formativi proposti da alcuni Direttori di Dipartimento e/o di UU.OO. :

PROPONENTE	TEMATICA	DESTINATARI	EDIZIONI	DOCENTI
DIPARTIMENTO EMERGENZA ACCETTAZIONE	ALS (ADVANCED LIFE SUPPORT)	MEDICI - INFERMIERI	2	E
	BLSD (BASIC LIFE SUPPORT AND DEFIBRILLATION)	MEDICI - INFERMIERI - OSS	2	E/I
	PALS (PEDIATRIC ADVANCED LIFE SUPPORT)	MEDICI - INFERMIERI	2	E
	ATLS (ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT)	MEDICI - INFERMIERI	2	E
	CORSO SUTURE	MEDICI - INFERMIERI	2	E/I
	GESTIONE MAXIEMERGENZE	MEDICI - INFERMIERI - OSS	3 x 2 corsi	E/I
	INCONTRI / SEMINARI SU CASI CLINICI PER VALUTARE L'ADESIONE ALLE EBP, REVISIONARE O ELABORARE PROTOCOLLI SPECIFICI	MEDICI - INFERMIERI - OSS	2 x argome nto	E/I
	CORSO ETS (ETICAL LIFE SUPPORT)	MEDICI - INFERMIERI - OSS	2	E/I
	CORSO COMUNICAZIONE DIFFICILE	MEDICI - INFERMIERI - OSS	2	E
	CORSO ACCESSI VENOSI ECOGUIDATI	MEDICI - INFERMIERI	2	E
	CORSO ECOGRAFIA INFERMIERISTICA E TORACICA	MEDICI - INFERMIERI	2	E
	CORSO OMICIDIO STRADALE: PERCORSO E SIMULAZIONE	MEDICI	2	I
	CORSO STROKE: PERCORSO E SIMULAZIONE	MEDICI	2	I
	CORSO TEORICO PRATICO DRENAGGI TORACICI	MEDICI	2	E
	CORSO DI INGLESE	MEDICI	2	E
	CORSO TRIAGE	INFERMIERI	2	E
	CORSO ECOGRAFIA TORACICA	MEDICI	2	E

U.O.C. UROLOGIA P.O. MATERA	OBIETTIVI FOMATIVI DI PROCESSO - APPROPRIATEZZA DELLA PRESTAZIONI SANITARIE	MEDICI E COMPARTO	2	E/I
	OBIETTIVI FORMATIVI DI SISTEMA - SICUREZZA DEL PAZIENTE-RISK MANAGEMENT-RESPONSABILITA' PROFESSORALE	MEDICI E COMPARTO	2	E/I
U.O.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	APPROCCIO ABA: CORSO BASE	PERSONALE NPI (MEDICI, PSICOLOGI, INFERMIERI, LOGOPEDISTI, TNPEE, EDUCATORI, FISIOTERAPISTI, TECNICI NFP)	1	E
	SELETTIVITA' ALIMENTARE		1	E
	PROMPT E DISPRASSIA VERBALE		1	E
	ICF		1	I/E
	RECUPERO MORFOSINTATTICO E LESSICALE		1	E
	LABORATORI CAA		1	I
	MINORI IN CONDIZIONI DI CRITICITA' FAMILIARE		1	E
	IL MINORE AUTORE DI REATO / MESSO ALLA PROVA		1	E
	CLASSIFICAZIONE DIAGNOSTICA DELLA SALUTE MENTALE E DEI DISTURBI DI SVILUPPO NELL'INFANZIA		1	E
	LA VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI ESECUTIVE IN ETA' PRE-SCOLARE		1	E
	DISTURBI DEL MOVIMENTO: VALUTAZIONE E INDICAZIONI PER GLI AUSILI		1	E
	LA VALUTAZIONE DEL BAMBINO NEI PRIMI TRE ANNI DI VITA		1	E
	LA VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI VISIVE E PROPOSTE DI TRATTAMENTO		1	E
	PSICOFARMACOLOGIA IN ETA' EVOLUTIVA		1	E
	INQUADRAMENTO PEDIATRICO E BILANCIO DI SALUTE		1	E

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DELLA SANITA' UMANA	CORSO DI FORMAZIONE PER MICOLOGI (DA EFFETTUARE PRESSO UNIVERSITA' ESTERNE)	TECNICI DELLA PREVENZIONE	1	E
	CORSO DI FORMAZIONE PER LE MALATTIE TRASMESSE DA ALIMENTI	MEDICI (IGIENE ALIMENTI/NUTRIZ) - TECNICI DELLA PREVENZIONE	1	E
	CAMPIONAMENTO UFFICIALE AI SENSI DEL D. LGS. 27/2021 (MOCA-OGM-FITOSANITARI-CONTAMINANTI) - RADIAZIONI IONIZZANTI - INTERPRETAZIONE DATI ANALITICI	MEDICI (IGIENE ALIMENTI/NUTRIZ) - TECNICI DELLA PREVENZIONE	1	E
	ORGANIZZAZIONE DEI CONTROLLI UFFICIALI NELLA FILIERA AGROALIMENTARE IN APPLICAZIONE DEL REGOLAMENTO UE 2017/625	MEDICI (IGIENE ALIMENTI/NUTRIZ) - TECNICI DELLA PREVENZIONE	1	E
	MALATTIE INFETTIVE TROPICALI E PROFILASSI VACCINALE	MEDICI E INFERMIERI IGIENE E SANITA' PUBBLICA	1	E
	GESTIONE DEL PIANO DI SICUREZZA ACQUE DESTINATE AL CONSUMO UMANO	MEDICI - TECNICI DELLA PREVENZIONE	1	E
	CORSO DI FORMAZIONE AUDITOR I° E II° LIVELLO - NORMA UNI EN ISO 9000	MEDICI - TECNICI DELLA PREVENZIONE	2	E
	PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO LEGIONELLOSI	MEDICI - TECNICI DELLA PREVENZIONE	1	E
	GESTIONE DELLE CALAMITA' E DELLE EMERGENZE AMBIENTALI E SANITARIE	MEDICI - TECNICI DELLA PREVENZIONE	1	E
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE SANITA' E BENESSERE ANIMALE	GESTIONE E CONTROLLO DELLE PRINCIPALI MALATTIE DELLA API: AGGIORNAMENTI EPIDEMIOLOGICI, DIAGNOSTICI E NORMATIVI	DIRIGENTI E SPECIALISTI VETERINARI AREA A	1	I
	REGOLAMENTO UE 2016/429 - NUOVA NORMATIVA EUROPEA IN MATERIA DI MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI	DIRIGENTI E SPECIALISTI VETERINARI AREA A	1	E
	MODALITA' DI CAMPIONAMENTO DEI MANGIMI E DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	DIRIG. E SPECIALISTI VETERINARI AREA B/C - TECNICI DELLA PREVENZIONE	1	E
	ORGANIZZAZIONE DEI CONTROLLI UFFICIALI NELLA FILIERA AGROALIMENTARE IN APPLICAZIONE DEL REGOLAMENTO UE 2017/625	DIRIG. E SPECIALISTI VETERINARI AREA A/B/C - TECNICI DELLA PREVENZIONE	1	E
	ANTIBIOTICO RESISTENZA, GESTIONE DEL FARMACO VETERINARIO E RICETTA INFORMATIZZATA, CLASSIFARM	DIRIGENTI VETERINARI AREA C	1	E
	INTERVENTI ASSISTITI CON ANIMALI (IAA)	DIRIGENTI VETERINARI AREA A/C	1	E
	CORSO DI FORMAZIONE AUDITOR I° E II° LIVELLO - NORMA UNI EN ISO 9000	DIRIG. E SPECIALISTI VETERINARI AREA A/B/C - TECNICI DELLA PREVENZIONE	2	E
	IL PROCEDIMENTO AMMINISTRATIVO E RELATIVE RESPONSABILITA'-REDAZ. ATTI AMM/VI- PROCESSO VERBALE CON PARTIC. RIFER. ALLE SANZIONI AMM/VE	TUTTO IL PERSONALE DIPARTIMENTALE	1	E
	CORSO DI LINGUA INGLESE	TUTTO IL PERSONALE DIPARTIMENTALE	1	I

U.O.C. OTORINOLARINGOIATRIA MATERA	I LEMBI RICOSTRUTTIVI E LA CHIRURGIA DEL DISTRETTO TESTA COLLO - 7° CORSO SU CADAVERE	MEDICI	1	E
	CHIRURGIA DEL MASSICCIO FACCIALE, CAVO ORALE E LEMBI RICOSTRUTTIVI	MEDICI	1	E
U.O.C SPDC POLICORO	RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE E AFFETTIVITA'	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	2	I/E
	TECNICHE RIABILITATIVE COGNITIVO-COMPORTAMENTALI	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	2	I/E
	DISTURBI ANSIOSI E DEPRESSIVI	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	2	I/E
	RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE E PSICOPATOLOGIA	MEDICI - INFERMIERI - TECN. RIABILIT. PSICHIATRICA	2	I/E
	REMS	MEDICI - INFERMIERI - PSICOLOGI - COMPARTO	2	I/E
	SVILUPPO TRAUMATICO E SALUTE MENTALE	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	2	I/E
	TSO E ASO	MEDICI - PSICOLOGI - INFERMIERI	2	I/E
	CARTELLA CLINICA - POSIZIONI DI GARANZIA	MEDICI - PSICOLOGI - INFERMIERI	2	I/E

Nel corso del 2024, inoltre, a seguito dell'affidamento del servizio di organizzazione e gestione dell'attività formativa da parte della Stazione Unica Appaltante – Regione Basilicata è stato avviato il piano formativo sulle infezioni ospedaliere, finanziato nell'ambito della Missione 6 del PNRR, Componente 2, Investimento 2.2 Sub Investimento 2.2 (b).

Il piano formativo prevedeva il coinvolgimento di 258 dirigenti medici, 651 infermieri e 171 altre figure professionali attive nell'erogazione di servizi sanitari (O.S.S.), per un totale di n. 1.080 destinatari.

Nel corso del 2024 hanno completato il percorso 468 professionisti. Le attività proseguiranno nel corso del 2025.

L'Azienda, in linea con quanto rappresentato, presta particolare attenzione a tutte le iniziative e interventi formativi promossi dal Dipartimento della funzione pubblica e rivolti alle amministrazioni e ai loro dipendenti per il rafforzamento delle competenze di base e professionalizzanti, a supporto dei processi di innovazione e di transizione digitale, ecologica e amministrativa e si riserva di promuovere ulteriori attività, anche non rientranti nel presente piano della formazione, al fine di assicurare sopravvenute esigenze formative.

3.2.5.4 Strumenti e Metodologie

Il fabbisogno formativo riflette l'analisi del contesto, la programmazione degli obiettivi aziendali e i bisogni formativi rilevati dai Direttori dei Dipartimenti e dai Direttori/Dirigenti delle UU.OO., dal CUG e dal Servizio delle Professioni Sanitarie, in coerenza con le funzioni e le attività espletate, al fine di perseguire il miglioramento continuo nell'erogazione delle prestazioni ai cittadini.

La formazione esterna da effettuare presso altre strutture non è ritenuta la modalità ordinaria di erogazione di attività formativa, in particolare si ritiene che:

- l'aggiornamento extraaziendale (specialistico, sul campo) viene autorizzato nei casi in cui non è possibile e conveniente attivare processi formativi in sede;
- la partecipazione a master e corsi di perfezionamento non può assolutamente essere autorizzata con costi a carico dell'Azienda, a meno che la Direzione Strategica rilevi la necessità di far acquisire a qualche dipendente nuove e diverse competenze utili alla stessa Azienda;
- la partecipazione ad attività di tipo convegnistico e congressuale extraaziendale con oneri a carico dell'Azienda potrà essere autorizzata esclusivamente dalla Direzione Strategica e solo in caso di comprovata validità e motivazioni che saranno valutate di volta in volta.

Le macro aree entro cui si collocano le attività previste nel Piano della Formazione Aziendale sono finalizzate a:

- Miglioramento della qualità dei percorsi clinico-assistenziali;
- Prevenzione del rischio attraverso una formazione diffusa tra gli operatori;
- Formazione sulla responsabilità professionale degli operatori e sulla responsabilità derivante dalla funzione/posizione;
- Formazione finalizzata al miglioramento del clima lavorativo/organizzativo;
- Sviluppo delle conoscenze e delle competenze tecnico-professionali individuali nel settore specifico di attività;
- Aggiornamento sulle normative specifiche inerenti alle attività delle singole UU.OO.;
- Formazione e informazione obbligatoria.

Il Piano Formativo Aziendale potrà essere integrato, nel corso dell'anno, in base a nuove esigenze espresse anche da Ordini Professionali, OO.SS. e/o da direttive aziendali, regionali e nazionali ritenute prioritarie dalla Direzione Aziendale.

3.2.5.4 Formazione Obbligatoria

Accanto alle attività formative programmate al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi generali e specifici della programmazione sanitaria nazionale, regionale e aziendale, ve ne sono altre, collegate a specifiche attività, che sono previste espressamente da disposizioni di legge.

In tale ambito, il quadro normativo più articolato è senza dubbio quello previsto dal D. Lgs. n. 81/2008 in materia di sicurezza sul lavoro.

L'Azienda deve altresì garantire la formazione obbligatoria in materia di gestione e trattamento dei dati personali e particolari (D. Lgs. n. 196/2003 e GDPR).

Va, inoltre, assicurato che gli adempimenti previsti per l'applicazione della Legge 190/2012 in materia di "prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione" siano realizzati, al fine di individuare tutti gli interventi idonei a prevenire i rischi specifici di corruzione e di illegalità, così come la formazione inerente agli obblighi della privacy e trasparenza nella PA.

È inoltre prevista per il personale addetto ai controlli ufficiali e alle altre attività ufficiali, una regolare formazione sulla legislazione da applicare, in relazione all'ambito di competenza professionale, oltre che in merito agli obblighi derivanti dal Regolamento EU 2017/625.

Si fornisce di seguito il dettaglio del fabbisogno formativo programmato in risposta ai citati obblighi normativi:

PROPONENTE	TEMATICA	DESTINATARI	EDIZIONI	DOCENTI
U.O.S.D. SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	CORSO DI FORMAZIONE SICUREZZA PER "LAVORATORI" (16 ORE - RISCHIO ALTO)	PERSONALE INTERESSATO	12	E
	CORSO DI FORMAZIONE PER "PREPOSTI" (8 ORE - RISCHIO ALTO)	PERSONALE INTERESSATO	1	E
	CORSO DI FORMAZIONE PER "DIRIGENTI" (16 ORE - RISCHIO ALTO)	PERSONALE INTERESSATO	1	E
	CORSO DI AGGIORNAMENTO ANNUALE PER R.L.S.	PERSONALE INTERESSATO	1	E
U.O.S.D. URP - COMUNICAZIONE - UFFICIO STAMPA - PRIVACY	AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE IN MATERIA DI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	TUTTO IL PERSONALE - DIRIGENTI AREE A RISCHIO CORRUZ./ RPCT ESTAFF RPCT	1	E
	NORMATIVA IN MATERIA DI PRIVACY - TRATTAMENTO PROTEZIONE DATI PERSONALI	PERSONALE UFFICIO PRIVACY	1	E
	COMUNICAZIONE INTERNA ED ESTERNA	Tutto il personale - Ufficio Privacy ASM	1	E

3.2.5.6 La Valutazione

Gli strumenti e i processi di verifica e monitoraggio della qualità dell'offerta formativa sono strumenti indispensabili per garantire che gli investimenti risultino coerenti ed efficaci nel favorire il raggiungimento sia degli obiettivi del sistema formativo sia quelli del sistema aziendale.

Monitorare la qualità dell'offerta permette di verificare il rapporto tra bisogni espressi e risultati rappresentati dalle ricadute professionali organizzative osservabili post formazione.

La valutazione viene attuata sui seguenti livelli:

- Il gradimento;
- L'apprendimento;
- La verifica dei risultati attraverso i feedback dei Responsabili.

Tale valutazione è ritenuta di fondamentale importanza al fine di migliorare la risposta ai bisogni formativi del personale e, in caso di formazione ECM, essa viene rilevata attraverso schede di valutazione della qualità percepita sottoscritte dai partecipanti al termine dell'iniziativa formativa.

3.3 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

3.3.1. Premessa

Il presente documento disciplina il lavoro agile quale modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato, in applicazione di quanto previsto dalle disposizioni di legge, dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro e dalle fonti normative ministeriali, allo scopo di migliorare la competitività aziendale, la produttività e la qualità dei servizi, nonché di conciliare nei casi previsti le esigenze delle lavoratrici e dei lavoratori con le esigenze organizzative dell'ASM.

3.3.2. Il lavoro agile

Il Lavoro Agile è una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato, stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro. La prestazione lavorativa è eseguita in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa e predefinita, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

Lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile non costituisce una variazione della stessa, non modifica in alcun modo il rapporto di lavoro quanto ad inquadramento, profilo e mansioni, non modifica la sede di lavoro di assegnazione, così come non incide sull'orario di lavoro contrattualmente previsto, né

modifica il potere direttivo e disciplinare del datore di lavoro e non discrimina ai fini del riconoscimento di professionalità e delle progressioni di carriera professionalmente previste (orizzontali e verticali).

Nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile il comportamento del dipendente dovrà essere sempre improntato a principi di correttezza e buona fede e la prestazione dovrà essere svolta sulla base di quanto previsto dai CCNL vigenti e di quanto indicato nel Codice di comportamento dell'Azienda Sanitaria di Matera.

3.3.3. Accesso al lavoro agile – Condizionalità

L'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria, è consentita nei casi previsti a tutti i lavoratori ASM, a tempo indeterminato o determinato, full time o part time, la cui attività possa essere effettuata fuori dalla sede aziendale.

Sono esclusi dal lavoro agile i **LAVORI IN TURNO** e quelli che richiedono l'utilizzo di **STRUMENTAZIONI O DOCUMENTAZIONI NON REMOTIZZABILI**.

Il dipendente interessato è tenuto a presentare istanza al Responsabile della struttura aziendale di appartenenza, utilizzando il modello allegato (**All. 10**).

L'accesso al lavoro agile avviene previa verifica, da parte del Direttore dell'UOC di afferenza del dipendente interessato, che lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile sia conforme agli interessi, anche di produttività, dell'Azienda e che non pregiudichi le attività e gli obiettivi aziendali, nonché l'efficace ed efficiente svolgimento dei processi di lavoro ai quali il dipendente è assegnato. Nel rispetto delle direttive aziendali, verificata la sussistenza delle predette condizioni e la compatibilità dell'attività svolta con il lavoro agile, viene predisposto un accordo individuale, secondo il Modello allegato (**All. 11**), tra il singolo dipendente e il Direttore di UOC.

L'accordo, completo di allegati, viene trasmesso, dopo la sottoscrizione da parte del dipendente e del Direttore della UOC di afferenza, all'ufficio Gestione Risorse Umane.

Il Dipartimento della Funzione Pubblica, con la Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 29/12/2023 avente per oggetto "Lavoro agile", ha evidenziato "la necessità di garantire, ai lavoratori che documentino **gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari**, di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, anche derogando al criterio della prevalenza dell'attività lavorativa in presenza". La Direzione Generale, ferme le ulteriori determinazioni emergenti dalla gestione dei rapporti di lavoro anche singoli, ha per l'anno 2025 (sino al 28.2.2025) fornito indirizzo specifico in tema di lavoro agile (nota prot. n. 52107 del 19.12.2024), nel senso che l'accesso a siffatta modalità di espletamento della prestazione lavorativa è attualmente consentito per un massimo di 8 giornate nell'arco del mese da calendario, ai dipendenti che

- a) svolgano attività lavorativa c.d. smartabile
- b) presentino una o più delle patologie indicate dal DM 4.2.2022.

La completa attuazione dell'istituto potrà avvenire previa applicazione dell'art. 6 comma 3 lett. I del CCNL 2.11.2022, laddove è prescritto il confronto obbligatorio, preliminare, con le OO.SS. sui:

3.3.4. Articolazione della prestazione lavorativa in modalità agile

La prestazione lavorativa in modalità agile è svolta senza un vincolo di orario nell'ambito delle ore massime di lavoro giornaliero e settimanali stabilite dal CCNL. Essa è articolata nelle seguenti fasce temporali:

- **Fascia di contattabilità** non superiore all'orario medio giornaliero di lavoro, nella quale il dipendente è contattabile sia telefonicamente che via mail;
- **Fascia di inoperabilità**, nella quale il lavoratore non può erogare nessuna prestazione lavorativa;

essa comprende il periodo di 11 ore di riposo consecutivo.

L'Accordo Individuale deve specificare, per ciascun lavoratore, la fascia di contattabilità che, in ogni caso, **non può essere inferiore a 6 ore** e la fascia di inoperabilità che, in ogni caso, **non può essere inferiore a 11 ore di riposo consecutivo**.

In casi eccezionali di impossibilità a garantire la contattabilità, il dipendente è tenuto a darne tempestiva e motivata comunicazione al proprio Direttore di UOC, indicando i motivi che determinano tale impossibilità e indicando un periodo alternativo di disponibilità.

Nella fascia di contattabilità il lavoratore può richiedere, ove ne ricorrano i relativi presupposti, la fruizione dei permessi orari previsti dai contratti collettivi o dalle norme di legge quali, a titolo esemplificativo, i permessi per particolari motivi personali o familiari, i permessi sindacali di cui al CCNQ 4 dicembre 2017 e s.m.i., i permessi di cui all'art. 33 della L. 104/1992. Il dipendente che fruisce dei suddetti permessi, per la durata degli stessi, è sollevato dagli obblighi stabiliti per la fascia di contattabilità.

Nelle giornate in cui la prestazione lavorativa viene svolta in modalità agile non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, lavoro disagiato, lavoro svolto in condizioni di rischio, è altresì esclusa l'attribuzione del buono pasto.

Per sopravvenute esigenze di servizio, il dipendente in lavoro agile può essere richiamato in sede, con tempestiva e motivata comunicazione che deve pervenire –salvo eccezionali ragioni d'urgenza- almeno il giorno prima della ripresa del servizio. Il rientro in servizio non comporta il diritto al recupero delle giornate di lavoro agile non fruite.

3.3.5. Diritto alla disconnessione

Ferma restando la fascia di inoperabilità, negli orari diversi da quelli ricompresi nella fascia di contattabilità, i contatti con i colleghi, con il dirigente, la lettura delle email, la risposta alle telefonate e ai messaggi, sono dovuti solo se strettamente necessari per il buon andamento dell'attività lavorativa.

3.3.6. Dotazione tecnologica

La dotazione informatica necessaria per l'esecuzione della prestazione lavorativa in modalità agile può essere sia fornita dall'Azienda sia di proprietà del lavoratore.

L'Azienda permette l'utilizzo di dispositivi personali che rispettino i requisiti minimi di sicurezza, previo accordo con i Sistemi Informativi Aziendali. Il Dipendente ha l'obbligo di utilizzare e custodire gli strumenti di lavoro affidatigli con la massima cura e diligenza, nel rispetto delle norme in materia di salute e sicurezza sul lavoro, e di adottare le necessarie precauzioni affinché terzi, anche se familiari, non possano accedere agli strumenti di lavoro.

Il dipendente dovrà utilizzare la propria connessione internet o quella del luogo dove svolgerà il proprio lavoro. Il dipendente sarà messo nelle condizioni di accedere agli applicativi aziendali necessari all'espletamento delle proprie mansioni. Il collegamento avverrà previo accesso alla rete aziendale mediante collegamento sicuro (VPN).

Le spese connesse, riguardanti i consumi elettrici e di connessione, o le eventuali spese per il mantenimento in efficienza dell'ambiente di lavoro agile sono, in ogni ipotesi, a carico del dipendente.

In caso di problematiche di natura tecnica e/o informatica, e comunque in ogni caso di cattivo funzionamento dei sistemi informatici, qualora lo svolgimento dell'attività lavorativa a distanza sia impedito o sensibilmente rallentato, il dipendente è tenuto a darne tempestiva informazione al proprio dirigente. Questi, qualora le suddette problematiche dovessero rendere temporaneamente impossibile o non sicura la prestazione lavorativa, può richiamare il dipendente a lavorare in presenza. In caso di ripresa del lavoro in presenza, il lavoratore è tenuto a completare la propria prestazione lavorativa fino al termine del proprio orario ordinario di lavoro.

3.3.7. Obiettivi - contributi al miglioramento delle performance, in termini di efficienza e di efficacia

Previo applicazione dell'art. 6 comma 3 lett. I del CCNL 2.11.2022, l'Azienda

1) attraverso l'istituto del lavoro agile favorisce l'orientamento ai risultati e la produttività, la conciliazione delle esigenze delle lavoratrici e dei lavoratori con le esigenze organizzative dell'Azienda consentendo il miglioramento dei servizi resi ai cittadini, la continuità dell'azione amministrativa e la celere conclusione

dei procedimenti, da un lato, e l'equilibrio fra vita professionale e vita privata, dall'altro;

2) persegue, inoltre, le seguenti finalità:

- promuovere l'utilizzo di strumenti digitali di comunicazione;
- promuovere modalità innovative e flessibili di lavoro tali da salvaguardare il sistema delle relazioni personali e collettive proprie del suo contesto lavorativo;
- sperimentare forme nuove di impiego del personale che favoriscano lo sviluppo di una cultura gestionale orientata al **lavoro per progetti e obiettivi** ed ispirata ad un'organizzazione in cui sia il raggiungimento dei risultati a guidare le scelte organizzative;
- facilitare l'integrazione lavorativa dei soggetti a cui, per cause dovute a condizioni di disabilità o ad altri impedimenti di natura oggettiva, personale o familiare, anche temporanea, il tragitto casa-lavoro e viceversa risulti particolarmente gravoso, con l'obiettivo di assicurare il raggiungimento di pari opportunità lavorative anche per le categorie fragili;
- offrire un contributo alla riduzione del traffico legato al pendolarismo lavorativo e quindi anche delle fonti di inquinamento dell'ambiente nell'ottica di una politica ambientale sensibile alla diminuzione del traffico urbano in termini di volumi e percorrenza;
- ottenere una riduzione dell'assenteismo e un aumento della soddisfazione dei dipendenti; promuovere una modalità che consenta all'Azienda una possibile razionalizzazione degli spazi fisici in un'ottica di riduzione dei costi.

3.3.8. Sicurezza sul lavoro

- b) Il dipendente è tenuto a cooperare con l'amministrazione, con la massima correttezza, al fine di garantire le misure di prevenzione predisposte dal datore di lavoro, evitando i rischi connessi alla prestazione all'esterno dei locali aziendali. A tal fine, l'ASM fornisce al dipendente specifica informativa scritta (**allegato 12**) in materia di salute e sicurezza sul lavoro agile, in cui sono individuati i rischi generali e specifici connessi alla modalità agile di esecuzione del rapporto di lavoro. Il dipendente, dopo aver preso visione e sottoscritta la predetta informativa, si impegna a rispettare le prescrizioni in essa indicate e a rendere note eventuali situazioni anomale che dovesse riscontrare nell'espletamento dell'attività lavorativa all'esterno della sede aziendale. L'informativa viene allegata all'accordo individuale, di cui costituisce parte integrante e sostanziale.

3.3.9. Riservatezza dei dati trattati dal lavoratore agile.

- c) Il dipendente è tenuto al rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 «Codice in materia di protezione dei dati personali», così come novellato dal D. Lgs. 10 agosto 2018, n. 101. È responsabilità del lavoratore adottare tutte le precauzioni e le misure necessarie e idonee a garantire la più assoluta riservatezza sui dati e sulle informazioni in possesso dell'Azienda che vengono trattati fuori dalla sede aziendale. Il lavoratore in lavoro agile conserva la qualità di persona autorizzata a trattare i dati personali, anche al di fuori della sede abituale di lavoro; pertanto, è tenuto a prestare la sua attività con diligenza ed assicurare di attenersi alle istruzioni già ricevute con riferimento all'attività lavorativa in presenza. Al dipendente è data specifica informativa scritta in tema di trattamento e riservatezza dei dati trattati. Detta informativa è sottoscritta dal dipendente (**allegato 13/1-2**)

3.3.10. Livello di attuazione del lavoro agile.

- i) Nell'anno 2023 la modalità lavorativa in lavoro agile è stata autorizzata per n. 26 lavoratori, di cui n. 2 dirigenti e n. 24 dipendenti nell'ambito del comparto.
- j) Tra questi ultimi, il lavoro agile è stato prevalentemente richiesto dal personale amministrativo



3.3.11. Circolare “Attivazione lavoro agile”

In data 19.12. 2024 la Direzione Strategica aziendale ha trasmesso per l’anno 2025 (sino al 28.2.2025) a tutti i dipendenti Asm una circolare relativa al lavoro agile (prot. 52107/2024) per rappresentare la volontà dell’Azienda di proseguire con le misure di tutela dei dipendenti c.d. fragili, i quali versino in una condizione di morbidità o comorbidità di cui al DM Salute del 4.2.2022.

4.SEZIONE IV. MONITORAGGIO

L’attività di monitoraggio, oltre quella prevista dai successivi paragrafi, coinvolge i seguenti soggetti:

- il gruppo di lavoro del PIAO;
- le funzioni responsabili di ciascuna Sezione del PIAO;
- i responsabili delle diverse articolazioni competenti.

L’ attività riferita alla rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti è curata dall’Unità Operativa Complessa (U.O.C.) Formazione, Qualità e Comunicazione Strategica.

L’attività di monitoraggio, propedeutica allo stato di attuazione degli obiettivi, relativi all’anno 2023, delle sezioni Valore Pubblico, Performance, Anticorruzione e Trasparenza è descritta nelle singole sotto sezioni del Piao a cui si fa rinvio.

Per quanto riguarda la sotto sezione Performance, il monitoraggio avviene secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150.

Nello specifico la Asl predisporrà entro il 30 giugno, secondo quanto previsto dall’art. 10, comma 1, lett. b, del D.lgs. 150/2009, la “Relazione annuale sulla performance”, che è approvata dalla Direzione Strategica e validata dall'Organismo di valutazione e che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato.

L’aggiornamento del Piano andrà effettuato su base annuale o al verificarsi di novità normative e/o programmatiche, che richiedono modifiche imprescindibili al documento.

Per quanto attiene, invece, la sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza si precisa quanto segue.

La gestione del rischio si completa con la successiva azione di monitoraggio, che comporta la valutazione del livello di rischio tenendo conto delle azioni di risposta ossia delle misure di prevenzione introdotte.

Sempre nella sottosezione sono individuati il sistema di monitoraggio sull'implementazione delle misure e definisce un sistema di reportistica per consentire al Responsabile della prevenzione della corruzione di monitorare costantemente "l'andamento dei lavori" e di intraprendere le iniziative più adeguate nel caso di scostamenti.

Oltre l’applicativo informatico, dal 2020 è utilizzato lo strumento delle audizioni con i Direttori di UU.OO. e i loro collaboratori, con la finalità di migliorare l’attuazione del monitoraggio riducendo al minimo i rischi da autoreferenzialità.

Il sistema di audit programmato e ciclo rotatorio pluriennale per le aree a rischio sarà oggetto di utilizzazione anche nel 2024.

L'aggiornamento annuale della sottosezione relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO deve tener conto dei seguenti fattori:

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

