

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE DELLA AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA ANNO 2020



SOMMARIO

PREMESSA	3
1. FINALITA' E PRINCIPI GENERALI DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE	6
1.1 PRESENTAZIONE DELLA RELAZIONE - FINALITA' E PRINCIPI GENERALI	6
2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI	7
2.1 PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA.....	7
2.2 IL CONTESTO TERRITORIALE.....	8
2.3 IL CONTESTO DEMOGRAFICO	9
2.4 I RISULTATI DELLE ATTIVITA' SANITARIE RAGGIUNTI	10
2.4.1. ASSISTENZA OSPEDALIERA.....	14
2.4.1.1 <i>PRESIDIO OSPEDALIERO DI MATERA</i>	16
2.4.1.2 <i>PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLICORO</i>	20
2.4.1.3 <i>OSPEDALE DISTRETTUALE DI TRICARICO</i>	23
2.4.1.4 <i>OSPEDALE DISTRETTUALE DI STIGLIANO</i>	24
2.4.1.5 <i>OSPEDALE DISTRETTUALE DI TINCHI</i>	25
2.4.2. ASSISTENZA TERRITORIALE	25
2.4.2.1 <i>SPECIALISTICA AMBULATORIALE TERRITORIALE</i>	27
2.4.3. PREVENZIONE.....	36
2.4.3.1 <i>DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE COLLETTIVA DELLA SALUTE UMANA</i>	36
2.4.3.2 <i>DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DELLA SANITA' E BENESSERE ANIMALE</i>	43
2.5 I RISULTATI ECONOMICI FINANZIARI	49
2.7 LA VALUTAZIONE DELLA QUALITA' PERCEPITA – “CUSTOMER SATISFACTION”	50
3. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE	52
3.1 PERFORMANCE ORGANIZZATIVA.....	52
3.2 PERFORMANCE INDIVIDUALE	54
4. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA COMPLESSIVA: OBIETTIVI DI MANDATO – OBIETTIVI OPERATIVI	56
4.1 OBIETTIVI DI MANDATO.....	56
4.2 RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI OPERATIVI COME DECLINATI CON IL PIANO DELLE PERFORMANCE	58
5. TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE.....	94
5.1. COERENZA CON IL PIANO TRIENNALE ANTICORRUZIONE E RISULTATI RAGGIUNTI NEL 2020	94
5.2 COERENZA CON IL PIANO TRIENNALE DELLA TRASPARENZA E RISULTATI RAGGIUNTI NEL CORSO DEL 2020	96
5.3 LA GIORNATA DELLA TRASPARENZA	97
6. PARI OPPORTUNITA' E BILANCIO DI GENERE	98
6.1 Il CUG AZIENDALE (Comitato Unico di Garanzia).....	98
ALLEGATO 1 - LE RISORSE UMANE.....	100
ALLEGATO 2 - L'ASSETTO STRUTTURALE E FUNZIONALE	104
ALL. 2.1 L' ASSISTENZA OSPEDALIERA.....	104
ALL. 2.2 L' ASSISTENZA TERRITORIALE	105
ALL. 2.3 LA PREVENZIONE	106
ALLEGATO 3 - IL MODELLO ORGANIZZATIVO E L'ORGANIGRAMMA	107

PREMESSA

La misurazione della performance delle aziende sanitarie e la loro comunicazione a tutti i portatori di interesse rappresentano un'esigenza particolarmente sentita, in considerazione del valore che la collettività attribuisce al "bisogno salute" e dell'ingente quantità di risorse pubbliche investite nel settore sanitario. In tale contesto assume rilevanza fondamentale la redazione della Relazione sulla performance prevista dal D. Lgs. n. 150/2009.

Preliminarmente alla trattazione dei contenuti del presente documento, non si può fare a meno di menzionare la straordinarietà del contesto entro cui si colloca la redazione dello stesso, caratterizzato dal perdurare dello stato di emergenza sanitaria connessa alla diffusione del COVID – 19, che ha comportato l'adozione di misure eccezionali in recepimento delle molteplici disposizioni normative nazionali e regionali che si sono freneticamente succedute a partire dal mese di marzo 2020, determinando un profondo sconvolgimento nella gestione delle attività istituzionali aziendali.

Non ha fatto eccezione l'iter di predisposizione della Relazione sulla Performance – Anno 2020, che ha subito significativi rallentamenti, anche in ragione dei ritardi conseguenti all'approvazione definitiva del bilancio d'esercizio 2020, avvenuta solo in data 24/11/2021, con deliberazione aziendale n. 740.

A tal proposito con nota prot. n. 37026 del 29/06/2021, regolarmente pubblicata sul sito Aziendale all'interno dell'Area relativa all'Amministrazione Trasparente - sezione Performance, si è provveduto a comunicare al Dipartimento della Funzione Pubblica – Ufficio Valutazione della Performance e, per conoscenza, all'Organismo Indipendente di Valutazione ASM, il differimento dei termini per la presentazione della Relazione sulla Performance dell'ASM per l'anno 2020, prorogandoli ad una data non inferiore ad un mese dopo l'adozione definitiva del bilancio d'esercizio 2020.

Conseguentemente, per la redazione della presente Relazione, si è dovuto attendere l'adozione definitiva del Bilancio d'esercizio 2020, avvenuta di fatto con deliberazione n. 933 del 16/10/2020.

Ciò premesso, l'anno 2020 ha rappresentato per l'ASM un anno di transizione, aprendosi con importanti novità, sotto il profilo istituzionale, rispetto all'anno precedente, con specifico riferimento alla composizione della Direzione Strategica.

Infatti, facendo seguito alla deliberazione n. 1148 del 30/12/2019 di presa d'atto della cessazione del Direttore Generale pro tempore vigente e di nomina del suo sostituto, con deliberazione n. 1 del 02/01/2020, si è provveduto alla presa d'atto dell'insediamento del sostituto del Direttore Generale, individuato nel già Direttore Sanitario Facente Funzioni, e della nomina del sostituto del Direttore Sanitario Facente Funzioni, individuato tra i Direttori di Struttura Complessa aziendali, rimanendo di fatto confermato il Direttore Amministrativo già vigente. Quest'ultimo è rimasto in carica fino al 10/11/2020, data a partire dalla quale, per effetto di dimissioni volontarie, è stato sostituito dal Direttore Amministrativo Facente Funzioni, ai sensi della deliberazione aziendale n. 1013 del 09/11/2020.

Il quadro generale all'interno del quale si colloca la gestione dell'ASM nell'anno considerato è segnato profondamente dai gravi effetti generati sul piano umano, sociale ed economico dalla diffusione a livello mondiale della pandemia da COVID – 19: oltre 160 milioni di persone sono state contagiate dal virus, con più di 3 milioni di vittime, mentre, secondo le stime dell'FMI, nel 2020 il PIL mondiale è diminuito del 3,3%, facendo registrare la più forte contrazione dalla seconda guerra mondiale.

L'emergenza pandemica ha evidenziato in maniera drammatica criticità e debolezze già presenti nel sistema sanitario italiano, conseguenti alle scelte programmatiche relative all'ultimo decennio effettuate prevalentemente in risposta alla crisi economica che ha investito il Paese che, se da un lato hanno consentito in questi anni il riassorbimento di squilibri finanziari nell'utilizzo delle risorse pubbliche, dall'altro hanno amplificato criticità già presenti, che oggi più che mai è necessario superare: si tratta delle differenze nella qualità dei servizi offerti nelle diverse aree del Paese, delle gravi carenze di personale sanitario dovute alla mancata attuazione del turn over per adempiere ai vincoli di finanza posti nella fase di risanamento; della inadeguatezza della risposta assistenziale sul territorio a fronte del crescente fenomeno delle non autosufficienze e delle cronicità; dei ritardi negli investimenti, sacrificati a fronte delle necessità correnti.

Le suddette dinamiche evidenti a livello nazionale, hanno interessato la Regione Basilicata e, nello specifico, la ASL di Matera, in cui l'emergenza sanitaria ha messo in luce punti di forza e criticità del sistema sanitario

locale. Le politiche di austerità adottate nel corso degli anni dall'ASM, se da un lato hanno consentito il consolidarsi dell'equilibrio economico, dall'altro hanno indebolito le capacità di risposta assistenziale, che si è rivelata inadeguata ad affrontare una situazione di emergenza come quella conseguente alla diffusione della pandemia. In particolare a livello territoriale spesso non è riuscito ad assicurare la presa in carico dei pazienti affetti da COVID – 19, che si sono riversati negli ospedali che, a loro volta, si sono dimostrati in difficoltà nel fronteggiare una simile pressione, a causa della carenza di risorse, con particolare riguardo a quelle umane, determinate dal protrarsi nel corso dell'ultimo decennio delle politiche di razionalizzazione della spesa.

Nel corso del 2020, l'emergenza sanitaria ha certamente influenzato la quantità e la tipologia di offerta del sistema sanitario locale, che, in conformità alle disposizioni regionali, per molti mesi è stata limitata alla gestione delle sole urgenze e delle patologie oncologiche, rinviando gli interventi programmati e le prestazioni differibili e scoraggiando la domanda non urgente.

In tal senso il 2020 si è caratterizzato:

- da un lato, per una imponente contrazione delle attività da parte delle articolazioni operative dell'ASM, sia con riferimento ai ricoveri che alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, riguardanti sia gli ospedali per acuti che quelli distrettuali e le strutture territoriali;
- dall'altro, per il consolidamento dei risultati economico – finanziari raggiunti nei sette anni precedenti, con il pieno raggiungimento dell'equilibrio di bilancio.

In particolare, dopo i primi due mesi in cui le attività sanitarie si sono svolte in via ordinaria, a partire dal mese di marzo e fino all'inizio dell'estate, a seguito della proclamazione dello stato di emergenza sanitaria a causa della diffusione del COVID – 19, in attuazione delle disposizioni adottate a livello nazionale e regionale, sono state sospese tutte le attività non considerate urgenti. Il rallentamento della diffusione del COVID nei mesi estivi lasciava presagire una graduale ripresa delle attività assistenziali, che, tuttavia, con la solita eccezione delle urgenze e delle patologie oncologiche, sono state nuovamente sospese nel mese di ottobre, in conseguenza della seconda ondata.

In merito alla gestione economica, il risultato positivo conseguito nel 2020, è stato reso possibile in virtù:

- sia degli sforzi che hanno contraddistinto l'azione della ASM negli ultimi 8 anni, portando a coronamento le strategie di risanamento economico, con la considerevole riduzione del gap tra costi e ricavi e l'azzeramento di un significativo deficit di bilancio che fino al 2012 aveva strutturalmente gravato sulle gestioni precedenti, attestandosi su valori (-20 milioni di euro), tali, da compromettere la tenuta del sistema sia a livello aziendale che a livello complessivo regionale;
- sia dei finanziamenti aggiuntivi messi a disposizione dalla Regione per far fronte all'emergenza da COVID – 19.

In particolare, l'azione di risanamento è stata realizzata nel corso degli anni mediante massicci interventi di razionalizzazione dei costi che, tuttavia, se hanno assicurato la tenuta economica dell'Azienda, nonostante tutti gli sforzi profusi, hanno avuto inevitabilmente dei riflessi negativi sull'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, amplificati inesorabilmente dalla emergenza sanitaria determinata dalla pandemia da COVID - 19. Si fa in particolare riferimento ai vincoli finanziari imposti dalla normativa sulla gestione delle risorse umane ed al conseguente blocco del turn over, che hanno generato un significativo depauperamento degli organici, determinando gravi carenze nelle strutture operative, con un aggravio di lavoro per il personale in forza ed un conseguente deficit di risposta assistenziale rispetto al crescente fabbisogno.

La misurazione del livello dell'offerta sanitaria dell'ASM nell'anno 2020, effettuata attraverso il Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali posto in essere dal Laboratorio MES dell'Istituto Sant'Anna di Pisa, ha evidenziato, infatti, il persistere e, in alcuni casi, l'aggravarsi di una serie di criticità, come a mero titolo esemplificativo, gli screening oncologici, l'aderenza farmaceutica, il rispetto dei tempi di attesa della chirurgia oncologica.

Il sistema sanitario locale, così come si presenta oggi, all'indomani del rigoroso processo di risanamento economico perseguito da quest'Azienda a partire dal 2012, e nel pieno dell'emergenza da COVID, versa in condizioni di grande difficoltà, che ne inficiano significativamente le capacità di risposta rispetto al crescente fabbisogno assistenziale richiesto dalla popolazione, rendendo indispensabile l'avvio di una nuova stagione di investimenti, soprattutto in risorse umane, ma anche tecnologiche e strutturali, in grado, da un lato, di ripristinare le condizioni minime necessarie a garantire l'erogazione dei livelli essenziali di

assistenza e, dall'altro, di consentire la realizzazione dei programmi operativi predisposti per il rafforzamento dell'assistenza sia a livello ospedaliero che territoriale in risposta all'emergenza da COVID - 19.

A margine di quest'ampia quanto doverosa premessa, necessaria a definire la cornice entro la quale si è sviluppata la gestione aziendale, si rappresenta come l'Azienda Sanitaria di Matera nel corso del 2020, in ossequio a quanto previsto dalla normativa vigente (D.Lgs 150/2009 e dal D.Lgs n. 74 /2017 e smi), si sia impegnata a dare attuazione al ciclo della performance, nelle varie fasi in cui lo stesso si articola, al fine di migliorare la propria capacità di risposta rispetto alle esigenze del cittadino, in coerenza con la MISSION (missione aziendale) e con la VISION (visione strategica) aziendale.

Nello specifico, nel corso del 2020 è stata data attuazione al processo di ammodernamento del sistema di misurazione e valutazione della Performance, già avviato nell'anno precedente con l'approvazione del Nuovo Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance della ASM – ANNO 2020 -2022, formalizzato con deliberazione aziendale n. 1089/2018, che si prefigge in ultima analisi di promuovere il miglioramento della qualità dei servizi offerti nonché la crescita delle competenze professionali presenti all'interno dell'Azienda, attraverso la valorizzazione del merito, in conformità all'evoluzione del quadro di riferimento normativo.

1. FINALITA' E PRINCIPI GENERALI DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

1.1 PRESENTAZIONE DELLA RELAZIONE - FINALITA' E PRINCIPI GENERALI

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

Come già anticipato in premessa, lo stato emergenziale determinato dalla diffusione della pandemia connessa al COVID – 19, con il conseguente inevitabile rallentamento di tutte le attività istituzionali aziendali, ha comportato il mancato rispetto del suddetto termine di scadenza, con uno slittamento dello stesso opportunamente comunicato nell’apposita sezione del sito aziendale dedicato alla trasparenza.

La presente Relazione sulla Performance, redatta in ossequio alle Linee Guida della Funzione Pubblica n. 2/2018, oltrechè secondo le disposizioni contenute nel D. Lgs n. 74 del 25 maggio 2017, conclude il ciclo della performance dell’ASM relativo all’anno 2020, avviato con l’adozione del Piano della performance 2020 - 2022, formalizzata con deliberazione aziendale n. 50 del 29/01/2020, così come aggiornata con successiva deliberazione n. 887 del 08/10/2020.

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

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

Con la presente Relazione, l’Azienda attesta il livello di raggiungimento per l’anno 2020 degli obiettivi strategici e/o operativi contenuti nel Piano della Performance 2020 – 2022, di cui alle successive deliberazioni aziendali n. 50/2020 e n. 887/2020, che costituisce il documento programmatico con il quale, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i target, sui quali si basa la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

Al pari del Piano della Performance, ai sensi dell’art. 15, comma 2, lettera b) del D. Lgs. n. 150/2009, la Relazione viene approvata dall’Organo di indirizzo politico amministrativo, dopo essere stata definita in collaborazione con i vertici aziendali.

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

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

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

2.1 PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA

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

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

Il Patrimonio dell'Azienda Sanitaria Locale ASM è quello risultante dallo stato patrimoniale allegato al Bilancio di esercizio e, comunque, ai sensi della L.R. 28/2008, a decorrere dal 1° gennaio 2009, l'Azienda è subentrata nella titolarità dei beni patrimoniali e nei rapporti di lavoro e contrattuali in essere a decorrere dalla data della loro entrata in funzione. Il patrimonio, pertanto, è costituito da tutti i beni mobili ed immobili preesistenti al 1° gennaio 2009 nelle due Aziende confluite e da tutti i beni a qualunque titolo acquisiti nell'esercizio delle proprie attività, ovvero a seguito di atti di liberalità.

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

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

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

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

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

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

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

- 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.

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

I principali stakeholder dell'Azienda sono:

- pazienti/utenti;

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

Si rinvia a specifici allegati del presente documento la descrizione

- delle risorse umane dell'ASM (Allegato 1),
- dell'assetto strutturale e funzionale dell'Azienda, opportunamente articolato per macro livello assistenziale (Allegato 2)
- del modello organizzativo adottato e del corrispondente organigramma (Allegato 3).

2.2 IL CONTESTO TERRITORIALE

La ASM - Azienda Sanitaria Locale di Matera opera su un territorio coincidente con la provincia di Matera. 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 quegli elementi storico-geografici che possano definire e rappresentare lo spazio fisico della provincia materana attraverso ambiti omogenei. La superficie totale del territorio di riferimento è di 3.446,12 kmq. La popolazione residente al 01/01/2020 è di 194.853 abitanti (Fonte ISTAT) di cui il 49,0% di sesso maschile e il 51,0% di sesso femminile.



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

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

Il livello di infrastrutturazione del territorio, stradale e ferroviario, è tuttora quantitativamente e qualitativamente non adeguato a garantire gli standard di prestazione necessari al consolidamento e allo sviluppo della qualità della vita, con particolare riferimento al soddisfacimento del fabbisogno assistenziale. Infatti, come emerge dalle graduatorie stilate tra le provincie italiane, la dotazione di infrastrutture nella provincia di Matera risulta alquanto scarsa, indebolendo pesantemente il sistema dei collegamenti tra i centri abitati e rallentando gli spostamenti della popolazione.

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

Essa si estende per 2.755 Km dei quali gran parte (41%) sono extraurbane, prevalentemente di piccole dimensioni e di non facile percorribilità. Il 24% è costituito da strade statali e il restante 35% da strade comunali e provinciali. La rete viaria che collega i singoli Comuni tra di loro e con gli altri Comuni regionali e non, è caratterizzata da strade strette e tortuose, accidentate e spesso franose, che condizionano notevolmente la viabilità rendendo i tempi di percorrenza sproporzionati rispetto alle distanze.

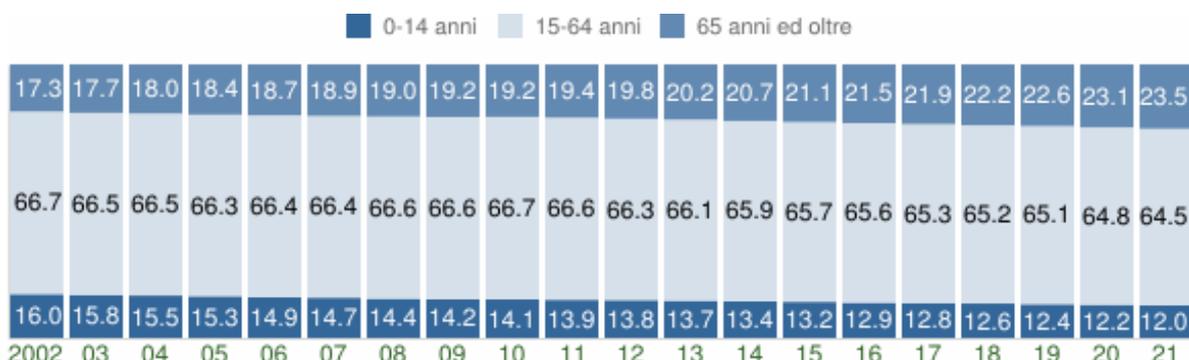
Tale assetto del territorio di fatto influenza le scelte e le strategie sanitarie ed in particolare il modello dell'offerta assistenziale da adottare, che è pensato e strutturato per garantire una risposta omogenea ed uniforme per tutta la popolazione di riferimento.

2.3 IL CONTESTO DEMOGRAFICO

La ASM opera su un territorio coincidente con la provincia di Matera, con una popolazione complessiva al 31/12/2019 di 194.853 abitanti (FONTE ISTAT), distribuiti in 31 comuni, per una superficie complessiva pari a 3.478,89, evidenziando una densità.

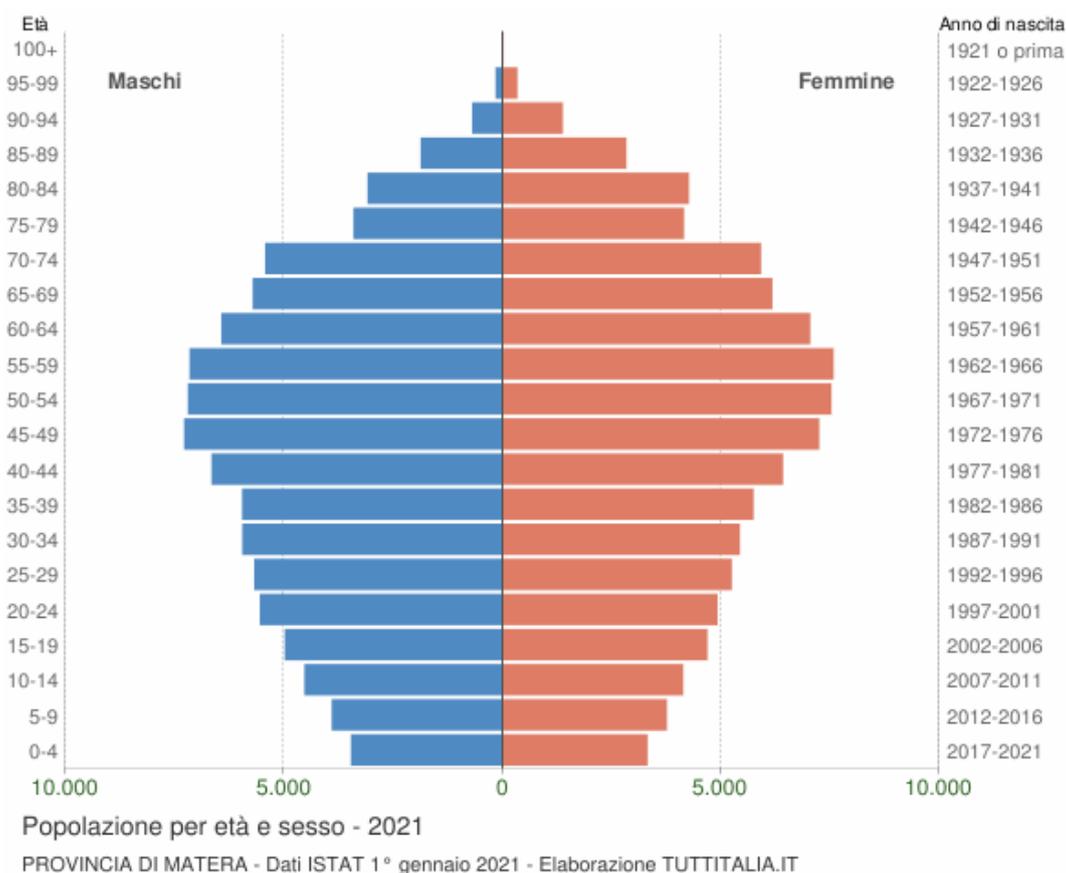
La tabella seguente riporta il numero di abitanti distinti per sesso e fasce di età quinquennali e la popolazione residente nella ASM di Matera al 31/12/2019 e relativa piramide di età.

Età	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
<= 5 a.	4.306	4.186	8.492
6 - 9 a.	3.291	3.139	6.430
10-14 a.	4.596	4.197	8.793
15-24 a.	10.724	9.751	20.475
25-34 a.	11.789	10.936	22.725
35-44 a.	12.995	12.536	25.531
45-54 a.	14.603	14.907	29.510
55-64 a.	13.506	14.474	27.980
65-74 a.	10.837	11.796	22.633
>= 75 a.	9.261	13.023	22.284
Totale	95.908	98.945	194.853



Struttura per età della popolazione (valori %)

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



Sul territorio dell'ASM, esteso per 3.446 kmq, insiste una popolazione che, alla data del 01/01/2020, ammonta a 194. 853 unità, con un decremento pari al -0,6%, rispetto all'anno precedente, di cui 95.908 uomini e 98.945 donne, con una densità territoriale pari a 56,5 abitanti per kmq, tra le più basse d'Italia. La popolazione della ASM è caratterizzata da una elevata percentuale delle fasce per anziani: la percentuale dei residenti con età superiore a 65 anni è pari a al 23,5%.

2.4 I RISULTATI DELLE ATTIVITA' SANITARIE RAGGIUNTI

L'anno 2020 per l'ASM ha risentito, da un lato, del quadro di transitorietà ed instabilità connessa alla provvisorieta del mandato dell'intera direzione strategica aziendale, determinatasi a seguito delle dimissioni del Direttore Generale in carica, sostituito in via temporanea da un Direttore Facente Funzioni, nelle more della nomina del nuovo Direttore Generale e, dall'altro, del contesto di straordinarieta derivante dallo stato di emergenza, che ha riguardato l'intera collettività mondiale, collegato alla diffusione del COVID - 19.

Nello specifico, facendo seguito alla deliberazione n. 1148 del 30/12/2019 di presa d'atto della cessazione del Direttore Generale pro tempore vigente e di nomina del suo sostituto, con deliberazione n. 1 del 02/01/2020, si è provveduto alla presa d'atto dell'insediamento del sostituto del Direttore Generale, individuato nel già Direttore Sanitario Facente Funzioni, e della nomina del sostituto del Direttore Sanitario Facente Funzioni, individuato tra i Direttori di Struttura Complessa aziendali, rimanendo di fatto confermato il Direttore Amministrativo già vigente. Quest'ultimo è rimasto in carica fino al 10/11/2020, data a partire dalla quale, per effetto di dimissioni volontarie, è stato sostituito dal Direttore Amministrativo Facente Funzioni, ai sensi della deliberazione aziendale n. 1013 del 09/11/2020.

La provvisorieta del mandato dell'intera Direzione Strategica, vigente fino alla nomina del nuovo Direttore Generale da parte della Giunta Regionale, non ha consentito la definizione e lo sviluppo di linee

programmatiche a valenza pluriennale, limitando la gestione aziendale allo svolgimento delle attività ordinarie.

Tuttavia, l'anno 2020 è stato caratterizzato dallo stato di emergenza sanitaria che ha riguardato l'intera collettività mondiale, connessa alla diffusione del COVID – 19, iniziato nei primi mesi del 2020 e proseguito nei mesi successivi, con una temporanea battuta d'arresto nel periodo estivo ed una violenta recrudescenza nei mesi autunnali, che ha comportato l'adozione di misure eccezionali in recepimento delle molteplici disposizioni normative nazionali e regionali che si sono freneticamente succedute nel corso dei mesi, determinando un profondo sconvolgimento nella realizzazione delle attività ordinarie aziendali.

Conseguentemente, la gestione dell'ASM nel 2020 si è connotata principalmente per il carattere di straordinarietà degli interventi posti in essere in risposta alla diffusione dell'epidemia da COVID - 19, senza tuttavia tralasciare gli adempimenti e le attività ordinarie, che sono state comunque garantite, pur a fronte delle notevoli criticità strutturali che tuttora gravano sull'Azienda, con specifico riferimento alla cronica carenza di personale, conseguente al blocco del turn over che si è protratto negli anni precedenti per effetto dei vincoli di finanza pubblica imposti dalla normativa vigente.

In tal senso nel 2020 lo sviluppo organizzativo dell'ASM è stato diretto essenzialmente alla gestione dell'emergenza COVID – 19, per effetto della quale l'Azienda ha provveduto da subito a porre in essere tutti gli interventi per assicurare la continuità ed il mantenimento delle attività assistenziali in condizioni di sicurezza per gli operatori e per i pazienti.

In merito ai primi, si è provveduto all'acquisizione in tempi strettissimi di tutto il materiale necessario per far fronte all'emergenza sanitaria, sia con riferimento ai dispositivi di protezione individuale (mascherine protettive FFP3, FFP2 e chirurgiche, occhiali protettivi, visiere protettive, tute idrorepellenti non sterili) necessari ad assicurare al proprio personale le condizioni di sicurezza, sia con riferimento ai tamponi per virocoltura e ai kit test rapidi, oltre ad altri beni quali barelle di biocontenimento, consumabili e materiali di consumo per monitor multiparametrici e saturimetri, materiali di consumo per ventilatori, sacchi per trasferimento salme, contenitori per il trasporto di campioni biologici, soluzioni idroalcoliche 70-80% per mani, termometri no contact, maschere per ossigeno ad alta concentrazione.

Con riferimento alle misure organizzative adottate per consentire la presa in carico presso il P.O. di Matera dei pazienti affetti da covid in condizioni di sicurezza e di tutela degli altri degenti oltre che del personale operante nell'ospedale, si è provveduto alla riorganizzazione dei vari percorsi ospedalieri, individuando percorsi dedicati per le degenze, per il Pronto Soccorso, per le diagnostiche, per la Sala Operatoria oltre che per la Rianimazione, in grado di consentire l'individuazione ed il tempestivo isolamento dei pazienti positivi al COVID.

Nello specifico, con riferimento alle degenze dei pazienti COVID, si è provveduto ad una rimodulazione funzionale di tutti i posti letto disponibili presso il P.O. di Matera, con una gestione flessibile degli stessi, coerente con l'evoluzione della domanda, che ha consentito la individuazione di specifiche "Aree Covid", a gestione prevalentemente delle Malattie Infettive, della Pneumologia, oltre che della Rianimazione, in cui sono via via confluiti posti letto, sottratti temporaneamente ad altri reparti, in ragione dell'incremento dell'ospedalizzazione di pazienti COVID positivi. In tale direzione si è, inoltre, provveduto ad un adeguamento strutturale e tecnologico degli ambienti di degenza, con la depressurizzazione delle stanze dedicate e l'implementazione strumentale e tecnologica dei posti letto. In particolare, al fine di evitare il più possibile la diffusione dei contagi tra i pazienti e verso il personale, accanto all'area di degenza dei pazienti conclamati positivi, è stata creata un'altra area osservazionale in cui sono stati collocati i pazienti da ricoverare, in attesa di esito del tampone. Tali soluzioni organizzative, che hanno favorito l'integrazione delle risorse umane, massimizzandone l'efficienza e l'efficacia operativa, hanno permesso all'Azienda di non trovarsi mai impreparata e far fronte anche ai picchi di domanda verificatisi nel corso delle prima e soprattutto della seconda ondata.

Analoghe soluzioni sono state individuate per il percorso legato:

- alle urgenze, con la separazione degli ambienti del Pronto Soccorso e la creazione di una zona dedicata, in cui sono confluiti i pazienti sospetti positivi al covid o quelli in fase di accertamento diagnostico;
- alla diagnostica per immagini e alle sale operatorie, con l'individuazione di percorsi dedicati ai pazienti positivi al COVID.

Contestualmente, al fine di consentire lo svolgimento delle attività istituzionali, l'Azienda ha provveduto alla riorganizzazione degli istituti contrattuali (reperibilità, straordinario, pronta disponibilità, ecc.) per la gestione dell'emergenza.

Tra le prime azioni realizzate dall'Azienda immediatamente dopo la proclamazione dello stato di emergenza sanitaria, si menziona:

- ISTITUZIONE TASK FORCE AZIENDALE, formalizzata deliberazione aziendale n. 199 del 02/03/2020, a cui è stata demandata la funzione di individuazione delle linee di indirizzo programmatico per la gestione dell'emergenza COVID – 19;
- ISTITUZIONE UNITA' DI CRISI AZIENDALE, formalizzata con deliberazioni aziendali n. 343 del 01/04/2020 e n. 350 del 03/04/2020, a cui è stata demandata la funzione di individuazione delle misure e delle azioni per l'attuazione delle linee di indirizzo programmatico definite dalla Task Force, oltre alla funzione di monitoraggio e vigilanza sull'applicazione delle stesse.

Successivamente, nel corso del 2020, l'Azienda, in conformità alle linee di indirizzo programmatico nazionale e regionale, ha provveduto a predisporre appositi piani operativi destinati al potenziamento della rete ospedaliera e di quella territoriale per far fronte all'emergenza sanitaria per COVID – 19, che ha inevitabilmente condizionato le scelte programmatiche aziendali ed i relativi livelli di attività prodotti.

Tra le criticità più importanti affrontate dall'Azienda nel corso del 2020, come più volte menzionato nel presente documento, figura la grave carenza di personale, a cui la Direzione Strategica vigente, pur in considerazione dei limiti gestionali, connessi alla provvisorietà del mandato, ha tentato di porre rimedio, o quanto meno di arginarne le conseguenze.

A tal proposito si elencano di seguito, in via di mera sintesi, le misure adottate nel corso del 2020:

- è stata indetta procedura di mobilità per n. 52 infermieri con DDG n. 636 del 1 luglio 2020, a cui hanno partecipato 700 candidati. I colloqui si sono conclusi il 18 dicembre ed è in corso di adozione il provvedimento di approvazione delle graduatorie di merito (10 unità graduatoria mobilità regionale, 185 unità graduatoria mobilità interregionale).
- In data 25.11.2020 con DDG n. 1065 è stato adottato in via definitiva il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2019-2021 – Aggiornamento 2020, in cui è prevista l'assunzione di 38 dirigenti medici, 4 dirigenti sanitari non medici, 68 unità nell'Area del Comparto sanitario;
- In data 10.12.2020 con DDG 1121 è stato adottato in via provvisoria il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale per il triennio 2021-2023, approvato dalla Regione Basilicata con DGR n. 938 del 22.12.2020 nel quale, per il 2021, è prevista l'assunzione di 82 dirigenti nell'area medico-sanitaria, nonché n. 41 unità nel Comparto ruolo sanitario.
- In relazione all'emergenza Covid l'UOC Gestione Risorse Umane ha attivato procedure straordinarie (avvisi per manifestazioni di interesse, avvisi pubblici per l'assunzione a tempo determinato, trattenimenti in servizio) per il reclutamento di medici (specializzati, specializzandi, medici laureati), infermieri e biologi, all'esito dei quali sono stati assunti n. 22 medici, n. 26 infermieri e 2 biologi.
- Sono state ultimate le procedure attivate in esecuzione dell'Ordinanza della Protezione Civile n. 709/2020 per l'assunzione di n. 2 medici, 1 infermiere, 1 assistente sanitario, 1 tecnico della prevenzione e di n. 2 amministrativi con rapporto di co.co.co.
- Per l'attuazione del "Piano di potenziamento assistenziale ospedaliero (+11 posti terapia intensiva e + 14 posti sub intensiva)", con DDG dell'ASM n. 965 del 30.10.2020 è stato approvato il piano in via definitiva, in cui si prevede l'assunzione di n. 6 medici, n. 13 infermieri, n.7 OSS e per i trasporti secondari di n. 3 infermieri e 4 autisti.
- Con DDG dell'ASM n. 986 del 3.11.2020 è stato approvato in via definitiva il "Programma operativo in materia di assistenza territoriale per emergenza covid-19 art.1 DL 34/2020 cmi L.n.77/2020" nel quale è prevista l'assunzione di n. 10 medici, 40 infermieri, 4 assistenti sociali.
- Per dare rapida attuazione ai piani operativi regionali, con DDG dell'ASM n. 1014 del 12.11.2020 sono stati indetti avvisi per manifestazione di interesse, con procedura telematica, per infermieri, OSS e assistenti social. Relativamente all'avviso volto al reclutamento per il personale infermieristico, a fronte di 128 interpellati ai fini del conferimento di incarichi in regime di co.co.co, hanno sottoscritto il relativo contratto n. 8 infermieri. Le graduatorie relative agli avvisi per il reclutamento di OSS e Assistenti Sociali sono in corso di approvazione.

- Oltre all'attività Covid, è stato dato impulso alle procedure concorsuali e di reclutamento già in itinere, che avevano subito un rallentamento a causa delle restrizioni legate all'emergenza in atto.
- Ad esito di tali procedure sono stati assunti, con contratto a tempo indeterminato: 7 Medici di Pronto Soccorso, 3 Anestesisti, 4 Medici di Chirurgia generale, 1 Cardiologo, 1 Pediatra, 3 Diabetologi, 1 Radiologo, 1 Medico di medicina legale, 1 Ginecologo, 1 Infettivologo, 8 Veterinari, 1 Farmacista, 5 Tecnici di laboratorio biomedico
- Sono state concluse le procedure per il conferimento delle strutture complesse dei due Distretti della Salute (Matera e Collina Materana), della Struttura Complessa Pronto Soccorso e S.C. Veterinario AREA B, nonché le procedure di stabilizzazione del personale precario ed è stata completata l'attuazione del Programma assunzionale relativo alle categorie protette con l'assunzione di n. 7 unità.
- Nel mese di settembre, con DDG dell'ASM n. 796 del 9.9.2020 sono stati conferiti gli incarichi di funzione (19 Area Tecnico Amministrativa, 72 Funzioni di Coordina e 20 Area Sanitaria e Sociale) ed è stata conclusa la procedura per l'attribuzione delle PEO 2018.
- Con Delibera n. 1038 del 18.11.2020 sono stati erogati i Bonus Covid al personale medico-sanitario ed al personale del comparto.
- Ad esito delle delegazioni trattanti delle diverse aree (Medico Veterinaria, PTA e Comparto) è stata erogata la produttività per l'anno 2019 e sono state indette le procedure per l'attribuzione delle PEO 2020, in corso di definizione.
- Al fine di consentire il potenziamento degli uffici amministrativi, in attuazione del PTFP-Annualità 2020 è stata indetta, con delibera n. 1128 del 14/12/2020, una procedura di mobilità compartimentale e intercompartimentale, per l'assunzione di 6 collaboratori amministrativi, 8 assistenti amministrativi e 2 coadiutori amministrativi esperti.

In tale sede è appena il caso di menzionare, in via di mera sintesi, le principali attività realizzate dall'Azienda in attuazione degli adempimenti istituzionali e/o degli indirizzi programmatici aziendali.

- RISOLUZIONE VERTENZA FASCE: a seguito di Pre-Intesa sindacale, previo parere positivo del MEF-RGS e certificazione del Collegio Sindacale, è stato sottoscritto l'Accordo sindacale per la definizione degli esiti dell'Ispezione ministeriale del 2018 secondo la regolazione vigente;
- IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE approvato dalla Regione con DGR n. 1038 del 30.12.2019, recepita con delibera aziendale n. 1163 del 31/12/2019, mediante l'avvio/prosecuzione delle procedure selettive per l'acquisizione delle risorse umane previste nel Piano delle Assunzioni, attraverso cui si intende far fronte alle gravissime carenze di risorse umane;
- ADOZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE AZIENDALE 2020 - 2022, con cui sono stati definiti gli obiettivi strategici aziendali, opportunamente declinati negli obiettivi operativi, da realizzare attraverso l'implementazione di accorgimenti organizzativi e funzionali urgenti finalizzati al miglioramento quali-quantitativo delle prestazioni e delle performance, l'ammodernamento dei modelli di servizi, l'innovazione tecnologica e l'integrazione intersettoriale ed interdisciplinare;
- APPROVAZIONE PIANO DI FORMAZIONE IN MATERIA DI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA PER IL TRIENNIO 2020-2022 ai sensi della L. 190/2012 E S.M.I., adottato con deliberazione aziendale n. 48 del 28/01/2020;
- APPROVAZIONE PIANO DELLA FORMAZIONE AZIENDALE ANNO 2020, adottata con deliberazione n. 134 del 17/02/2020;
- AVVIO E CONCLUSIONE DEL PROCESSO DI BUDGETING con definizione e negoziazione degli obiettivi operativi alle singole articolazioni organizzative aziendali, che si è conclusa nel mese di febbraio a seguito della proclamazione dello stato d'emergenza, che ha determinato la sospensione delle attività ordinarie ed è stata ripresa successivamente con l'adozione dei documenti di budget formalizzata con deliberazione n. 1115/2020;
- APPROVAZIONE BILANCIO D'ESERCIZIO 2019, adottato con deliberazione aziendale n. 751 dell'11/08/2020, così come modificata con deliberazione aziendale n. 933 del 16/10/2020, che ha evidenziato il consolidamento dell'equilibrio economico finanziario;

- RECEPIMENTO ACCORDO PER L'ATTIVAZIONE DELL'ISTITUTO CONTRATTUALE DELLA PROGRESSIONE ECONOMICA ORIZZONTALE ai fini dell'attribuzione, a decorrere dal 01.01.2020, della fascia retributiva superiore al personale dipendente a tempo indeterminato del comparto;
- STIPULA DEL CONTRATTO COLLETTIVO INTEGRATIVO AZIENDALE (CCIA 2020-2022) E APPROVAZIONE REGOLAMENTI, in applicazione dell'art. 8 del CCNL 2016/2018 del 21/05/2018, recepiti con deliberazione aziendale n. 813 del 17/09/2020;
- CONVENZIONE CON L'ENTE ECCLESIASTICO "OSPEDALE GENERALE REGIONALE MIULLI" PER ATTIVITA' CHIRURGICHE DI FORMAZIONE IN OCULISTICA, adottata con deliberazione aziendale n. 787 del 04/09/2020, al fine di potenziare l'offerta chirurgica nella branca dell'oculistica;
- ASSEGNAZIONE E CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI DI FUNZIONE (109) formalizzati con deliberazione aziendale n.796 del 09/09/2020;
- APPROVAZIONE BILANCIO DI PREVISIONE 2021 E TRIENNALE 2021 - 2023, adottato con deliberazione aziendale n. 1087 del 01/12/2020;
- APPROVAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2019, adottata con deliberazione aziendale n. 1044 del 20/11/2020, con assegnazione del Fondo di Produttività per il comparto e per la dirigenza; in proposito pare opportuno sottolineare come nel 2020 sia stato applicato per la prima volta il nuovo sistema di misurazione e valutazione delle performance relativa all'anno 2019, adottato con deliberazione aziendale n. 1089 del 12/12/2019.

Nelle more della revisione dell'Atto Aziendale, nel 2020 si è mantenuto in essere lo stesso assetto strutturale definito nell'Atto Aziendale, adottato con successive deliberazioni n. 773/2015, n. 1123/2015 e n. 1161/2015, ed approvato dalla Giunta Regionale con D.G.R. n. 1077 del 10/08/2015, così come aggiornato con deliberazione aziendale n. 906 del 28/09/2017, così come modificata ed integrata con delibera n. n. 1099 del 21/11/2017 ed approvata dalla Regione Basilicata con D.G.R. n. 132 del 14/02/2018, recepita a sua volta dall'ASM con propria deliberazione n. 169 del 20/02/2018. Nel corso del 2020, con deliberazione aziendale n. 1186 del 24/12/2020 l'Azienda ha provveduto ad un aggiornamento dell'Atto Aziendale, attraverso la rifunzionalizzazione dell'UOC Medicina di Policoro, riconvertita in Medicina d'Urgenza, in conformità alla mission del P.O. di Policoro.

2.4.1. ASSISTENZA OSPEDALIERA

All'interno del presente macro livello assistenziale sono stati riportati, in via di mera sintesi, i risultati conseguiti oltre che dalle articolazioni organizzative degli Ospedali per Acuti, anche da quelle afferenti agli Ospedali Distrettuali.

Preliminarmente alla rappresentazione dei risultati di attività raggiunti relativamente all'assistenza ospedaliera nel 2020, non si può fare a meno di sottolineare come lo stato emergenziale connesso alla diffusione del COVID-19, abbia stravolto l'operatività aziendale, con una drastica riduzione delle attività ospedaliere sia di ricovero che specialistiche ambulatoriali, che, anche a seguito delle misure restrittive introdotte, si sono limitate esclusivamente alla gestione delle urgenze e delle patologie oncologiche.

In particolare nel corso del 2020, l'Azienda ha predisposto ed adottato il piano operativo aziendale per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID – 2019, in attuazione del programma operativo regionale in materia di assistenza ospedaliera, ai sensi dell'art. 2 del D.L. n. 34/2020, approvato dalla Regione con DGR n. 437 del 02/07/2020, così come integrata con successive DGR n. 611 del 10/09/2020 e n. 719/2020, formalizzato con delibera aziendale n. 847 del 28/09/2020, così come modificata da successiva deliberazione aziendale n. 965 del 30/10/2020.

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

- 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, 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 attuazione alle suddette misure, in conformità alle linee di indirizzo programmatiche nazionali e regionali, l'ASM ha avviato una serie di azioni riconducibili alle seguenti aree di intervento:

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

Il finanziamento dei suddetti interventi è stato autorizzato all'ASM dalla Regione Basilicata, da ultimo con DGR n. 611/2020 e s.m.i., ai sensi dell'art.2 del D.L. n. 34/2020.

Accanto alla programmazione straordinaria connessa alla emergenza sanitaria determinata dalla diffusione del COVID-19, la Direzione Strategica Aziendale, nell'ambito del mandato provvisoriamente ricevuto, ha continuato a perseguire gli obiettivi rivenienti dalla programmazione regionale triennale avviata nel 2019 dalla precedente Direzione Generale, in conformità alle linee di indirizzo regionali, riguardante sostanzialmente il consolidamento del processo di riorganizzazione della rete ospedaliera, in ottemperanza a quanto disposto dall'art. art. 2, comma 1b) della L.R. n. 2/2017 di riordino del S.S.R. di Basilicata e nel rispetto degli indirizzi programmatici definiti dal vigente Piano Regionale Integrato della Salute e dei Servizi alla Persona e alla Comunità 2012 – 2015, approvato dal Consiglio Regionale con Delibera n. 317 del 24/07/2012.

Coerentemente al tale impianto programmatico, la riorganizzazione della rete ospedaliera dell'ASM, ruota attorno a due obiettivi prioritari:

- il completamento del processo di riconversione in senso distrettuale degli Ospedali di Stigliano, Tinchi e Tricarico, realizzato con la definitiva dismissione dei posti letto per acuti residuali e con l'implementazione delle attività sanitarie di tipo territoriale previste nei piani attuativi adottati dall'Azienda;
- la riqualificazione dell'offerta assistenziale dell'Ospedale per acuti dell'ASM (comprendente i plessi ospedalieri di Matera e di Policoro) sia sotto il profilo strutturale che sotto quello organizzativo, sotto la spinta, da una parte, dell'esigenza di rispetto dei vincoli di finanza pubblica, in applicazione della normativa vigente e, dall'altra, delle evoluzioni e dei cambiamenti intervenuti nel contesto di riferimento, con specifico riferimento al nuovo ruolo ed alla nuova dimensione assunta dalla città di Matera, per effetto della designazione della stessa a Capitale Europea della Cultura per l'anno 2019. Le due spinte, per certi versi antitetiche, hanno imposto nel corso degli anni, in assenza di finanziamenti straordinari e supplementari rispetto a quelli correnti, la ricerca di nuove soluzioni organizzative ed operative, secondo una prospettiva di sistema tesa a favorire l'integrazione funzionale delle risorse e l'ottimizzazione del livello di efficacia e di efficienza dei servizi, in grado di far fronte alle nuove sfide in condizioni di garanzia e rispetto dei paradigmi di sostenibilità economica.

Lungo le suddette direttrici ed al netto della programmazione straordinaria connessa alla gestione del COVID-19, ha cercato di svilupparsi l'azione strategica dell'ASM nel corso 2020, in un contesto fortemente caratterizzato da gravi criticità legate per lo più alla carenza di personale, in conseguenza del protrarsi del blocco del turn over operato dall'Azienda in applicazione dei vincoli finanziari relativi alla spesa del personale e, più in generale, della normativa vigente in materia.

Nello specifico, con riferimento al primo obiettivo, il percorso di riorganizzazione ha raggiunto una fase di avanzato sviluppo, dopo aver superato le prevedibili difficoltà legate al processo di riconversione delle strutture sanitarie, per effetto del quale a tutto l'anno 2020 vede:

- l'Ospedale Distrettuale di Tricarico caratterizzarsi per le attività di Lungodegenza Medica, gestita direttamente, e per quelle di Riabilitazione nelle forme della Degenza Intensiva Riabilitativa e della

Lungodegenza Riabilitativa, gestite queste ultime attraverso la sperimentazione gestionale pubblico – privato con la Fondazione Don Gnocchi;

- l’Ospedale Distrettuale di Stigliano caratterizzarsi per le attività di Lungodegenza Medica, oltre ad essere sede di Hospice;
- l’Ospedale di Tinchì caratterizzarsi per l’offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali, con il consolidamento delle attività del nuovo Centro Dialisi di Tinchì, realizzato mediante progetto di finanza, che ha avuto avvio nel 2017, nel pieno rispetto dei tempi definiti nel cronoprogramma.

Con riferimento al secondo obiettivo, la direzione verso cui ha continuato a muoversi l’Azienda nel 2020 è quella del cambiamento di approccio nell’organizzazione ospedaliera, già tracciata dal precedente management aziendale, in conformità con le evoluzioni del quadro demografico (aumento del numero di anziani) epidemiologico (aumento dei pazienti cronici e con più patologie) e socio-economico (scarsità delle risorse a disposizione con forti pressioni al contenimento dei costi), contrassegnato da una logica che privilegia la strutturazione dell’organizzazione dell’ospedale intorno al bisogno del paziente, adottando un sistema basato sulla presa in carico del paziente lungo un percorso che tiene conto dell’intensità e della natura delle cure e che prevede il coinvolgimento di aree disciplinari integrate.

Tale approccio, incentrato sulla necessità del paziente, abbandona la concezione del lavoro centrato sui compiti e pone l’attenzione sul progetto di salute della persona, attraverso l’attivazione di processi ad alta integrazione multidisciplinare e con una riorganizzazione e differenziazione delle responsabilità cliniche, gestionali e logistiche.

In tale prospettiva e nella consapevolezza della complessità del percorso da compiere per la concreta attuazione del suddetto approccio, anche in considerazione del cambiamento culturale da esso richiesto, quest’Azienda ha cominciato a muovere i primi passi favorendo processi di integrazione al suo interno, anche in conseguenza dell’attuazione dell’art. 2, comma 1b) della L.R. n. 2/2017 di riordino del S.S.R. di Basilicata, per effetto del quale, come già precedentemente illustrato, i due presidi ospedalieri di Matera e Policoro costituiscono un’unica articolazione ospedaliera per acuti.

2.4.1.1 PRESIDIO OSPEDALIERO DI MATERA

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

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

- Pronto Soccorso
- Ricoveri
- Attività Specialistiche Ambulatoriali

ATTIVITA’ DI PRONTO SOCCORSO

Accessi in Pronto Soccorso

Accessi PS per Codice	2019	2020	Scostamento	
			assoluto	%
Bianco	1.895	1.286	-609	-32%
Giallo	11.592	8.844	-2.748	-24%
Rosso	417	306	-111	-27%
Verde	23.348	14.391	-8.957	-38%
Totale accessi PS	37.252	24.827	-12.425	-33%

Nel 2020 sono stati effettuati complessivamente 24.827 accessi al Pronto Soccorso dell’Ospedale di Matera, facendo registrare rispetto al 2019 un decremento complessivo pari al -33%.

Tale riduzione è imputabile alle variazioni comportamentali della popolazione connesse alla diffusione della pandemia che ne hanno scoraggiato l’afflusso al Pronto Soccorso, limitandone significativamente gli accessi.

**ATTIVITA' DI DEGENZA
RICOVERI ORDINARI**

DOTAZIONE POSTI LETTO ORDINARI	2019	2020	Scostamento	
			Assoluto	%
TOTALE	302	302	0	0%

Il numero dei posti letto ordinari del P.O. di Matera nel 2020 è rimasto immutato rispetto all'anno precedente, sebbene nel corso dell'anno si sia provveduto ad una attività di costante rimodulazione funzionale della dotazione tra i vari reparti, in conformità all'evoluzione del trend di ospedalizzazione per covid. A partire dalla fine del mese di febbraio 2020, infatti, in corrispondenza della proclamazione dello stato di emergenza sanitaria connesso alla diffusione del COVID-19, si è provveduto ad una riorganizzazione strutturale di tutti i posti letto disponibili presso il P.O. di Matera, con una gestione flessibile degli stessi, coerente con l'evoluzione pandemica, che ha consentito la individuazione di specifiche "aree covid", a gestione prevalentemente delle Malattie Infettive, della Pneumologia, oltre che della Rianimazione, in cui sono via via confluiti posti letto, sottratti temporaneamente ad altri reparti, in ragione dell'incremento dell'ospedalizzazione dei pazienti covid positivi. In particolare, al fine di evitare il più possibile la diffusione dei contagi tra i pazienti e il personale, accanto all'area di degenza con i posti letto dedicati ai pazienti conclamati positivi, è stata creata un'altra area osservazionale con posti letto dedicati ai pazienti da ricoverare, in attesa di esito del tampone. Tale flessibilità nella gestione dei posti letto, ha consentito all'Azienda di far fronte anche ai picchi di domanda verificatisi nel corso della prima e soprattutto della seconda ondata.

DIMESSI ORDINARI	2019	2020	Scostamento	
			assoluto	%
TOTALE	12.304	8.728	-3576	-29%

Nel 2020 i ricoveri ordinari effettuati nel P.O. di Matera sono stati 8.728, con una sostanziale diminuzione rispetto all'anno precedente (-3.576 ricoveri), pari al -29%, interamente ascrivibile alla pandemia, per effetto della quale per la maggior parte del tempo sono state sospese le attività di ricovero, con la sola eccezione delle urgenze e delle patologie oncologiche.

DEGENZA MEDIA	2019	2020	Scostamento
			%
TOTALE	7,6	8,3	9%

Nel 2020 la degenza media effettiva registrata nel P.O. di Matera è stata pari a 8,3 giorni, in aumento rispetto all'anno precedente, in cui si era attestata a 7,6 giornate, significativamente al di sopra del target fissato dal DM 70/2015, che fissa il valore medio della degenza per acuti a 7 giorni. Tale incremento trova in parte giustificazione nelle dinamiche connesse alla diffusione della pandemia ed in particolare alla ospedalizzazione di pazienti affetti dal Covid, la cui permanenza in ospedale è solitamente molto lunga.

TASSO DI OCCUPAZIONE RICOVERI ORDINARI	2019	2020	Scostamento
			%
TOTALE	85,4%	65,9%	-23%

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

L'analisi del tasso di occupazione dei posti letto ordinari del P.O. di Matera nel 2020 evidenzia un valore pari a circa l'65,9%, in netta diminuzione rispetto all'anno precedente, in cui lo stesso indicatore era pari a circa l'85,4%. Tale riduzione trova giustificazione nella netta contrazione dei ricoveri determinata dalle sospensioni delle attività ospedaliere effettuate nel corso del 2020 a causa della diffusione del Covid.

Le dinamiche organizzative relative al 2020, caratterizzate dalla rifunionalizzazione dei posti letto del P.O. di Matera, con una gestione flessibile degli stessi in considerazione dell'andamento dell'ospedalizzazione dei pazienti affetti da covid, che ha portato a continui spostamenti dei posti letto dai vari reparti alle aree covid e viceversa, rendono priva di significato l'analisi del tasso di occupazione per singolo reparto.

INDICE DI ROTAZIONE	2019	2020	Scostamento	
			%	
TOTALE	41	29	-29%	

L'Indice di Rotazione dei posti letto ordinari, che indica il numero di ricoveri effettuati sullo stesso posto letto ovvero il numero medio di pazienti che ruotano sullo stesso letto, nel 2020 è stato pari a 29, in notevole diminuzione rispetto all'anno precedente.

L'analisi dell'indice di rotazione del P.O. di Matera nel 2020 evidenzia un valore pari a 29, in netta diminuzione rispetto all'anno precedente, in cui lo stesso indicatore era pari a circa 41. Tale riduzione trova giustificazione nella netta contrazione dei ricoveri determinata dalle sospensioni delle attività ospedaliere effettuate nel corso del 2020 a causa della diffusione del Covid.

INDICE DI TURN OVER POSTI LETTO ORDINARI	2019	2020	Scostamento %
TOTALE	1,30	4,31	232%

L'Indice di turn over dei posti letto ordinari, che misura il periodo di tempo (numero di giorni) intercorrente tra la dimissione di un paziente e la successiva ammissione di un nuovo paziente, calcolato sui pazienti dimessi dai singoli reparti, nell'anno 2020 è stato pari a 4,31 giorni, in netta crescita rispetto all'anno precedente. Tale indicatore che sostanzialmente individua il periodo di tempo in cui il posto letto di un reparto rimane libero tra un ricovero ed il successivo, fornisce una misura diretta del funzionamento dinamico di un servizio e quindi degli eventuali sprechi nell'utilizzazione dei posti letto.

Il netto incremento del valore dell'intervallo di turn over è sicuramente connesso alle dinamiche che hanno caratterizzato le attività di ricovero del P.O. di Matera nel corso del 2020, con riferimento specifico alle misure adottate per contrastare il Covid.

PESO MEDIO RICOVERI ORDINARI	2019	2020	Scostamento	
			%	
TOTALE	1,06	1,09	3%	

Il peso medio dei ricoveri ordinari del P.O. di Matera, calcolato escludendo il DRG 391 relativo ai "neonati sani", nel 2020 è stato pari a 1,09, con un lieve incremento del +3% rispetto all'anno precedente.

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

Sicuramente anche la complessità della casistica trattata nel corso del 2020 dai reparti del P.O. di Matera ha risentito degli effetti indotti dalla pandemia da Covid, in considerazione dei mutamenti intervenuti nella tipologia di prestazioni offerte, tenuto conto della sospensione dei ricoveri in elezione oltre che dell'aumento di quelli per Covid.

VALORE ECONOMICO RICOVERI ORDINARI	2019	2020	Scostamento	
			assoluto	%
TOTALE	41.255.349	30.979.190	-10.276.159	-24,9%

Nel 2020 il valore economico dei ricoveri ordinari effettuati dall'Ospedale di Matera è stato pari complessivamente a 30.979.190 euro, evidenziando un netto decremento rispetto al 2019, interamente ascrivibile alla pandemia, per effetto della quale per la maggior parte del tempo sono state sospese le attività di ricovero, con la sola eccezione delle urgenze e delle patologie oncologiche.

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

DAY HOSPITAL	2019	2020	Scostamento	
			assoluto	%
TOTALE	1.691	1.070	-621	-37%

Nel 2020 nel P.O. di Matera sono stati effettuati complessivamente 1.070 ricoveri in Day Hospital/Day Surgery, con un decremento di -621 ricoveri rispetto al 2019, pari al -37%.

Tale massiccia riduzione di DH è interamente ascrivibile alla pandemia, per effetto della quale per la maggior parte del tempo sono state sospese le attività di ricovero, con la sola eccezione delle urgenze e delle patologie oncologiche.

VALORIZZAZIONE ECONOMICA DH	2019	2020	Scostamento	
			Assoluto	%
TOTALE	2.536.321	1.982.357	-553.964	-22%

ATTIVITA' CHIRURGICA P.O. MATERA

INTERVENTI 2019				
REPARTO	Degenza Ordinaria	Day Surgery	Ambulatorio	TOTALE
Totale complessivo	5.908	910	3.637	10.455

INTERVENTI 2020				
REPARTO	Degenza Ordinaria	Day Hospital	Ambulatorio	Totale
Totale complessivo	4338	551	2086	6975

Nel 2020 sono stati effettuati 6.975 interventi chirurgici, quasi 3.500 in meno rispetto all'anno precedente (-33%), di cui il 62% in regime di ricovero ordinario, a fronte del 57% dell'anno precedente, l'8% in regime di day hospital, a fronte del 9% dell'anno precedente, ed il rimanente 30% in regime ambulatoriale, a fronte del 35% dell'anno precedente. Il raffronto con il 2019 evidenzia un netto decremento di interventi in tutti i setting assistenziali (ricovero ordinario, DS e ambulatoriale), interamente ascrivibile alla pandemia, per effetto della quale per la maggior parte del tempo sono state sospese le attività di sala operatoria, con la sola eccezione delle urgenze e delle patologie oncologiche.

ATTIVITA' SPECIALISTICA AMBULATORIALE

NUMERO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI P.O. MATERA				
P.O. MATERA	2019	2020	SCOSTAMENTO	
Totale complessivo	635.412	455.875	-179.538	-28%

Le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate nel 2020 dai servizi del P.O. di Matera sono state complessivamente 455.875, evidenziando una netta riduzione del -28% rispetto all'anno precedente, interamente ascrivibile alla pandemia, per effetto della quale per la maggior parte del tempo sono state assicurate solo le prestazioni urgenti e quelle con classe di priorità B, sospendendo tutte le altre.

VALORE € PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI P.O. MATERA				
P.O. MATERA	2019	2020	SCOSTAMENTO	
Totale complessivo	13.608.468	10.725.634	-2.882.834	-21%

Il valore economico delle prestazioni specialistiche erogate dalle U.O. del P.O. di Matera nel 2020 è stato pari a 10.725.634 euro, con un decremento pari al -21% rispetto al 2019. Tale decremento, che ha riguardato tutte le unità operative, come dianzi detto, è ascrivibile interamente agli effetti della pandemia.

2.4.1.2 PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLICORO

ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO P.O. POLICORO

Accessi in Pronto Soccorso

Accessi PS P.O. Policoro	2019	2020	Scostamento	
			assoluto	%
Bianco	625	490	-135	-22%
Giallo	4.840	3.227	-1613	-33%
Rosso	126	59	-67	-53%
Verde	24.595	15.459	-9136	-37%
Totale accessi PS	30.186	19.235	-10.951	-36%

Nel 2020 sono stati registrati complessivamente 19.235 accessi nel P.O. di Policoro, facendo registrare rispetto al 2019 un decremento complessivo pari al -36%.

Tale riduzione è imputabile alle variazioni comportamentali della popolazione connesse alla diffusione della pandemia che ne hanno scoraggiato l'afflusso al Pronto Soccorso, limitandone significativamente gli accessi.

L'analisi degli accessi per codice di triage nello specifico evidenzia nel 2020 rispetto all'anno precedente una riduzione di tutti i codici di triage.

Dai dati riportati si rileva che nel 2020 hanno avuto accesso mediamente 53 pazienti al giorno, in netto decremento rispetto all'anno precedente (68 accessi al giorno).

ATTIVITA' DI DEGENZA

RICOVERI ORDINARI

DOTAZIONE POSTI LETTO ORDINARI	2019	2020	Scostamento	
			Assoluto	%
TOTALE	92	92	0	0%

I posti letto ordinari effettivi dei vari reparti del P.O. di Policoro, nel 2020, pari complessivamente a 92, non hanno subito variazioni rispetto all'anno precedente.

DIMESSI ORDINARI	2019	2020	Scostamento	
			assoluto	%
TOTALE	5.500	3.725	-1775	-32%

Nel 2020 i ricoveri ordinari effettuati nel P.O. di Policoro sono stati 3.725, facendo registrare un decremento rispetto al 2019 di -1775 ricoveri, pari al -32%, interamente ascrivibile alla pandemia, per effetto della quale per la maggior parte del tempo sono state sospese le attività di ricovero, con la sola eccezione delle urgenze e delle patologie oncologiche.

DEGENZA MEDIA	2019	2020	Scostamento
TOTALE	5,1	5,7	11%

Nel 2020 la degenza media registrata nel Presidio Ospedaliero di Policoro è pari a 5,7 giorni, nel pieno rispetto del target stabilito dal DM 70/2015, pari a 7 giornate, sia pure in aumento dell'11% rispetto all'anno precedente.

TASSO DI OCCUPAZIONE EFFETTIVO RICOVERI ORDINARI	2019	2020	Scostamento
			%
TOTALE	84,0%	62,7%	-25%

Il tasso di occupazione dei posti letto ordinari considera le giornate di degenza effettivamente coperte rispetto alle giornate di degenza teoricamente possibili, pertanto esprime la capacità di saturazione dei p.l. L'analisi del tasso di occupazione dei posti letto ordinari del P.O. di Policoro nel 2020 evidenzia un notevole decremento rispetto all'anno precedente (-25%), collocandosi abbondantemente al di sotto del 90%, che costituisce il target dettato dal D.M. 70/2015, pari al 90%. Tale riduzione trova giustificazione nella netta contrazione dei ricoveri determinata dalle sospensioni delle attività ospedaliere effettuate nel corso del 2020 a causa della diffusione del Covid.

INDICE DI ROTAZIONE	2019	2020	Scostamento	
			%	
TOTALE	60	40	-33%	

L'indice di rotazione dei posti letto ordinari, che indica il numero di ricoveri effettuati sullo stesso posto letto ovvero il numero medio di pazienti che ruotano sullo stesso letto, nel 2020 per l'Ospedale di Policoro è stato pari a 40, in notevole riduzione (-33%) rispetto all'anno precedente.

Tale riduzione trova giustificazione nella netta contrazione dei ricoveri determinata dalle sospensioni delle attività ospedaliere effettuate nel corso del 2020 a causa della diffusione del Covid.

INDICE DI TURN OVER	2019	2020	Scostamento %	
TOTALE	0,98	3,36	243%	

L'indice di turn over, che misura il periodo di tempo (numero di giorni) intercorrente tra la dimissione di un paziente e la successiva ammissione di un nuovo paziente sullo stesso letto, calcolato sui pazienti effettivamente transitati sui posti letto dei singoli reparti, nell'anno 2020 è stato pari per il P.O. di Policoro a 3,36 giorni, evidenziando un netto incremento rispetto all'anno precedente.

Tale incremento dell'intervallo di turn over è sicuramente connesso alle dinamiche che hanno caratterizzato le attività di ricovero del P.O. di Policoro nel corso del 2020, con riferimento specifico alle misure adottate per contrastare il Covid.

PESO MEDIO RICOVERI ORDINARI	2019	2020	Scostamento	
			%	
TOTALE	0,86	0,87	1,2%	

Il peso medio dei ricoveri ordinari del P.O. di Policoro, calcolato escludendo il DRG 391 relativo ai "neonati sani", nel 2020 è stato pari a 0,87, sostanzialmente in linea rispetto all'anno precedente.

VALORE ECONOMICO RICOVERI ORDINARI	2019	2020	Scostamento	
			assoluto	%
TOTALE	13.347.140	9.436.110	-3.911.030	-29,3%

Nel 2020 il valore economico dei ricoveri effettuati dall'Ospedale di Policoro è pari a 9.436.110 euro, evidenziando un netto decremento rispetto all'anno precedente pari al -29,3%, interamente ascrivibile alla pandemia, per effetto della quale per la maggior parte del tempo sono state sospese le attività di ricovero, con la sola eccezione delle urgenze e delle patologie oncologiche.

ATTIVITA' DI DAY HOSPITAL/DAY SURGERY

NUMERO RICOVERI DAY HOSPITAL	2019	2020	Scostamento	
			assoluto	%
TOTALE	634	391	-243	-38%

Nel 2020 nell'Ospedale di Policoro sono stati effettuati complessivamente 391 ricoveri in Day Hospital/Day Surgery, in netta riduzione rispetto al 2019.

Il suddetto decremento, che ha riguardato tutti i reparti è interamente ascrivibile agli effetti della pandemia ed in particolare alla sospensione delle attività di ricovero, fatta eccezione per le urgenze e le patologie oncologiche.

VALORIZZAZIONE ECONOMICA DH	2019	2020	Scostamento	
			Assoluto	%
TOTALE	898.823	527.160	-371.663	-41,3%

La valorizzazione economica dei DH effettuati nell'Ospedale di Policoro nel 2020 è stata pari a 527.160 euro, in netta diminuzione rispetto all'anno precedente del -41,3%.

Tale andamento riflette fedelmente l'andamento del numero dei ricoveri precedentemente descritto, con una riduzione che ha interessato tutti i reparti in conseguenza degli effetti generati dalla diffusione del Covid.

ATTIVITA' CHIRURGICA

P.O. POLICORO				
2019	Degenza Ordinaria	Day Hospital	Ambulatorio	Totale
Totale	1724	441	1001	3166

P.O. POLICORO				
2020	Degenza Ordinaria	Day Hospital	Ambulatorio	Totale
Totale	1248	224	850	2322

Nel 2020 nel P.O. di Policoro sono stati effettuati 2.322 interventi chirurgici, con un decremento di quasi 1.000 interventi: di tali interventi il 54%, pari a 1.248, sono stati effettuati in regime di ricovero ordinario, in calo rispetto all'anno precedente; il 10%, pari a 224, in regime di day hospital, oltre 200 interventi in meno rispetto all'anno precedente e il 36%, pari a 850 interventi, in regime ambulatoriale, 150 in meno rispetto al 2019.

Il raffronto con il 2019 evidenzia un netto decremento di interventi in tutti i setting assistenziali (ricovero ordinario, DS e ambulatoriale), interamente ascrivibile alla pandemia, per effetto della quale per la maggior parte del tempo sono state sospese le attività di sala operatoria, con la sola eccezione delle urgenze e delle patologie oncologiche.

Ciò premesso, la tendenza in atto evidenzia comunque lo spostamento del setting assistenziale dal regime ordinario al day hospital e a quello ambulatoriale, in linea con gli indirizzi nazionali e regionali.

ATTIVITA' SPECIALISTICA AMBULATORIALE OSPEDALIERA

SPECIALISTICA AMBULATORIALE PRESIDIO OSPEDALIERO POLICORO								
SERVIZIO	numero prestazioni		scostamento		valore prestazioni		scostamento	
	2019	2020	assoluto	%	2019	2020	assoluto	%
Totale complessivo	407.218	263.929	-143.289	-35%	4.082.537	2.487.882	-1.594.655	-39%

Le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate nel 2020 dai servizi del P.O. di Policoro sono state complessivamente 263.929, evidenziando un decremento del -35% rispetto all'anno precedente. Tale decremento, che ha riguardato tutte le unità operative ospedaliere, interamente ascrivibile alla pandemia, per effetto della quale per la maggior parte del tempo sono state assicurate solo le prestazioni urgenti e quelle con classe di priorità B, sospendendo tutte le altre.

Analogamente, il valore economico delle prestazioni specialistiche erogate dai servizi dell'Ospedale di Policoro nel 2020 è stato pari a 2.487.882 euro, con un decremento pari al -39% rispetto all'anno precedente.

2.4.1.3 OSPEDALE DISTRETTUALE DI TRICARICO

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

ATTIVITA’ DI DEGENZA OSPEDALE DISTRETTUALE TRICARICO

DOTAZIONE POSTI LETTO ORDINARI	2019	2020	Scostamento	
			assoluto	%
DEGENZA INTENSIVA RIABILITATIVA DON GNOCCHI	48	48	0	0%
LUNGODEGENZA -RIABILITATIVA- DON C.GNOCCHI	16	16	0	0%
LUNGODEGENZA MEDICA	30	28	-2	-7%
COMA VEGETATIVO	5	7	2	40%
TOTALE	99	99	0	0%

Nel corso del 2020 si è ulteriormente consolidato il modello organizzativo previsto per l’Ospedale distrettuale di Tricarico dalla programmazione aziendale e regionale, con la definitiva riconversione dei posti letto in favore della riabilitazione, gestita dalla Fondazione Don Gnocchi, e della Lungodegenza medica, con l’implementazione dei posti letto per coma vegetativo.

A fine anno, con deliberazione aziendale n. 1098 del 03/12/2020 si è provveduto a rimodulare i posti letto post acuti cod. 60 assegnati, riducendo di due unità quelli di lungodegenza medica ed incrementando dello stesso numero quelli dedicati allo “stato vegetativo”, con l’effetto finale di una invarianza del numero complessivo degli stessi.

DIMESSI ORDINARI	2019	2020	Scostamento	
			assoluto	%
DEGENZA INTENSIVA RIABILITATIVA DON GNOCCHI	403	228	-175	-43%
LUNGODEGENZA – RIABILITATIVA - DON C.GNOCCHI	179	117	-62	-35%
LUNGODEGENZA MEDICA	121	77	-44	-36%
COMA VEGETATIVO	5	4	-1	-20%
TOTALE	708	426	-282	-40%

Nel 2020 i ricoveri ordinari effettuati nell’Ospedale distrettuale di Tricarico sono stati 426, evidenziando una significativa riduzione, pari al -40%, rispetto all’anno precedente che ha riguardato tutte le unità operative presenti. Tale riduzione è stata determinata dagli effetti della diffusione della pandemia a covid – 19 e, in particolare dalla chiusura per molti giorni di un’intera stecca dell’Ospedale a causa della diffusione di un focolaio di infezione, per cui sono rimasti contagiati gran parte dei pazienti ricoverati, che sono stati trasferiti in parte all’Ospedale di Matera ed in parte all’Ospedale San Carlo di Matera, oltre che alcuni dipendenti dell’Ospedale.

ATTIVITA’ SPECIALISTICA AMBULATORIALE OSPEDALE DISTRETTUALE DI TRICARICO

PRESTAZIONI AMBULATORIALI	2019	2020	SCOSTAMENTO	
			assoluto	%
Totale complessivo	160.469	112.556	-47.913	-30%

Le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate nel 2020 dai servizi dell’Ospedale di Tricarico sono state complessivamente 112.556, evidenziando un calo di quasi 48.000 prestazioni rispetto al 2019, pari al -30%. Tale decremento, che ha riguardato tutti i servizi dell’Ospedale di Tricarico è stato determinato dagli effetti della diffusione della pandemia, per effetto della quale per la maggior parte del tempo sono state assicurate solo le prestazioni urgenti e quelle con classe di priorità B, sospendendo tutte le altre.

PRESTAZIONI AMBULATORIALI VALORE €	2019	2020	SCOSTAMENTO	
			Assoluto	%
Totale complessivo	1.026.006	643.616	-382.390	-37%

Il valore economico delle prestazioni specialistiche erogate dai servizi dell'Ospedale di Tricarico nel 2020 è stato pari a 643.616 euro, con un notevole decremento, pari al -37% rispetto all'anno precedente, che riflette lo stesso identico trend del numero di prestazioni.

2.4.1.4 OSPEDALE DISTRETTUALE DI STIGLIANO

L'Ospedale di Stigliano, come precedentemente specificato, è un Ospedale Distrettuale deputato fondamentalmente alla gestione della Lungodegenza, cui sono stati dedicati 24 posti letto.

Nello specifico, nel corso del 2020, dei 24 posti letto dedicati ne sono stati utilizzati solo 14, a causa delle gravi carenze di organico, con particolare riferimento a quello infermieristico.

In particolare, a causa della diffusione del COVID – 19, le attività di ricovero di Lungodegenza Medica sono state sospese nel mese di aprile, mentre a partire dal mese di novembre i suddetti posti letto sono stati rifunzionalizzati e destinati ai pazienti affetti da covid, asintomatici o paucisintomatici, in isolamento.

RICOVERI ORDINARI OSPEDALE DISTRETTUALE STIGLIANO

DIMESSI ORDINARI	2019	2020	Scostamento	
			assoluto	%
LUNGODEGENZA MEDICA (S)	126	41	-85	-67%
TOTALE	126	41	-85	-67%

Nel 2020 i ricoveri ordinari effettuati nell'Ospedale Distrettuale di Stigliano sono stati 41, con una notevole riduzione rispetto all'anno precedente, pari al 67%. Di questi ricoveri 22 sono stati effettuati dalla Lungodegenza Medica da gennaio ad aprile 2020, mentre i rimanenti 19 sono i pazienti dimessi.

La notevole riduzione dei ricoveri nel 2020 rispetto al 2019 è ovviamente stata determinata dalla sospensione delle attività di ricovero dal mese di maggio al mese di novembre.

ATTIVITA' SPECIALISTICA AMBULATORIALE OSPEDALE DISTRETTUALE DI STIGLIANO

PRESTAZIONI AMBULATORIALI NUMERO	2019	2020	SCOSTAMENTO	
			Assoluto	%
Totale complessivo	17.557	11.118	-6.439	-37%

Le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate nel 2020 dai servizi dell'Ospedale Distrettuale di Stigliano sono state complessivamente 11.118, evidenziando un netto decremento del -37% rispetto all'anno precedente. Tale decremento, che ha riguardato tutti i servizi dell'Ospedale di Tricarico è stato determinato dagli effetti della diffusione della pandemia, per effetto della quale per la maggior parte del tempo sono state assicurate solo le prestazioni urgenti e quelle con classe di priorità B, sospendendo tutte le altre.

PRESTAZIONI AMBULATORIALI NUMERO	2019	2020	SCOSTAMENTO	
			assoluto	%
Totale complessivo	156.455	71.562	-84.893	-54%

Il valore economico delle prestazioni specialistiche erogate dai servizi dell'Ospedale Distrettuale di Stigliano nel 2020 è stato pari a 71.562 euro, con un decremento del -54% rispetto all'anno precedente, in analogia al trend relativo al numero di prestazioni, determinato essenzialmente dagli effetti della pandemia sopra menzionati.

HOSPICE DI STIGLIANO

L’Hospice di Stigliano con una dotazione di 8 posti letto, di cui 7 ordinari e 1 DH, nel 2020 ha effettuato 98 ricoveri, in diminuzione di 9 ricoveri rispetto all’anno precedente. Di tali ricoveri 57 sono ordinari, contro i 65 del 2019 e i rimanenti 41 sono in Day Hospital, contro i 42 dell’anno precedente.

2.4.1.5 OSPEDALE DISTRETTUALE DI TINCHI

L’Ospedale di Stigliano è un Ospedale Distrettuale deputato fundamentalmente alla gestione delle attività specialistiche ambulatoriali, dotato di un Centro Dialisi, rifunzionalizzato di recente attraverso un progetto di finanza.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE OSPEDALE DISTRETTUALE DI TINCHI

SERVIZIO	numero prestazioni		scostamento		valore prestazioni		scostamento	
	2019	2020	assoluto	%	2019	2020	assoluto	%
Totale complessivo	271.318	171.851	-99.467	-37%	3.615.175	2.694.418	-920.757	-25%

Le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate nel 2020 dai servizi dell’Ospedale Distrettuale di Tinci sono state complessivamente 171.851, evidenziando un significativo decremento del -37% rispetto al 2019. Tale decremento, che ha riguardato tutti i servizi dell’Ospedale di Tinci è stato determinato dagli effetti della diffusione della pandemia, per effetto della quale per la maggior parte del tempo sono state assicurate solo le prestazioni urgenti e quelle con classe di priorità B, sospendendo tutte le altre.

Analogamente, il valore economico delle prestazioni specialistiche erogate dai servizi dell’Ospedale Distrettuale di Tinci nel 2020 è stato pari a 2.694.418 euro, con un lieve decremento di -920.757 euro rispetto all’anno precedente, pari a -25%, determinato dagli effetti generati dalla diffusione della pandemia da covid-19, come dianzi rappresentato.

2.4.2. ASSISTENZA TERRITORIALE

Lo stato di emergenza connessa alla diffusione del COVID-19 nel corso del 2020 ha inevitabilmente condizionato le attività sanitarie svolte sul territorio, che hanno subito, al pari di quelle ospedaliere, una notevole riduzione, anche per effetto delle misure restrittive adottate per contenere il virus.

In particolare, nel corso del 2020, l’Azienda in conformità alle linee di indirizzo regionali e nazionali ha provveduto alla predisposizione ed adozione del piano operativo aziendale per il potenziamento della rete territoriale per emergenza COVID – 2019, in attuazione del programma operativo regionale in materia di assistenza territoriale, ai sensi dell’art. 1 del D.L. n. 34/2020, approvato dalla Regione con DGR n. 434 del 02.07.2020, così come integrata con successiva D.G.R. n. 612 del 10/09/2020, formalizzato con delibera aziendale n. 847 del 28/09/2020, così come modificata da successiva deliberazione aziendale n. 965 del 03/11/2020.

Nello specifico, coerentemente alle indicazioni contenute nelle Linee di indirizzo Organizzative nazionali, così come recepite a livello regionale, al fine di fronteggiare adeguatamente le emergenze pandemiche, il Piano di riorganizzazione della rete territoriale dell’ASM nasce dalla consapevolezza della centralità dell’assistenza sul territorio nella gestione dell’emergenza sanitaria connessa alla diffusione del COVID – 19 e dalla conseguente necessità di rafforzare la rete assistenziale territoriale in termini sia di prevenzione del contagio che di presa in carico dei pazienti e successivo monitoraggio.

Attraverso l’attuazione del presente programma l’Azienda si propone di:

- Implementare e rafforzare un solido sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della circolazione del COVID – 19, dei casi confermati e dei loro contatti;
- Intercettare tempestivamente eventuali focolai di trasmissione del virus;
- Assicurare una presa in carico precoce dei pazienti contagiati, dei pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio, dimessi o paucisintomatici non ricoverati e dei pazienti in isolamento fiduciario.

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

In particolare, gli interventi indicati nel suddetto Piano di riorganizzazione della rete territoriale dell'ASM ed in fase di attuazione prevedono:

- Isolamento – presa in carico pazienti paucisintomatici: al fine di assicurare la presa in carico dei soggetti positivi al tampone paucisintomatici, che non necessitano di ricovero ospedaliero in acuzie, sono stati rifunzionalizzati 16 posti letto presso l'Ospedale Distrettuale di Stigliano.

In merito alle misure necessarie per consentire l'eventuale isolamento, qualora se ne verificasse l'esigenza, accanto all'utilizzo degli ulteriori 16 posti letto dell'Ospedale Distrettuale di Stigliano, è stato previsto il ricorso alla stipula di contratti di locazione con strutture ricettive, che hanno fornito la propria disponibilità alla manifestazione di interessi indetta dalla Protezione Civile, presso cui destinare anche i pazienti in uscita dagli ospedali, clinicamente guariti, ma ancora non negativi al tampone.

L'ASM, in collaborazione con la Protezione Civile e le organizzazioni di volontariato, tramite i Distretti, deve garantire l'assistenza sanitaria ed il monitoraggio ai pazienti in isolamento presso le suddette strutture ricettive o presso il proprio domicilio, nonché le attività logistiche di ristorazione e di erogazione dei servizi essenziali.

- Potenziamento dell'ADI attraverso l'incremento delle azioni terapeutiche ed assistenziali al fine di:
 - o Assicurare le accresciute attività di monitoraggio e assistenza connesse all'emergenza
 - o Garantire il massimo livello di assistenza in favore dei pazienti isolati
 - o 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.

- Istituzione e rafforzamento delle USCO: l'Azienda, con deliberazione n. 314/2020, ha provveduto all'istituzione sul territorio della ASM n. 4 Unità Speciali COVID – 19 individuate nelle seguenti sedi operative:
 - o Sede Operativa Matera ubicata presso la sede centrale della ASM – Ambito di competenza Città di Matera
 - o Sede Operativa Tinchì ubicata presso l'O.D. di Tinchì – Ambito di competenza: Comuni di Bernalda, Pisticci, Craco, Policoro, Scanzano Jonico, Novasiri, Rotondella, Montalbano Jonico, Colobraro, San Giorgio Lucano
 - o Sede Operativa Tricarico ubicata presso l'O.D. di Tricarico – Ambito di competenza: Comuni di Tricarico, Grassano, Grottole, Calciano, Garaguso, Oliveto Lucano, Irsina, Ferrandina, Salandra, Pomarico, Miglionico, Montescaglioso
 - o Sede Operativa Stigliano ubicata presso l'O.D. di Stigliano – Ambito di competenza: Comuni di Stigliano, San Mauro Forte, Accettura, Cirigliano, Aliano, Gorgoglione, Tursi, Valsinni.

L'Azienda intende rafforzarli con l'impiego di Specialisti Ambulatoriali Convenzionati attraverso l'istituzione di ore aggiuntive per branche specifiche, quali in particolare: Pneumologia, Cardiologia, Geriatria e Neurologia.

- Introduzione dell'infermiere di famiglia o di comunità al fine di:
 - o potenziare l'assistenza domiciliare e la sorveglianza attiva dei pazienti in isolamento, non ospedalizzati,
 - o rafforzare l'assistenza ai pazienti fragili (cronici, disabili, non autosufficienti, bisognosi di cure palliative, ecc.), attraverso la collaborazione con MMG.

- Implementazione di assistenti sociali per valutazione multidimensionale al fine di supportare le USCO nella valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti e nell'integrazione con i servizi sociali e socio sanitari del territorio.
- Istituzione di Centrale Operativa per il coordinamento delle attività sanitarie e socio sanitarie territoriali al fine di favorire il raccordo tra servizi territoriali e sistema di emergenza-urgenza. 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, deve garantire:

- o 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,
- o il monitoraggio dei pazienti posti in sorveglianza attiva o in quarantena precauzionale, sia a proprio domicilio che nelle strutture ricettive dedicate, coordinandosi con il servizio di emergenza – territoriale nel caso di peggioramento delle condizioni cliniche dei pazienti e conseguente necessità di ospedalizzazione
- o la fornitura ai pazienti dei saturimetri e delle altre apparecchiature necessarie per il controllo a distanza dei parametri vitali.

Il finanziamento dei suddetti interventi è stato autorizzato all'ASM dalla Regione Basilicata, con DGR . 612/2020 e s.m.i., ai sensi dell'art.2 del D.L. n. 34/2020.

Accanto ai suddetti interventi connessi all'emergenza COVID – 19, nel corso del 2020, sono state portate avanti le attività territoriali, uniformandosi alle strategie già avviate dall'Azienda negli anni precedenti, in conformità alle linee di indirizzo programmatico regionale e nazionale, finalizzate al potenziamento del territorio, per la presa in carico dei pazienti cronici, nel tentativo di spostare il baricentro assistenziale sempre più vicino al domicilio del paziente, o comunque lontano dagli Ospedali, che rimangono il luogo di cura d'elezione dei pazienti acuti.

2.4.2.1 SPECIALISTICA AMBULATORIALE TERRITORIALE

Le strutture territoriali della ASM nel 2020 hanno effettuato complessivamente 45.094 prestazioni, evidenziando un decremento di 45.148 prestazioni rispetto al 2019, pari al -50%. La valorizzazione economica delle suddette prestazioni è stata pari nel 2020 a 716.412 euro, evidenziando un decremento di 836.638 euro rispetto all'anno precedente, pari al +54%.

Tale decremento, che ha riguardato tutti le sedi ambulatoriali distrettuali è stato determinato dalle conseguenze della diffusione della pandemia, per effetto della quale per la maggior parte del tempo sono state assicurate solo le prestazioni urgenti e quelle con classe di priorità B, sospendendo tutte le altre.

Si riportano di seguito, per ciascuna sede territoriale di erogazione della ASM, le prestazioni specialistiche ambulatoriali effettuate nel 2020, con riferimento sia al numero di prestazioni che alla corrispondente valorizzazione economica, opportunamente raffrontate con l'anno precedente.

SERVIZIO	numero prestazioni		scostamento		valore prestazioni		scostamento	
	2019	2020	assoluto	%	2019	2020	assoluto	%
Consutorio Familiare	1.945	1.879	-66	-3%	71.243	57.063	-14.180	-20%
Distretto Bernalda	3.799	2.419	-1.380	-36%	44.631	24.031	-20.599	-46%
Distretto Calciano	478	269	-209	-44%	3.132	1.859	-1.273	-41%
Distretto di Montalbano Jonico	1.236	819	-417	-34%	6.002	2.113	-3.889	-65%
Distretto di Pomarico	2.213	1.620	-593	-27%	14.293	8.793	-5.501	-38%

SERVIZIO	numero prestazioni		scostamento		valore prestazioni		scostamento	
	2019	2020	assoluto	%	2019	2020	assoluto	%
Distretto Ferrandina	7.479	4.483	-2.996	-40%	63.422	32.639	-30.783	-49%
Distretto Garaguso	597	444	-153	-26%	2.708	1.670	-1.038	-38%
Distretto Grassano	3.112	2.267	-845	-27%	16.514	10.944	-5.570	-34%
Distretto Grottole	2.042	1.069	-973	-48%	16.940	6.862	-10.078	-59%
Distretto Irsina	2.568	1.550	-1.018	-40%	20.425	9.298	-11.127	-54%
Distretto Miglionico	977	709	-268	-27%	4.400	2.712	-1.688	-38%
Distretto Montescaglioso	3.244	2.841	-403	-12%	32.852	23.744	-9.108	-28%
Distretto Oliveto Lucano	261		-261	-100%	1.192		-1.192	-100%
Distretto Pisticci	6.461	2.950	-3.511	-54%	150.126	70.671	-79.455	-53%
Distretto Policoro	9.456	4.287	-5.169	-55%	177.802	88.389	-89.413	-50%
Distretto Salandra	1.207	707	-500	-41%	8.344	3.485	-4.859	-58%
Distretto Tricarico	1.521	469	-1.052	-69%	27.373	8.920	-18.453	-67%
Distretto San Mauro Forte	331	141	-190	-57%	6.093	2.556	-3.537	-58%
Distretto Stigliano	2.242	1.156	-1.086	-48%	38.412	20.754	-17.658	-46%
Distretto Tursi	1.254	533	-721	-57%	22.477	9.131	-13.345	-59%
Poliambulatorio Matera (Via Montescaglioso)	32.559	14.058	-18.501	-57%	809.034	326.983	-482.052	-60%
Punto Sanità - P.zza Firenze	6.060	1.184	-4.876	-80%	15.635	3.055	-12.580	-80%
Sezione Distrettuale Comunale - Accettazione		40	40	#DIV/0!		741	741	
Totale complessivo	91.042	45.894	-45.148	-50%	1.553.049	716.412	-836.638	-54%

Come evidenziato dalle tabelle sopra riportate, nel 2020 si è avuta una riduzione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali in tutte le sedi distrettuali, per effetto della pandemia da covid-19, e della sospensione delle agende relative alle prestazioni con codici di priorità diversi da U e B, che ha determinato la formazione di notevoli liste d'attesa.

Nel corso del 2020 è stata garantita la gestione dell'attività specialistica ambulatoriale su tutto il territorio aziendale, monitorata all'interno del Comitato Zonale provinciale unico, oltre alla gestione dei 18 centri convenzionati esterni.

PNEUMOLOGIA TERRITORIALE

Nel corso del 2020, nonostante le criticità connesse alla diffusione della pandemia da Covid-19 e delle gravi carenze di personale, si sono consolidate le attività della U.O.S.D. Pneumologia Territoriale, nell'ambito della strategia aziendale di spostamento del baricentro assistenziale dall'Ospedale al Territorio, che nell'ambito della prevenzione, diagnosi e cura delle malattie dell'apparato respiratorio, hanno assicurato la presa in carico globale di pazienti cronici a livello ambulatoriale, anche attraverso l'attivazione delle classi di priorità che ha consentito ai pazienti di accedere alle prestazioni specialistiche in tempi brevi, evitando il ricorso all'ospedale.

Nello specifico, nel 2020 si è consolidata la collaborazione con i Medici di Medicina Generale, Pediatri di libera scelta, Medici di continuità assistenziale, Medici Ospedalieri, Specialisti ambulatoriali, attraverso numerosi incontri svoltisi in modalità webinar/FAD a causa della pandemia, finalizzati a promuovere e

diffondere il PDTA per la BPCO e l'Asma) approvato dalla Regione Basilicata e a condividere Percorsi e gestire congiuntamente casi clinici complessi, relativi a varie patologie gravi pneumologiche.

È stata assicurato il controllo a domicilio dei pazienti non deambulanti, in ossigenoterapia domiciliare e/o ventilazione meccanica residenti nel territorio ASM, esaudendo anche durante il periodo del lock down il 100% delle richieste.

Nel 2020 sono state effettuate n. 5265 prestazioni ambulatoriali e domiciliari per patologie pneumologiche spesso molto gravi e complesse, che hanno compreso anche il follow up di pazienti affetti da recenti polmoniti interstiziali da Sars – Cov-2.

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

Nel 2020 si è consolidato l'utilizzo del sistema Atlante per la gestione ADI, che ha consentito l'allineamento di tutti i flussi relativi ai dati di attività.

Nel 2020 è stata costantemente garantita l'Assistenza Domiciliare Integrata, che non ha mai subito interruzioni neanche nel periodo di recrudescenza della pandemia da Covid-19, se non per abbandono volontario da parte dei pazienti.

Per tutto il 2020 è stata monitorata l'applicazione ed il monitoraggio dei percorsi assistenziali formulati e condivisi con l'U.O.S.D. Area Cronicità, i MMG e alcune U.O. Ospedaliere per la dimissione protetta e per i ricoveri presso le strutture residenziali.

Nel 2020 sono stati trattati 2734 pazienti over 65 anni, pari al 6,61% della popolazione ultrasessantacinquenne: 1.622 pazienti con CIA 1, CIA2, CIA e 3 e 1112 pazienti con CIA inferiore a 0, 13 in prestazioni occasionali. In virtù di tali numeri, il rapporto tra il numero di prese in carico con CIA > 0,13 per residenti con età > = 65 anni e il numero di prese in carico (PIC) per cure domiciliari, di età > = 65 anni, nel 2020 è stato pari a 59,33%, in piena aderenza al target fissato dalla Regione Basilicata (>55%).

CURE PRIMARIE

Anche nel 2020, come negli anni precedenti, è stata assicurata la gestione di tutte le attività previste dagli ACN svolte nella ASM dai 169 MMG, 23 PLS e 124 MCA (nelle 33 sedi), tra le quali l'individuazione degli aventi diritto, l'assegnazione degli incarichi con redazione dei relativi atti, le attività connesse alla determinazione ed alla corresponsione degli emolumenti per le suddette categorie di medici.

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

La struttura collabora con la SSD assistenza domiciliare per diffondere l'utilizzo dei MMG e PLS della nuova procedura informatica del servizio ADI.

Obiettivo prioritario perseguito anche nel corso del 2020 è stato il recupero dell'appropriatezza prescrittiva, attraverso il monitoraggio continuo dei profili prescrittivi dei singoli MMG e PLS da parte del Comitato per l'Appropriatezza Prescrittiva e i Comitati Consultivi Aziendali per i MMG e i PLS, con la contestazione delle prescrizioni inappropriate e l'applicazione dei relativi addebiti.

Tra le misure adottate dall'Azienda nel corso del 2020 per far fronte all'emergenza sanitaria provocata dalla diffusione del COVID ed in ottemperanza alla vigente normativa, con deliberazione n. 314/2020 e n. 919/2020, si è provveduto alla istituzione sul territorio aziendale ed alla successiva proroga di n. 4 Unità Speciali Covid (USCO), dislocate nelle seguenti sedi operative:

ASSISTENZA RIABILITATIVA TERRITORIALE

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

Nel corso del 2020, limitatamente a quanto reso possibile dallo stato di emergenza da Covid-19, è stato dato impulso al processo di integrazione e aggregazione delle risorse umane fra le strutture degli Ospedali per Acuti e le Strutture Ospedaliere Distrettuali, attraverso l'implementazione delle procedure e dei percorsi assistenziali in ambito riabilitativo finalizzati alla presa in carico, monitoraggio e governance dei bisogni riabilitativi degli utenti dalla fase acuta a quella estensiva territoriale e si è provveduto alla

individuazione ed al soddisfacimento dei bisogni dei soggetti disabili, predisponendo appropriati interventi assistenziali e protocolli terapeutici che assicurino l'intervento più opportuno per il singolo caso nell'ambito della rete dei servizi, con monitoraggio costante della qualità dell'assistenza riabilitativa.

Nello specifico, nel 2020 le prestazioni ambulatoriali sono state fortemente limitate dalle misure restrittive e dalla sospensione delle attività imposte a livello regionale per contrastare l'epidemia da Covid-19, pur garantendo le visite fisiatriche in classi di priorità U e B. In particolare sono state effettuate presso il P.O. di Matera e l'Ambulatorio Distrettuale di Ferrandina n. 561 visite fisiatriche, n. 106 visite di controllo e n. 8.778 prestazioni di FKT, mentre sono state effettuate in favore dei pazienti ricoverati presso i reparti del P.O. di Matera n. 1489 consulenze fisiatriche e n. 3760 sedute riabilitative, per un totale di 686 pazienti trattati.

Inoltre nel 2020 sono state effettuate:

- le seguenti visite fisiatriche di controllo:
 - o n. 632 presso il P.O. di Policoro
 - o n. 132 presso l'Ospedale di Stigliano
 - o n. 388 presso l'Ospedale di Tinchi
- le seguenti attività riabilitative di fisioterapia:
 - o n. 5.968 presso il P.O. di Policoro
 - o n. 3.937 presso l'Ospedale di Stigliano
 - o n. 6.196 presso l'Ospedale di Tinchi
- le seguenti attività riabilitative di logopedia:
 - o n. 145 presso il P.O. di Policoro
 - o n. 42 presso l'Ospedale di Stigliano
 - o n. 132 presso l'Ospedale di Tinchi

Nel 2020 sono state effettuate in favore dei pazienti ricoverati presso:

- i reparti del P.O. di Policoro n. 240 consulenze fisiatriche e n. 996 sedute riabilitative, per un totale di 240 pazienti trattati
- i reparti del P.O. di Stigliano n. 1324 sedute riabilitative, per un totale di 609 pazienti trattati.

Nel 2020 sono state assicurate le attività dell'Unità di Valutazione dei Bisogni Riabilitativi, sia per il controllo e monitoraggio delle prestazioni riabilitative ex art.26, sia delle prestazioni ambulatoriali fisiatriche dei Centri Esterni Accreditati ex art. 25, nell'ambito dei quali sono stati esaminati 952 progetti nell'Area Adulti Matera e 294 progetti nell'Area Adulti Policoro.

ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE

Nel 2020 è stato garantito l'espletamento dei compiti istituzionali relativi all'assistenza farmaceutica territoriale.

Nel rispetto delle disposizioni di cui al DPR n. 371/1998 (Convenzione nazionale per l'Assistenza Farmaceutica) e dei relativi accordi regionali, il Servizio Farmaceutico provvede con cadenza mensile ad accettare le ricette spedite dalle farmacie aperte al pubblico, per quanto concerne sia l'Assistenza Farmaceutica sia l'Assistenza Sanitaria Integrativa Regionale, assicurando il controllo dei relativi documenti contabili presentati ai fini del pagamento e procedendo alla liquidazione mensile delle competenze spettanti alle suddette farmacie sulla base dei dati dalle stesse dichiarati sui documenti contabili presentati. Mensilmente, inoltre, i dati della spesa farmaceutica convenzionata vengono inviati alla Direzione Strategica, al Centro di Controllo Strategico e alle strutture aziendali territoriali interessate al monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche e della relativa spesa.

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

Si provvede, inoltre, a fornire i dati di consumo farmaceutico attraverso l'invio trimestrale ai MMG e PLS della reportistica medica elaborata dalla ditta Marno, per una autoanalisi delle prescrizioni effettuate, in base agli indicatori presenti nel report.

I suddetti report sono disponibili, previa validazione da parte dell'Azienda, sul portale "Medico Digitale" elaborato dalla citata ditta Marno e che è reso accessibile, oltre che ai MMG e PLS, alle altre strutture aziendali interessate al controllo e alla razionalizzazione della spesa farmaceutica.

Per quanto concerne, poi, le segnalazioni di sospetta reazione avversa ai farmaci, nell'anno 2020 sono pervenute n. 23 schede di segnalazione che, dopo la verifica della completezza e dell'accuratezza delle informazioni contenute, sono state trasmesse all'AIFA attraverso la Rete Nazionale di Farmacovigilanza. Nel corso del 2020 relativamente all'attività ispettiva sulle farmacie, la Commissione ex art. 17 L.R. 54/81 ha effettuato solo n. 2 visite ispettive; non è stato possibile effettuare altre ispezioni in conseguenza alle misure restrittive imposte dall'emergenza sanitaria per COVID-19.

AREA CRONICITA'

Nel corso del 2020 sono state assicurate le attività della Struttura Semplice Dipartimentale Area Cronicità: Integrazione Ospedale – Territorio, che ha continuato a svolgere un'importante azione di integrazione tra l'ospedale e il territorio, garantendo, accanto alle attività prettamente geriatriche territoriali, la presa in carico dei pazienti dopo le dimissioni ospedaliere, con particolare riguardo ai pazienti anziani e fragili, attraverso le dimissioni protette e altri percorsi assistenziali (domicilio, residenze sanitarie assistite, ospedali distrettuali post acuti, ecc.) finalizzati a favorire la continuità dell'assistenza.

Nello specifico le attività ospedaliere svolte presso il P.O. di Matera hanno riguardato:

- la presa in carico dei pazienti con una dimissione protetta che ha coinvolto l'intero Dipartimento Medico;
- l'ambulatorio di geriatria territoriale, anche in forma integrata con le UU.OO. di Pneumologia, di Malattie Infettive e di Geriatria (per le sole prestazioni di diagnostica vascolare)

Le attività territoriali nel Comune di Matera e nel Comune di Grottole hanno riguardato:

- ambulatorio di geriatria territoriale;
- valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri presso strutture residenziali;
- consulenze geriatriche domiciliari o presso strutture residenziali dopo dimissione protetta o su richiesta del MMG;
- controllo di tutti gli ospiti della RSSA di Matera per il rinnovo quota di compartecipazione socio-sanitaria da parte della ASM e della RSSA di Tricarico per le sole attività prescrittive di assistenza protesica;
- certificazioni a valenza medico legale, su richiesta delle commissioni d'invalidità civile;
- sostituzione PEG a domicilio nel comune di Matera;

ASSISTENZA CONSULTORIALE E DI PSICOLOGIA

Il Consultorio Familiare, è un servizio sociosanitario integrato di base, con competenze multidisciplinari. Costituisce un'importante strumento all'interno del distretto, per attuare gli interventi previsti a tutela della salute della donna, più globalmente intesa e considerata nell'arco dell'intera vita, nonché a tutela della salute dell'età evolutiva e dell'adolescenza, e delle relazioni di coppia e familiari.

Le attività consultoriali rivestono un ruolo fondamentale nel territorio in quanto la peculiarità del lavoro di équipe rende le attività stesse uniche nella rete delle risorse sanitarie e socio-assistenziali esistenti.

Il Consultorio Familiare mantiene la propria connotazione di servizio di base fortemente orientato alla prevenzione, all'informazione e all'educazione sanitaria.

Pur con i limiti derivanti dalle misure restrittive imposte dall'emergenza sanitaria conseguente alla pandemia da Covid-19, nel corso del 2020 sono state svolte:

- le attività di IVG
- il servizio di screening cervico uterino, attivo da gennaio a marzo, sospeso a causa COVID fino a settembre e ripreso ad ottobre fino a dicembre (432 Pap-Test e 394 HPV)
- le attività previste nel percorso di Accompagnamento alla Nascita, espletate fino a marzo in presenza e da aprile in poi attraverso piattaforma on-line; all'interno di tale percorso è stata curata l'intera organizzazione, le prenotazioni e la costituzione di gruppo;
- le visite ostetriche ospedaliere, che si sono svolte presso il Consultorio nel periodo aprile – novembre.
- è stata effettuata l'attività di ascolto telefonico attraverso il quale sono state fornite informazioni di Educazione Sanitaria, sostegno all'allattamento, sulle prestazioni erogate dal Consultorio ecc.

Sono stati programmati nell'anno 2020 i seguenti incontri monotematici: "Nati per la musica", "Nati per leggere", "Bimbi sicuri". Sono state sensibilizzate le utenti all'uso del pannolino lavabile e quello della fascia.

Si riportano di seguito le prestazioni registrate al CUP nel 2020, inerenti l'assistenza consultoriale erogata dal Consultorio familiare di Matera, sia di tipo ostetrico/ginecologico che di tipo psicologico.

SERVIZIO	numero prestazioni		scostamento		valore prestazioni		Scostamento	
	2019	2020	assoluto	%	2019	2020	assoluto	%
Consultorio Familiare	1.945	1.879	-66	-3%	71.243	57.063	-14.180	-20%
Ginecologia	1.094	1.270	176	16%	42.326	41.768	-557	-1%
Psicologia	851	609	-242	-28%	28.917	15.295	-13.622	-47%

Con riferimento alle attività di tipo ginecologico, nel 2020 si è registrata una significativa riduzione delle prestazioni complessive che sono passate da 6.326 nel 2019 a 4.284 nel 2020, con specifico riferimento al Pap test e HPV; tale decremento è interamente ascrivibile agli effetti della pandemia da covid 19.

Con riferimento alle prestazioni effettuate dalla Psicologia Clinica, fermo restando che non tutte sono transitate dal CUP, il numero complessivo delle stesse nel 2020, così come rilevate dall'U.O., è stato pari a 11.144, a fronte delle 21.819 del 2019, con una significativa riduzione, superiore alle 10.000 prestazioni, interamente ascrivibile agli effetti della pandemia, che le ha limitate alle urgenze ed alle attività effettuate on-line. Tali prestazioni sono state effettuate presso il Consultorio Familiare, l'U.O. di Salute Mentale, il Ser.D e l'Ospedale di Tinchi.

Nel corso del 2020 l'emergenza derivante dalla pandemia, ha indotto all'elaborazione di un progetto di supporto psicologico per il COVID-19, pubblicizzato sul sito dell'ASM e rivolto a tutti i soggetti che lamentavano una condizione di paura, panico, solitudine, disorientamento e più in generale di disagio.

SALUTE MENTALE ADULTI

Le attività erogate nell'ambito della salute mentale dalla ASM nel 2020 sono riconducibili a quelle effettuate dalle strutture operative in cui l'Area della Salute Mentale si articola.

Tali strutture sono:

- Spazio Psichiatrico di Diagnosi e Cura;
- Centro di Salute Mentale;
- Strutture Semiresidenziali – Centri Diurni;
- Strutture Residenziali.

In merito alle attività erogate dagli **Spazi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC)** degli Ospedali per acuti di Matera e Policoro, relativamente ai ricoveri ordinari e DH, si rimanda ai precedenti paragrafi relativi alle attività dell'assistenza ospedaliera e specificatamente all'Ospedale di Matera e a quello di Policoro.

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

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

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

- trattamenti psichiatrici e psicoterapie, ricoveri, Day hospital ospedalieri, inserimenti in strutture residenziali;
- attività diagnostiche con visite psichiatriche, colloqui psicologici per la definizione di appropriati programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi nell'ottica dell'approccio integrato, con interventi ambulatoriali, domiciliari, di rete e residenziali nella strategia della continuità terapeutica

- attività di raccordo con i medici di medicina generale, per fornire consulenza psichiatrica e per condurre, in collaborazione, progetti terapeutici e attività formativa;
- consulenza specialistica per i servizi “di confine” (NPI, SERT attraverso protocolli strutturati ecc.), nonché per le strutture residenziali per anziani;
- le emergenze-urgenze anche sul territorio;
- le attività infermieristiche di accoglienza, somministrazioni di terapia, prelievi ematici, colloqui con utenti e familiari, visite domiciliari strutturate con progetti individuali per ciascun utente che prevedono criteri di frequenza e modalità di effettuazione degli interventi;
- il supporto psicologico e psicoterapie (individuali, familiari);
- la continuità terapeutica (dell’intera equipe terapeutica anche nel corso del ricovero ospedaliero);
- l’attività psichiatrica presso la Casa circondariale di Matera;
- la collaborazione con il Tribunale anche con l’assunzione in cura presso comunità terapeutiche di utenti sottoposti a misure restrittive e la gestione dell’amministrazione di sostegno;
- le consulenze presso le case Famiglia con precisi programmi di contrasto alle nuove forme di istituzionalizzazione con attenzione agli inserimenti e verifiche dei percorsi riabilitativi nell’ottica della continuità terapeutica;
- le consulenze presso le comunità terapeutiche del territorio presso le quali sono inseriti i nostri utenti, per il monitoraggio e la verifica dei programmi riabilitativi.
- Le attività del Centro di Salute Mentale sono state condizionate dall’insorgenza della Pandemia da COVID- 19, per effetto della quale le prestazioni sono state limitate esclusivamente a quelle urgenti.

Con riferimento alle attività dei Centri di Salute Mentale si riportano in via di mera sintesi il numero di prestazioni effettuate dai CSM di Matera e Policoro nel 2020, distinte per singola tipologia, raffrontate con l’anno precedente.

SERVIZIO	numero prestazioni		scostamento		valore prestazioni		scostamento	
	2019	2020	assoluto	%	2019	2020	assoluto	%
CSM MATERA	4.920	3.841	-1.079	-22%	68.462	52.823	-15.639	-23%
CSM POLICORO	3.927	2.291	-1.636	-42%	54.040	32.768	-21.272	-39%
Totale complessivo	8.847	6.132	-2.715	-31%	122.502	85.591	-36.911	-30%

Nell’ASM sono attivi **Centri Diurni** presso Matera e Policoro.

A Matera vi sono due sedi:

- la prima, quella storica presso il CSM di Via Gramsci, con una capienza di 10 posti con prestazioni di risocializzazione, oltre alle attività di base;
- la seconda, più recente, denominata Centro Integrato Polivalente presso il Rione di Serra Rifusa, con una capienza di 20 posti.

Nel corso del 2020 le attività dei centri diurni hanno subito un ridimensionamento a causa della pandemia Sars-Cov-2, per effetto della quale dal 9 marzo sono state sospese le attività e le prestazioni riabilitative in presenza; dal 19 maggio sono state riprese le attività per n. 4 utenti, con orario ridotto (esclusi i pomeriggi) e senza l’uso cucina, mentre dal 3 settembre è ripresa l’attività di cucina con riapertura pomeridiana.

Complessivamente il numero di pazienti trattati nel 2020 è stato pari a 15, con 3 dimissioni per un totale di 2142 presenze.

Gli interventi riabilitativi sono stati n. 2.744, gli interventi di rete n. 600.

Per quanto riguarda le **Strutture Residenziali**, nella ASM operano 14 strutture, 8 facenti capo all’ambito della ex ASL n. 4 di Matera e 3 a quello della ex ASL n. 5 di Montalbano Jonico.

Le residenze dell’ambito della ex ASL n. 4 di Matera sono le seguenti:

- Casa Alloggio di Matera
- Casa Alloggio di Pomarico
- Casa Alloggio di Grassano
- Casa Alloggio di Miglionico
- Casa Alloggio di Tricarico

- Gruppo Appartamento di Tricarico
- Gruppo Appartamento di Grassano
- Gruppo Appartamento di Pomarico

Le Case Alloggio dell'ambito della ex ASL n. 4 di Matera complessivamente sono dotate di 49 posti letto e assistenza h. 24; ogni residenza dispone di 10 posti letto, tranne quella di Grassano che ne conta 9.

I Gruppi Appartamento sono dotati complessivamente di 12 posti letto e forniscono assistenza h.6 suddivisa per fasce orarie.

La gestione delle suddette strutture residenziali è affidata, tramite gara d'appalto, a n. 5 Cooperative Sociali organizzate in ATI che garantiscono prestazioni riabilitative, educativo-assistenziali ed infermieristiche.

Le attività che le caratterizzano sono improntate, nella quotidianità, al rafforzamento del gruppo come occasione di relazione con l'altro, alla condivisione di regole comuni e allo sviluppo dell'empowerment personale anche attraverso attività di inclusione sociale; il lavoro con le famiglie è l'altro cardine intorno al quale si sviluppa il lavoro interdisciplinare.

I Gruppi Appartamento complessivamente sono dotati di 12 posti letto e assistenza h.6 suddivisa per fasce orarie.

I Gruppi Appartamento sono Strutture messe a disposizione dal Privato Sociale nei comuni di Pomarico, Grassano, Tricarico e accolgono utenti con maggiore autonomia o che hanno completato il loro percorso nelle Case Alloggio; ognuna di loro è dotata di 4 p.l., per un totale di n. 12 posti; l'assistenza viene erogata per fasce orarie, per n. 6 ore giornaliere.

Le Strutture Residenziali ricadenti nella ex ASL 5 di Montalbano J. si compongono di 3 case alloggio, Colobraro, Montalbano e Tinchì, per un totale di 33 posti letto.

Nell'ambito delle attività del Dipartimento Salute Mentale, particolare importanza assumono quelle svolte dall'U.O.S.D. **Servizio Disturbi del Comportamento Alimentare**, sia con riferimento alla prevenzione delle patologie legate ai comportamenti alimentari sia alla presa in carico di tale tipologia di pazienti.

Nello specifico, a fronte del ridimensionamento delle attività conseguenti alla pandemia SAR-Cov-2, nel corso del 2020 è proseguita la forte integrazione tra la U.O.S.D. DCA, l'U.O.C. Neuropsichiatria Infantile, l'U.O.C. Psicologia Clinica e l'U.O.S.D. Nutrizione Clinica, attraverso riunioni di coordinamento dell'equipe multidisciplinare e discussione dei casi clinici, per la cogestione dei pazienti presi in carico dal Servizio DCA. La presa in carico ha previsto un percorso clinico- psicoterapico individuale e familiare.

Nel 2020 sono state ricoverate n. 7 pazienti affette da DCA nella UOC di Pediatria del P.O. di Matera.

Con riferimento alle attività relative alla prevenzione dei disturbi della condotta alimentare nell'età adolescenziale svolte nel 2020, nell'ambito del Programma del Ministero della Salute "Guadagnare Salute" è stato portato avanti il progetto di Prevenzione DCA, già avviato nel 2019, nella scuola Liceo Scientifico D. Alighieri di Matera, rivolto alle seconde e terze classi, che, a seguito di incontri preliminari, con i coordinatori scolastici referenti alla salute, finalizzati alla realizzazione del progetto stesso, ha visto l'arruolamento di 289 studenti, con la somministrazione a ciascuno di questi di n. 5 test psicodiagnostici per screening DCA per un totale di 1445 test.

Non è stato possibile portare a termine il progetto, né estenderlo ad altre scuole a causa dell'insorgenza della pandemia.

Nel corso del 2020 è stata realizzata la collaborazione con il Centro Residenziale per i Disturbi del Comportamento Alimentare di Chiaromonte, in conformità al protocollo d'intesa nell'ambito della rete integrata sanitaria regionale, con l'invio al suddetto Centro di pazienti affetti da DCA.

SER. D

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

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

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

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

Nel corso del 2020 sono stati portati avanti i seguenti obiettivi:

- “Prevenzione Universale delle Dipendenze”: nell’ambito di tale obiettivo sono state realizzate una serie di interventi di informazione/sensibilizzazione sui rischi legati al consumo alcool/sostanze stupefacenti promosse nell'ambito delle attività della Consulta Provinciale Permanente sulla Sicurezza, attraverso la realizzazione di 14 iniziative su 10 programmate, presso scuole presenti nella città di Matera e provincia;
- Iniziative di prevenzione universale delle dipendenze da sostanze psicoattive legali e illegali e comportamenti assimilabili all’uso di sostanze nelle Scuole Secondarie di I e II Grado della provincia di Matera, attraverso la realizzazione di 6 iniziative a fronte di 5 programmate e 2 campagne informativo conoscitive;
- Iniziative di prevenzione universale delle dipendenze da sostanze psicoattive legali e illegali e comportamenti assimilabili all’uso di sostanze nelle Scuole Secondarie di I e II Grado di Policoro, attraverso la realizzazione di 13 iniziative, a fronte di 10 iniziative programmate e 2 campagne di sensibilizzazione.

Nel corso del 2020, nell’ambito del Programma Nazionale Guadagnare Salute, è stato assicurato il coordinamento del Tavolo Tecnico Interdisciplinare Aziendale “la prevenzione del tabagismo” e “la lotta alle dipendenze”, con n. 3 incontri tra i componenti del tavolo.

Sono state organizzate iniziative di informazione/sensibilizzazione rivolta alla popolazione detenuta ristretta presso la Casa Circondariale di Matera sui rischi legati al consumo di bevande alcoliche.

Nell’ambito del “Lavoro di rete”, nel 2020, sono state realizzate 4 iniziative pubbliche promosse da Associazioni presenti sul territorio in collaborazione con il Ser.D sul tema delle dipendenze patologiche.

Si riportano di seguito, in via di mera sintesi, le tabelle riassuntive delle attività erogate nel 2020 dal Ser.D. di Matera e dal Ser.D. di Policoro, rilevate utilizzando il sistema informativo SIND (Sistema Informativo Nazionale Dipendenze) adottato dalla Regione Basilicata con DGR n. 1492 del 12 luglio 2005.

Codice	Prestazioni Ser.D Matera e Policoro – Anno 2020	Matera	Policoro	Totale
1	Attività telefonica	144	2358	2502
2	Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazione	7290	16151	23441
3	Attività di accompagnamento	49	0	48
4	Visite mediche	316	4356	4672
5	Colloqui (management clinico, psicologici, sociali, educat.)	549	1097	1646
6	Esami e procedure cliniche	2406	3870	6276
7	Somministrazioni farmaci (diretta e affido)	22210	9203	31413
8	Interventi psicoterapeutici individuali	24	100	124
9	Interventi psicoterapeutici coppia-famiglia	0	19	19
10	Interventi psico/socio/educativi	0	5	5
11	Test psicologici	1	89	90
12	Attività di supporto generale al paziente	1	77	78
13	Predisposizione/revisione progetto terap. indiv. e neg. ter.	120	1178	1298
14	Prestazioni alberghiere	0	0	0
15	Prestazioni straordinarie di carattere economico assistenziale	0	0	0
16	Prestazioni generali di prevenzione primaria	69	28	97
17	Prestazioni generali di prevenzione secondaria (patol. correl.)	0	727	727
18	Riunioni organizzative e dipartimentali	8	40	48
19	Partecipazione a commissioni, comitati esterni	7	0	7
20	Riunioni organizzative -metodologiche interne	7	247	254
21	Attività di coordinamento/di rete	0	1734	1734
22	Attività di progetto (ricerca ed interventi spec.)	8	76	84
23	Attività di formazione e addestramento per operatori	3	118	121
24	Stesura di rapporti/relazioni dell' attività della U.O.	56	82	138
	TOTALE	33268	41555	74823

ASSISTENZA PENITENZIARIA

Nel corso del 2020 sono state effettuate complessivamente n. 3.750 prestazioni presso la Casa Circondariale di Matera.

2.4.3. PREVENZIONE

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

Per ciascuno dei Dipartimenti considerati si riportano, di seguito, le principali attività effettuate nel 2020, distinte per singola U.O. erogante.

2.4.3.1 DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE COLLETTIVA DELLA SALUTE UMANA

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

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

Prima di passare alla rappresentazione delle suddette attività, si fa presente come nel 2020 le UU.OO. del Dipartimento di Prevenzione della Salute Umana hanno svolto la maggior parte delle relative attività per fornire risposte all'emergenza COVID-19, con specifico riferimento alle attività di "Testing" e di "Tracing", vale a dire i tamponi alla popolazione, al tracciamento, alla gestione degli aspetti burocratico – amministrativi connessi con la quarantena e l'isolamento dei pazienti COVID – 19.

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

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

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

Le attività erogate nel corso del 2020 dalla suddetta Unità Operativa, sono state condizionate dalle difficoltà operative causate dall'emergenza COVID-19, oltre che dalla carenza di personale e dal contestuale incremento delle attività del settore agroalimentare e dei flussi turistici.

AREA DI INTERVENTO - VOCI TABELLA ANNO 2020		ATTIVITA'		ATTIVITA' SVOLTA - ANNO 2020			OBIETTIVO PROGRAM. 2020	EVENTUALI NOTE
		Num.	Den.	Num.	Den.	%		
A)	Verifica preliminare alla realizzazione, attivazione, modifica di attività di produzione, preparazione e confezionamento, deposito, trasporto, somministrazione e commercio di prodotti alimentari di competenza e bevande e rilascio relativo parere:							
	1. pareri preventivi su progetto	A	A	12	12	100	100	
	2. istruttorie per le registrazioni (SCIA)	A	A					
	a) sopralluoghi							
	3. registrazioni (SCIA)	A	A	1.306	1.306	100	100	
	4. certificazioni/pareri	A	A	48	48	100	100	
	5. istruttorie per l'apertura dei laboratori di analisi degli alimenti	A	A					
a) sopralluoghi	A	A						
B)	Controllo ufficiale dei prodotti alimentari e dei requisiti strutturali e funzionali delle attività di produzione, preparazione, confezionamento, deposito, trasporto, somministrazione e commercio dei prodotti alimentari di competenza e bevande:							
	1. sopralluoghi attività vigilate	A	A	223	223	100	100	
	2. accessi (attività chiusa)	A	A	18	18	100	100	
	3. non conformità/inadeguatezze accertate (ex prescrizioni)	A	A	39	39	100	100	
	4. sanzioni	A	A	27	27	100	100	
	5. provvedimenti autorità competente locale sospensioni/chiusure/revoche/conforme sequestri	A	A	43	43	100	100	
	6. notizie di reato	A	A	1	1	100	100	
	7. provvedimenti per il sistema d'allerta	A	A	2	2	100	100	
8. Campionamenti matrici alimentari (totale)	A	A	182	182	100	100		
C)	Controllo ufficiale sulla produzione e sul commercio dei prodotti dietetici e degli alimenti per la prima infanzia (campionamenti)	C	C	13	13	100	100	
D)	Sorveglianza per gli specifici aspetti di competenza sui casi presunti o accertati di infezioni, intossicazioni, tossinfezioni di origine alimentare e relative indagini epidemiologiche	A	A	3	3	100	100	
E)	Rilascio dei pareri relativi ai mezzi di trasporto terrestre degli alimenti di origine non animale:	VOCE SOPPRESSA						
F)	1) Tutela e controlli di competenza delle acque destinate al consumo umano (campionamenti ed analisi A.R.P.A.B)							ATTIVITA' PROGRAMMATA
	2) Tutela e controlli di competenze delle acque destinate al consumo umano:							
	a) Campionamenti b) Provvedimenti	C	C	401 0	401 0	100	100	
G)	Parere di idoneità ai fini del rilascio dell'autorizzazione regionale di cui all'art. 5 del D.Lgs. 105/92, subordinato agli accertamenti previsti dall'art. 6 della medesima norma	A	A	0	0	0	0	RICHIESTA NON PREVEDIBILE
H)	Vigilanza e controlli di competenza delle acque minerali (campionamenti)	C	C	13	13	100	100	Attività programmata
I)	Vigilanza e controlli di competenza sui materiali destinati a venire a contatto con gli alimenti, additivi, aromi e coadiuvanti (campionamenti)	C	C	9	9	100	100	Attività programmata

AREA DI INTERVENTO - VOCI TABELLA ANNO 2020		ATTIVITA'		ATTIVITA' SVOLTA - ANNO 2020			OBIETTIVO PROGRAM. 2020	EVENTUALI NOTE
		Num.	Den.	Num.	Den.	%		
j)	Attuazione dei Piani regionali di controllo dei residui antiparassitari negli alimenti (campionamenti)	C	C	63	63	100	100	Attività programmata
K)	Prevenzioni delle intossicazioni da funghi, vigilanza e ispezione sulla raccolta e commercializzazione di funghi epigei freschi e conservati:							RICHIESTA NON PREVEDIBILE
	a) pareri/ certificazioni	A	A	2	2	100	100	
	b) consulenza in caso di intossicazioni	A	A	0	0	100	100	
	c) ispezioni attività	A	A	0	0	100	100	
	d) corsi formativi ai raccoglitori	A	A	2	2	100	100	
L)	Censimento delle attività di produzione preparazione, confezionamento, deposito, trasporto, somministrazione e commercio dei prodotti alimentari di competenza e delle bevande (solo ambito territoriale ex ASL 4 di Matera)	C	C	9067	9067	100	100	Dato variabile in relazione alle registrazioni e cessazioni
M)	Informazione ed Educazione sanitaria abbinata all'igiene degli alimenti e delle preparazioni alimentari :							Richiesta non prevedibile
	a) in fase ispettiva	B	B					
	b) corsi formativi informativi	A	A	2	2	100	100	
N)	Sorveglianza nutrizionale , raccolta dati epidemiologici ed abitudini alimentari etc. (visite preventive e trattamento soggetti in sovrappeso e prevenzione delle complicanze negli obesi)	C	C					Dati epidemiologici non noti
	- visite preventive e trattamento soggetti in sovrappeso e prevenzione delle complicanze negli obesi			38	38	100	100	
	- visite preventive presso le scuole (OKKIO alla salute) - soggetti sottoposti a visita (peso altezza)			7	7			
O)	Interventi di prevenzione nutrizionale per la diffusione delle conoscenze di stili alimentari corretti:							Richiesta non prevedibile
	a) incontri formativi	A	A	21	6	100	100	
	b) soggetti contattati	A	A	0	0	100	100	
P)	Interventi per la ristorazione collettiva:							Richiesta non prevedibile
	a) predisposizione, verifica e controllo delle tabelle dietetiche	A	A	6	6	100	100	
	b) indagini sulla qualità nutrizionale di pasti forniti	A	A	0	0	0	0	
	c) consulenza sui capitolati per i servizi di ristorazione	A	A	0	0	0	0	
	d) partecipazione Commissione Osservatorio mense scolastiche	A	A	3	3	100	100	
Q)	Consulenza per l'aggiornamento, in tema nutrizionale, per il personale delle strutture di ristorazione collettiva: scuole, mense aziendali, etc.	A	A	0	0	100	100	Richiesta non prevedibile
R)	Collaborazione e consulenza con strutture specialistiche e medici di medicina generale	A	A	0	0	100	100	Richiesta non prevedibile

Legenda

NUMERATORE

a = n° attività o pareri svolti a richiesta

b = n° attività o pareri svolti di iniziativa

c = n° pareri o attività effettuati per disposizioni particolari

* settore agricolo

** nuove attività

*** non pervenuta alcuna richiesta

**** attivazione tendenziale

DENOMINATORE

A = n° richieste pervenute

B = n° attività o popolazioni di riferimento

C = n° interventi previsti per disposizioni particolari

U.O. IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITÀ PUBBLICA

Le attività dell'U.O. realizzate nel 2020 sono sintetizzate nella tabella successivamente esposta ricavata dalla tabella 1 della L.R. 3/99.

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

AREA DI INTERVENTO (VOCI TABELLA)		ATTIVITA'		ATTIVITA' SVOLTA			EVENTUALI NOTE
		NUM.	DEN.	NUM.	DEN.	%	
A)	mappatura dei fattori di rischio per le popolazioni - studi epidemiologici di competenza	B	B	1	1	100	
B)	profilassi delle malattie infettive e diffuse (notifiche e relative indagini epidemiologiche) (escluso COVID)	A	A	8	8	100	
C)	pianificazione annuale degli interventi routinari di disinfezione, disinfestazione e derattizzazione e progettazione di quelli da attivare nelle emergenze infettivologiche, nonché relativa vigilanza;	a	A	19	19	100	Competenze Comuni e provincia . U.O. igiene : compiti tecnici. Emergenze sanitarie a carico ASL
D)	visite mediche fiscali;	a	A	0	0	0	
E)	attività che la normativa vigente in materia di polizia mortuaria e di vigilanza cimiteriale attribuisce alla competenza dell'Azienda U.S.L.;	a	A	1930	1930	100	
F)	accertamenti preventivi di idoneità: per l'iscrizione nelle liste di collocamento, per la cessione del quinto dello stipendio, per il rilascio porto d'armi, rilascio patente autoveicoli normale, speciale e patente nautica, per il riconoscimento causa di servizio, esenzione cinture, contrassegno disabili etc.....;	a	A	8000	8000	100	
G)	pareri con sopralluogo (igienicità, abitabilità esposti per inconvenienti igienico sanitari);	a	A	200	200	100	
H)	pareri igienico - sanitari richiesti da autorità ed amministrazioni pubbliche e soggetti privati;	a	A	550	550	100	
I)	pareri per il rilascio dell'autorizzazione al commercio e vendita di presidi sanitari nonché all'istituzione e gestione di depositi e locali per il commercio e la vendita dei presidi sanitari, fitosanitari e detenzione e commercio di detergenti sintetici.	a	A	2	2	100	
L)	attuazione dei piani regionali di controllo e vigilanza sui rivenditori di fitofarmaci	b	B	25	25	100	
M)	parere per il rilascio dell'autorizzazione all'uso di apparecchiature di risonanza magnetica;	a	A	0	0	0	
N)	attuazione di piani e programmi nazionali e/o regionali di vigilanza e controllo sulle acque di balneazione;	a	A	12	12	100	in collaborazione con l'ARPAB
O)	vigilanza igienico sanitaria ai lidi	C	C	1	1	100	
P)	attività di protezione dai rischi dell'amianto di spettanza delle aziende UU.SS.LL. ai sensi della Legge 27 marzo 1992 n. 257 e relativa normativa di attuazione;	a	A	20	20	100	Pareri su piani di bonifica e sopralluoghi su ambienti di vita
Q)	partecipazione, ove prevista dalla normativa regionale, alla conferenza regionale di servizio per l'approvazione dei progetti di impianti di smaltimento e recupero dei rifiuti;	a	A	20	20	100	

AREA DI INTERVENTO (VOCI TABELLA)		ATTIVITA'		ATTIVITA' SVOLTA			EVENTUALI NOTE
		NUM.	DEN.	NUM.	DEN.	%	
R)	emissioni in atmosfera	A	A	80	80	100	
S)	controllo sull'idoneità di locali ed attrezzature per commercio deposito ed utilizzo di sostanze radioattive ed apparecchi generatori di radiazioni ionizzanti, fatte salve le competenze assegnate ad altre amministrazioni;	a	A	0	0		
T)	controlli sulla produzione, detenzione, commercio ed impiego dei gas tossici; nulla osta preventivi all'utilizzo	A	A	1	1	100	il controllo avviene tramite una commissione afferente a questa U.O.
U)	vigilanza nelle scuole su richiesta istituzioni e privati	B	B	5	5	100	
V)	vigilanza e controllo sulle piscine;	b	B	5	5	100	
Z)	vigilanza sulle condizioni igienico - sanitarie delle carceri e case mandamentali;	b	B	1	1	100	
Y)	Vigilanza su estetiste, parrucchieri, barbieri e visagiste;	b	B	150	150	100	
W)	N. adempimenti per l'istruttoria delle istanze della L. 210/92	A	A	0	0		Non più di competenza della UOC
x)	N. Pareri di competenza ai sensi della L. R. 28/2000	A	A	7	7	100	
X1)	partecipazione commissioni tecniche dipartimentali ex DGR 259/2011	A	A	0	0		

Legenda

NUMERATORE

a = n° attività o pareri svolti a richiesta

b = n° attività o pareri svolti di iniziativa

c = n° pareri o attività effettuati per disposizioni particolari

DENOMINATORE

A = n° richieste pervenute

B = n° attività o popolazioni di riferimento

C = n° interventi previsti per disposizioni particolari

Si riporta di seguito la tabella relativa ai dati di copertura delle vaccinazioni.

NUOVO CALENDARIO VACCINALE REGIONALE		ATTIVITA'		coperture vaccinali		
		NUM.	DEN.	NUM.	DEN.	%
	VACCINAZIONI NUOVI NATI					
1	Cicli Vaccinali Completi alla Terza dose di AP-EpB-DT-P-Hib a 24 mesi (nati nel 2017)	b	B	1240	1338	92,7%
2	vaccinazione antipneumococcica pediatrica (nati nel 2018)	b	B	1213	1338	90,7%
3	vaccinazione MPR(nati nell'anno 2018)	b	B	1170	1338	87,4%
4	Vaccinazione antimeningococcica C (nati nel 2018)	b	B	1110	1338	83,0%
	VACCINAZIONI ADULTI					
5	Vaccinazione (antiinfluenzale ai soggetti di età > a 64 anni)	b	B	25000	44917	55,7%
6	vaccinazione antinfluenzale operatori sanitari	a	A	1000	1500	66,7%
7	vaccinazione antipapillomavirus(nate nel 2008)	b	B	85	1773	4,8%

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

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

	AREA DI INTERVENTO (VOCI TABELLA)	ATTIVITA'		ATTIVITA' SVOLTA			EVENTUALI NOTE
		NUM.	DEN.	NUM.	DEN.	%	
A)	Indagini di epidemiologia occupazionale.						Relazione
B)	Mappatura dei fattori di rischio per la salute e la sicurezza dei lavoratori esposti.	B	B				Relazione
C)	Monitoraggio degli ambienti di lavoro	B	B				Relazione
D)	Prescrizione di protocolli sanitari mirati.	B	B	1	10	10%	
E)	Vigilanza e controllo, per quanto di competenza del servizio sanitario regionale, sull'applicazione della normativa vigente in materia di sicurezza e di igiene del lavoro e di prevenzione delle malattie professionali ivi compresa la normativa sulla protezione sanitaria dei lavoratori dai rischi da radiazioni ionizzanti.	b	B	235	4500	5,2%	Di cui: a) Imprese edili ispez.: 80; b) Unità produttive dei comparti ispezionate: n. 148; c) aziende agricole ispezionate: n. 1 d) lavoratori autonomi: n. 6
F)	Vigilanza, a titolo di funzione delegata dalla regione, sull'applicazione della legislazione in materia di tutela della salute nei luoghi di lavoro per il settore delle industrie estrattive di seconda categoria e per quello delle acque minerali.	B	B				Non vi sono state richieste.
G)	Controlli sulla gestione del registro degli esposti ai rischi indicati alla precedente lettera e) ed istituzione di un archivio ASM.	A	A	2	2	100%	Tutti i registri vengono esaminati ed archiviati.
H)	Valutazione sanitaria delle notifiche, dei piani di lavoro di bonifica da amianto e di ogni altra comunicazione inviata, dalle ditte o da altri soggetti interessati al servizio, ai sensi della normativa vigente.	a	A	541	541	100%	Comprende le Notifiche preliminari (437) e i Piani di Lavoro di Bonifica da Amianto (84 + 20 notifiche art. 250)
I)	Controllo sulla regolare applicazione da parte dei datori di lavoro della normativa vigente in materia a seguito di esposti, di richieste dei RLS o delle forze di Polizia, Carabinieri e Guardia di Finanza.	a	A	8	8	100%	
J)	Controllo sulla qualità degli accertamenti sanitari, l'idoneità dei protocolli adottati e l'adempimento agli obblighi di legge da parte del medico competente.	b	B	10	10	100%	
K)	Esame delle richieste di deroga alla frequenza o esenzione degli accertamenti sanitari periodici.	a	A	0	0		Non è pervenuta alcuna richiesta.
L)	Giudizi di idoneità alle mansioni su richiesta del lavoratore e dei Datori di Lavoro che ricorrono avverso il giudizio espresso dal medico competente aziendale.	a	A	10	10	100%	
M)	Esecuzione di accertamenti sanitari preventivi e periodici previsti dalla normativa vigente a tutela dei lavoratori minori e degli apprendisti e visite mediche preventive in fase preassuntiva.	a	A	0	0		Non è pervenuta alcuna richiesta.
N)	Controlli di carattere sanitario previsti dalla normativa per la tutela delle lavoratrici madri.	a	A	0	0		Attività non prevista
O)	Accertamenti ed inchieste, di propria iniziativa o su richiesta dell'autorità giudiziaria, concernenti casi di malattie professionali e di infortunio.	a	A	16	16	100%	Si devono aggiungere n. 3 sub - deleghe

AREA DI INTERVENTO (VOCI TABELLA)		ATTIVITA'		ATTIVITA' SVOLTA			EVENTUALI NOTE
		NUM.	DEN.	NUM.	DEN.	%	
P)	Pareri preventivi richiesti dai comuni su progetti relativi ad attività produttive al fine di verificare la compatibilità dei medesimi con le esigenze di tutela della salute dei lavoratori e rilascio delle Autorizzazioni in deroga.	a	A	1	1	100%	
Q)	Rilascio dei Certificati di restituibilità di ambienti indoor bonificati da amianto.	c	C	0	0		
R)	Partecipazione ai lavori della Commissione Tecnica Dipartimentale ex DGR n. 259/'11.	c	C	0	0		Non si è stati convocati.
S)	Partecipazione in qualità di teste nelle udienze dei processi penali a carico dei presunti responsabili di violazione di norme di igiene e sicurezza dei luoghi di lavoro	a	A	2	2	100%	
T)	Sopralluoghi per istruttorie o verifiche a supporto dell'attività della Commissione Tecnica Dipartimentale ex L.R. n. 28/'00.	C	C	1	1	100%	
U)	Partecipazione ai lavori del Collegio Medico-Legale ASL (ex L. n. 335/'95; ex L. n. 153/'88 e ex L. n. 300/'70)	C	C				
V)	Partecipazione ai lavori del Collegio Medico istituito ex L. n. 482/'68.	C	C	1	1	100%	
X)	Partecipazione alla Commissione Tecnica Provinciale istituita c/o la Prefettura sulle Sostanze Esplosive (Art. 27 DPR 302/56)	C	C				
Y)	Partecipazione alla Commissione d'esame per il rilascio dell'autorizzazione all'acquisto dei prodotti fitosanitari molto tossici, tossici e nocivi.	C	C				
W)	Obiettivi regionali di cui alla DGR n. 298/2012.	C	C	7	7	100%	Riunioni c/o Prefettura o in videoconferenza.
Z)	Partecipazione ai lavori dell'Osservatorio Provinciale Permanente sulla sicurezza nei luoghi di lavoro e delle malattie professionali istituito c/o la Prefettura.	C	C				
AA)	Partecipazione ai lavori del Gruppo Tecnico di supporto all'Autorità Regionale competente per i Controlli sul REACH.	C	C				
AB)	Attività di coordinamento con altri Enti (DTL, INPS, INAIL, VV.FF.) nell'ambito delle attività dell'Organismo Provinciale Prevenzione e Vigilanza nei luoghi di lavoro ex DPCM del 21.12.2007 e DGR n. 2174/'08.	C	C				
AC)	Collaborazione, ai sensi dell'Art. 99, C 3 del D.Lgs. n. 81/'08, con gli Organismi Paritetici istituiti nel settore delle costruzioni.	C	C				

Legenda

NUMERATORE

a = n° attività o pareri svolti a richiesta

b = n° attività o pareri svolti di iniziativa

c = n° pareri o attività effettuati per disposizioni particolari

DENOMINATORE

A = n° richieste pervenute

B = n° attività o popolazioni di riferimento

C = n° interventi previsti per disposizioni particolari

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

Le principali attività effettuate nel 2020 dal Servizio S.P.I.L.L. Prevenzione, Protezione ed Impiantistica nei Luoghi di Lavoro della ASM di Matera, sono sintetizzate nella seguente tabella N. 4 della L.R. 3/99.

AREA DI INTERVENTO (Voci di Tabella)		ATTIVITA'		ATTIVITA' SVOLTA 2020			OBIETTIVO PROGRAM.	Eventuali note
		NUM	DEN	NUM	DEN	%	%	
A)	Verifiche di impianti ed apparecchi (ascensori e montacarichi, impianti per la protezione contro le scariche atmosferiche, impianti di messa a terra, apparecchi di sollevamento, recipienti a pressione, generatori di vapore, impianti di riscaldamento e frigoriferi ed altri impianti) sottoposti a verifica secondo la normativa statale vigente	a	A	55	55	95%	100%	Impianti di terra
		a	A	13	13	100%	100%	Apparecchi di sollevamento
		a	A	35	35	100%	100%	Recipienti a pressione
		A	A	6	6	100%	100%	Impianti di riscaldamento
		A	A	15	15	100%	100%	Ascensori e montacarichi
B)	Rilievi fonometrici di vibrazioni e radiazioni ionizzanti	A	A					Non pervenuta alcuna richiesta
C)	Vidimazione registri infortuni;	a	A					Abrogata con L.R. 26/2014
D)	Rilascio libretti di tirocinio per esami di abilitazione alla conduzione di generatori di vapore;	a	A	8	8	100%	100%	
E)	Pareri preventivi richiesti dai Comuni su progetti relativi ad attività produttive, al fine di verificare la compatibilità dei medesimi con le esigenze di sicurezza dei lavoratori	A	A					Non è pervenuta alcuna richiesta

1) Impianti elettrici: Impianti A = 30
 Impianti B = 139
 Impianti C = 28

2.4.3.2 DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DELLA SANITA' E BENESSERE ANIMALE

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

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

U.O. SERVIZI VETERINARI AREA A

AREA DI INTERVENTO SANITA' ANIMALE AREA A Anno 2020	ATTIVITA'		ATTIVITA' SVOLTA Anno 2020			OBIETTIVO PROGRAMMATO 2020
	NUM.	DEN.	NUM.	DEN.	%	
A) ATTUAZIONE DEI PIANI E PROGRAMMI NAZIONALI E REGIONALI DI PROFILASSI E DI RISANAMENTO DEGLI ALLEVAMENTI						
a) Profilassi vaccinale negli allevamenti ovini bufalini e ovi – caprini nei confronti della Blue Tongue						
n. bovini vaccinati	C	C	0	0	0	0
n. bufalini vaccinati	C	C	0	0	0	0
n. ovini vaccinati	C	C	0	0	0	0
n. caprini vaccinati	C	C	0	0	0	0

AREA DI INTERVENTO SANITA' ANIMALE AREA A Anno 2020	ATTIVITA'		ATTIVITA' SVOLTA Anno 2020			OBIETTIVO PROGRAMMATO 2020
	NUM.	DEN.	NUM.	DEN.	%	
b) Sorveglianza sierologica (Piano Sentinelle)						
n. aziende prelevate	C	C	11	11	100	100
n. bovini prelevati	C	C	357	357	100	100
B) ATTUAZIONE DI PIANI DI BONIFICA SANITARIA PER L'ERADICAZIONE DI DETERMINATE MALATTIE ANCHE DI ESCLUSIVO INTERESSE REGIONALE						
a) Piano di risanamento degli allevamenti bovini - bufalini dalla tubercolosi						
n. allevamenti controllati	C	C	514	514	100	100
n. capi controllati	C	C	28.296	28.296	100	100
b) Piano di risanamento degli allevamenti bovini - bufalini dalla brucellosi						
n. allevamenti controllati	c	C	511	511	100	100
n. capi controllati	c	C	24.146	24.146	100	100
c) Piano di risanamento degli allevamenti bovini - bufalini dalla leucosi						
n. allevamenti controllati	c	C	194	511	37,96%	20% delle aziende soggette a programma
n. capi controllati	c	C	5.499	24.146	22,77%	
d) Piano di risanamento degli allevamenti ovi - caprini dalla brucellosi						
n. allevamenti controllati	c	C	973	973	100%	100
n. capi controllati	c	C	35.685	36.685	100%	100
C) VIGILANZA E CONTROLLO SULL'IMPORTAZIONE, ESPORTAZIONE, MOVIMENTAZIONE DEGLI ANIMALI E RILASCI DELLA RELATIVA CERTIFICAZIONE						
a) n. importazioni						
- n. controlli	a	A	3	3	100	100
- n. capi controllati			1.207	1.207		
b) n. esportazioni	a	A				
c) n. movimentazioni						
- n. mod. 4 rilasciati	a	A	6.628	6.628	100	100
- n. capi movimentati			73.809	73.809		
d) n. altre certificazioni						
- n. attestati consistenza bestiame	a	A	123	123	100	100
- n. altre certificazioni			241	241		
D) VIGILANZA E CONTROLLO DEGLI ALLEVAMENTI ANIMALI, COMPRESI GLI STABILIMENTI DI ACQUACOLTURA, DELLE STALLE DI SOSTA, DELLE FIERE, DEI CIRCHI E DELLE ESPOSIZIONI ANIMALI; REGISTRI DI CARICO E SCARICO						
a) stabilimenti di acquacoltura						
b) stalle di sosta						
- n. controlli	c	C	7	7	100	100
- n. capi controllati	c	C	37	37		
c) mercati, fiere, circhi ed esposizioni animali;	c	C	1	1		
d) registri carico e scarico	c	C	146	146		

AREA DI INTERVENTO SANITA' ANIMALE AREA A Anno 2020	ATTIVITA'		ATTIVITA' SVOLTA Anno 2020			OBIETTIVO PROGRAMMATO 2020
	NUM.	DEN.	NUM.	DEN.	%	
E)ANAGRAFE DEL BESTIAME	a	A				
a)nuove aziende registrate	a	A	130	130	100	100
F)VIGILANZA E COORDINAMENTO DEI PIANI SANITARI SVOLTE DA ASSOCIAZIONI E PRIVATI	b	B				Non attivi
G)VIGILANZA VETERINARIA PERMANENTE						
a)Rabbia						
n. cani morsicatori	a	A	52	52	100	100
n. cani vaccinati						
b) Malattia Vescicolare dei suini						
- n. allevamenti controllati	c	C	93	93	100	100
- n. capi controllati	c	C	2.199	2.199	100	100
Peste suina classica						
- n. allevamenti controllati	c	C	91	91	100	100
- n. capi controllati	a	A	582	582	100	100
Peste suina africana						
- n. allevamenti controllati	a	A	11	11	100	100
- n. capi controllati	a	A	37	37	100	100
- n. cinghiali controllati	a	A	38	38	100	100
Malattia Aujeszky						
- n. allevamenti controllati	a	A	95	95	100	100
- n. capi controllati	a	A	2119	2119	100	100
c) controlli sugli equidi						
Anemia infettiva						
- n. capi controllati	C	C	226	226	100	100
Morbo Coitale Maligno						
- n. capi controllati	c	C	11	11	100	100
Metrite contagiosa						
- n. capi controllati	c	C	11	11	100	100
Morva						
- n. capi controllati	c	C	8	8	100	100
Artrite virale						
- n. capi controllati	c	C	11	11	100	100
d) denuncia casi di morte						
- n. bovini deceduti	c	C	715	715	100	100
- n. bovini interrati in loco	c	C	336	336	100	100
- n. bovini avviati alla distribuzione	c	C	379	379	100	100
- n. tronchi encefalici prelevati	c	C	208	208	100	100
- n. ovi-caprini deceduti	c	C	592	592	100	100
- n. ovi-caprini interrati in loco	c	C	592	592	100	100
- n. tronchi encefalici caprini prelevati	c	C	298	298	100	100
- n. suini deceduti	c	C	1.149	1.149	100	100
- n. suini interrati in loco	c	C	948	948	100	100
- n. suini avviati alla distribuzione	c	C	201	201	100	100
- n. equidi deceduti	c	C	37	37	100	100
- n. equidi interrati in loco	c	C	34	34	100	100
- n. equidi avviati alla distribuzione	c	C	3	3	100	100

AREA DI INTERVENTO SANITA' ANIMALE AREA A Anno 2020	ATTIVITA'		ATTIVITA' SVOLTA Anno 2020			OBIETTIVO PROGRAMMATO 2020
	NUM.	DEN.	NUM.	DEN.	%	
- n. animali da cortile deceduti	c	C				
- n. animali da cortile interrati in loco	c	C				
- n. animali da cortile avviati alla distribuzione	c	C				
H) EMERGENZA INFLUENZA AVIARIA E SALMONELLOSI						
a) controlli sierologici per aviaria						
- n. allevamenti	c	C				Non previsti
- n. capi	c	C				Non previsti
b) controlli virologici						
- n. allevamenti	c	C				Non previsti
- n. capi	c	C				Non previsti
c) visite cliniche						
n. allevamenti	c	C	8	8	100	100
n. capi (polli, oche, anatre, tacchini, altro)	c	C	150.000	150.000	100	100
I) SALMONELLOSI AVICOLE						
a) controlli sierologici per aviaria						
- n. allevamenti controllati	c	C	8	88	100	Non previsti
- n. campionamenti eseguiti	c	C	88	88	100	Non previsti
L) EDUCAZIONE SANITARIA						
a) interventi svolti						
- nelle aziende	c	C	516	2.331	22,14%	20%
- altro	c	C				
M) CONTROLLI MINIMI						
- Aziende bovine e bufaline	c	C	22	526	4,2%	3%
- Aziende ovicaprine	c	C	42	977	4,3%	3%
- Aziende suine	c	C	3	271	1%	1%
- Aziende apistiche	c	C	5	413	1,2%	1%
- Aziende equidi	c	C	74	1236	5,98%	5%
- Capi ovi-caprini	c	C	3851	52764	7,3%	5%

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

AREA DI INTERVENTO IGIENE DEGLI ALIMENTI AREA B 2020	ATTIVITA' SVOLTA Anno 2020			OBIETTIVO PROGRAMMATO 2020
	NUM.	DEN.	%	
Cod. Minsal 2 – Produttori e confezionatori – Caseifici CE	15	14	100%	100%
Cod. Minsal 2 – Produttori e confezionatori – Stabilimenti prodotti a base di carni CE	16	16	100%	100%
Cod. Minsal 3 – Distribuzione all'ingrosso – Deposito Carni CE	3	3	100%	100%
Cod. Minsal 4 – Commercio al dettaglio (Autonegozio, latterie, esercizi di vicinato, supermercati)	81	61	100%	100%

AREA DI INTERVENTO IGIENE DEGLI ALIMENTI AREA B 2020	ATTIVITA' SVOLTA Anno 2020			OBIETTIVO PROGRAMMATO 2020
	NUM.	DEN.	%	
Cod. Minsal 5/6 – Trasporto soggetto a vigilanza (alimenti vari – carni – latte – prodotti della pesca-prodotti a base di latte) n. 37	10	12	100%	100%
Cod. Minsal 7 – Ristorazione pubblica (Agriturismi-Alberghi con ristorante, Bar Gelateria, Bar Paninoteca, Bar Pasticceria, Bar Ristorante, Braceria, Pizzeria, Ristorante, Rosticceria, Villaggi turistici)	42	42	100%	100%
Cod. Minsal 8 – Ristorazione collettiva assistenziale (Case di riposo – Colonie – Mense Aziendali – Centri cottura)	3	3	100%	100%
Cod. Minsal 9 – Produzione e vendita prevalentemente al consumatore finale (Bar/pasticceria / gelateria / Caseificio artigianale – Caseificio aziendale – Laboratorio miele – Latterie – Macellerie – Pescherie – Salumifici aziendali)	179	148	100%	100%
Attività istituzionale effettuata in supporto con altre Amministrazioni (Carabinieri NAS – Corpo Forestale dello Stato)	13	13	100%	100%
Interventi di pronta disponibilità	4	4	100%	100%
Ispezione suini macellati a domicilio per uso familiare	297	297	100%	100%
Prelievo di campioni per il Piano Regionale Alimenti				
Prelievo di campioni (su indicazione dell'U.V.A.C. NA) sulle carni importate	8	8	100%	100%
Registrazione (D.G.R. n. 1288 del 13.09.2011 e s.m.i. DD. 00334 del 25.06.2012) attività alimentari				
Audit caseifici bollo CE	3	3	100%	100%
Audit salumifici bollo CE	1	1	100%	100%
Audit Deposito Carni CE	1	1	100%	100%
Sistema di allerta	7	7	100%	100%

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

AREA DI INTERVENTO IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE AREA C Anno 2020	ATTIVITA'		ATTIVITA' SVOLTA Anno 2020			OBIETTIVO PROGRAMMATO 2020
	NUM.	DEN.	NUM.	DEN.	%	
Controllo scorte di farmaci in allevamenti (DLVO 193/2006, art. 81)	c	C	3	7	42%	21%
Controllo scorte di farmaci impianti di cura (DLVO 193/2006 art. 84)	C	C	5	22	23%	21%
Controllo scorta propria di farmaci per attività zoiatrica (D. LVo 193/2006 art. 85)	c	C	7	32	22%	21%

AREA DI INTERVENTO IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE AREA C Anno 2020	ATTIVITA'		ATTIVITA' SVOLTA Anno 2020			OBIETTIVO PROGRAMMATO 2020
	NUM.	DEN.	NUM.	DEN.	%	
Controllo Allevamenti DPA senza scorta di farmaci (D. L.vo 193/2006, art. 79)	c	C	99	2331	4%	3%
Controllo delle farmacie	c	C	16	66	23%	9%
Controllo delle parafarmacie	c	C	7	48	14%	9%
Controllo delle copie delle prescrizioni medico veterinarie/totale (D. Lvo 193/2006, art. 76)	c	C	3439	3439	100%	100%
Controllo delle prescrizioni veterinarie PET ed equidi NDPA	c	C	7768	7768	100%	100%
Controllo delle prescrizioni veterinarie per autoconsumo	c	C	2	2	100%	100%
Controllo ricette veterinarie per rifornimento scorta propria	c	C	298	298	100%	100%
Controllo ricette veterinarie per rifornimento scorta struttura zootecnica	c	C	196	196	100%	100%
Controllo ricette veterinarie per rifornimento scorta struttura non zootecnica	c	C	476	476	100%	100%
Pareri igienico - sanitari/totale	a	A	59	59	100%	100%
Audit su OSA/OSM (reg. 882/2004)	c	C	0	0		
Controllo delle stazioni di fecondazione pubblica/totale (l. 30/1991)	c	C	4	9	44%	15%
Allevamenti suinicoli che praticano l'inseminazione artificiale (L. 30/1991)	c	C	0	0		
Piano regionale alimentazione animale/totale (PRAA)	c	C	49	49	100%	100%
Piano regionale residui/totale (PRR)	c	C	40	40	100%	100%
Controllo aziende zootecniche ai fini del benessere animale - D. Lgs. 126/2011/totale vitelli	c	C	16	127	13%	6%
Controllo aziende zootecniche ai fini del benessere animale - D. Lgs. 146/2001/totale bovini adulti	c	C	13	133	10%	9%
Controllo aziende zootecniche ai fini del benessere animale - D. Lgs. 146/2001/totale bufali	c	C	2	11	18%	9%
Controllo aziende zootecniche ai fini del benessere animale - D. Lgs. 146/2001/totale ovini	c	C	27	282	16%	9%
Controllo aziende zootecniche ai fini del benessere animale - D. Lgs. 146/2001/totale caprini	c	C	16	66	24%	9%
Controllo aziende zootecniche ai fini del benessere animale - D. Lgs. 122/2011/totale suini	c	C	3	34	8%	6%
Controllo aziende zootecniche ai fini del benessere animale - D. Lgs. 146/2001/totale equini	c	C	6	60	10%	9%
Controllo aziende zootecniche ai fini del benessere animale - D. Lgs. 146/2001/totale conigli	c	C	3	3	100%	9%
Controllo aziende zootecniche ai fini del benessere animale - D. Lgs. 267/2003/totale ovaiole	c	C	1	4	25%	6%
Controllo aziende zootecniche ai fini del benessere animale - D. Lgs. 181/2010 /totale broiler	C	C	0	0		
Controllo sul benessere animale durante il trasporto (Reg. 1/2005 – DPR 320/54)	C	C	20	42	47%	15%
Tenuta anagrafe canina: iscrizione all'anagrafe canina di cani di proprietà e randagi/totale (L.R. 6/93)	a	A	3.924	3.924	100%	100%

AREA DI INTERVENTO IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE AREA C Anno 2020	ATTIVITA'		ATTIVITA' SVOLTA Anno 2020			OBIETTIVO PROGRAMMATO 2020
	NU M.	DEN.	NUM.	DEN.	%	
Interventi chirurgici di sterilizzazione gatti (L.R. 46/18)	c	C	68	68	100%	100%
Interventi chirurgici di sterilizzazione cani (L.R. 46/18)	c	C	494	494	100%	100%
Interventi chirurgici per finalità terapeutiche e sterilizzazioni di cani e gatti/totale (L.R. 6/93)	c	C	31	31	100%	100%
Controlli canili sanitari-rifugi pubblici/totale (L.R. 6/93)	c	C	10	10	100%	100%
Controllo e vigilanza igienica sulla qualità del latte relativamente alla fase di produzione nell'allevamento/totale (Reg. 825/2004 – Reg. 853/2004)	c	C	34	180	18%	9%
Controllo distributori registrati per la vendita di latte crudo (Reg. 825/2004 – Reg. 853/2004)	c	C	1	1	100%	100%

2.5 I RISULTATI ECONOMICI FINANZIARI

L'esercizio 2020 dell'ASM - Azienda Sanitaria Locale di Matera sotto il profilo economico si è chiuso evidenziando un utile pari a circa 3,754 milioni di euro, che conferma il raggiungimento dell'equilibrio di gestione, consolidando quell'inversione di tendenza rispetto al passato, avviata nel 2013 e proseguita negli anni successivi che ha consentito la tenuta del sistema, preservandone le condizioni di sostenibilità.

Il trend virtuoso dei risultati di gestione relativi agli ultimi anni, stigmatizza gli effetti derivanti da una strategia di grande rigore sotto il profilo economico e finanziario, avviata dall'Azienda nel corso del 2012 e proseguita negli anni successivi, evidenziando la considerevole riduzione del gap tra costi e ricavi realizzata nel periodo considerato, con il definitivo azzeramento di un deficit economico che aveva storicamente gravato sulle gestioni precedenti e che si era attestato su valori (-20 milioni di euro) tali da compromettere la tenuta del sistema sia a livello aziendale che a livello complessivo regionale.

Tale azione, che ha consentito di consolidare l'equilibrio di bilancio negli ultimi 8 anni, è stata realizzata mediante massicci interventi di razionalizzazione dei costi, soprattutto quelli relativi a servizi non sanitari, che si collocano nell'ambito di un macro obiettivo che ha qualificato le strategie aziendali: il perseguimento di un costante innalzamento del livello dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni, declinata sotto i tutti i profili, da quello clinico a quello organizzativo, nella convinzione che il recupero dell'appropriatezza sia l'unica leva in grado di coniugare la qualità dell'assistenza sanitaria con l'impiego ottimale delle risorse.

Altro elemento che, in un certo senso, ha agevolato l'Azienda nell'azione di risanamento economico è costituito dall'applicazione della normativa vigente, che ha preso il via nel 2012 con il Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95, ad oggetto "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con l'invarianza dei servizi ai cittadini", convertito, con modificazioni, dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135, ed è proseguito negli anni successivi con le norme di finanza pubblica che si sono succedute fino al 2020.

Tuttavia, gli effetti delle strategie aziendali, poste in essere con gli interventi di razionalizzazione della spesa sopra indicati, se hanno consentito all'Azienda di consolidare strutturalmente in questi anni l'equilibrio di gestione, assicurando anche per l'anno 2020 il raggiungimento del pareggio di bilancio, di converso hanno indebolito significativamente la capacità di risposta alla crescente domanda di salute, riducendo notevolmente l'offerta di prestazioni nelle varie linee assistenziali, come è emerso nell'analisi delle attività, con specifico riferimento ai ricoveri ed alla specialistica ambulatoriale.

Come ampiamente rappresentato nelle precedenti sezioni del presente documento, il 2020 è stato caratterizzato dall'emergenza sanitaria connessa al diffondersi della pandemia di Coronavirus SARS-COV-2 che, accanto agli effetti sul quadro clinico ed epidemiologico, ha avuto una serie di riflessi per l'Azienda sul piano economico, con un significativo incremento dei costi determinato dall'adozione da parte dell'Azienda

di misure per far fronte all'epidemia, a fronte dei quali sono stati stanziati finanziamenti straordinari da parte della Regione che ne hanno mitigato solo parzialmente l'incidenza sul risultato d'esercizio.

Nello specifico, a fronte di 11,207 milioni di contributi finalizzati al COVID stanziati dalla Regione e registrati tra i ricavi, l'Azienda ha sostenuto 17,011 milioni di costi, connessi fondamentalmente agli acquisti di beni sanitari (dispositivi, prodotti farmaceutici, ecc.), ai compensi dei Medici delle Unità Speciali per il COVID (USCO), agli acquisti di servizi non sanitari (pulizia, assistenza informatica, vigilanza ecc.), alle manutenzioni, al personale assunto, oltre agli accantonamenti per le quote inutilizzate di contributi finalizzati e vincolati al COVID connessi ai Piani Operativi predisposti dall'Azienda e contenenti le azioni e gli interventi che si intende realizzare per il potenziamento dell'assistenza sia a livello ospedaliero che territoriale, in attuazione della programmazione nazionale e regionale.

La differenza tra i suddetti ricavi connessi ai finanziamenti vincolati e i costi relativi, ha evidenziato per l'anno 2020 uno squilibrio economico negativo per la gestione del COVID pari a -5,915 milioni di euro.

Si riporta di seguito, espresso in migliaia di euro, il raffronto sintetico delle principali componenti del bilancio economico relativo al consuntivo 2019, preventivo 2020 e consuntivo 2020.

Il bilancio d'esercizio 2020 si è chiuso con un utile di esercizio pari a circa 3,754 milioni di euro.

L'analisi economica delle macro-voci di bilancio di esercizio 2020 evidenzia come, rispetto al 2019, si sia registrato un incremento dei ricavi totali, pari a +10,731 milioni di euro (+3%), cui è corrisposto l'incremento complessivo dei costi di produzione pari a +5,548 milioni di euro (+1%) oltre alla riduzione dei proventi straordinari pari a -2,613 milioni di euro (-67%), con l'effetto finale di un incremento netto dell'utile di esercizio di circa +0,462 milioni di euro.

Migliaia di euro	Consuntivo 2019	Preventivo 2020	Consuntivo 2020	Scostamento	
				cons.'20 - cons.'19	
Valore della produzione	399.193	387.118	409.924	10.731	3%
Costi di produzione	393.978	379.680	399.526	5.548	1%
Proventi e oneri finanziari					
Proventi e oneri straordinari	3.881	0	1.268	-2.613	-67%
Imposte e tasse	7.876	7.438	7.912	36	0%
Risultato d'esercizio	1.221	0	3.754	2.534	208%

In riferimento all'obiettivo di riduzione dei tempi di pagamento, perseguito da quest'Azienda nel corso del 2020, si sottolinea come non si è mai fatto ricorso all'utilizzo dell'anticipazione bancaria presso il proprio istituto tesoriere.

Si riporta di seguito la tabella pubblicata sul sito aziendale afferente l'indicatore di tempestività dei pagamenti afferente l'anno 2020, calcolato prendendo a base tutte le fatture 2019 considerate complessivamente scadenti a 60 giorni.

Totale importo pagato	Totale importo indicatore	Indicatore di tempestività
€ 115.710.259,56	€ 3.660.340.476,51	31,64

2.6 LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ PERCEPITA – "CUSTOMER SATISFACTION"

A causa dell'emergenza sanitaria, per il 2020 si è ritenuto di non procedere con la consueta Customer Satisfaction relativa all'analisi della qualità dei servizi erogati in ambito ospedaliero e ambulatoriale che rientra tra gli obiettivi strategici in materia di trasparenza.

La somministrazione dei questionari avrebbe, difatti, comportato difficoltà dal punto di vista organizzativo e, con buona probabilità, l'esito dell'indagine sarebbe stato costruito su un campione non attendibile. Pertanto, ci si è riservati di effettuare l'indagine sulla valutazione della qualità dei servizi erogati a fine anno 2021.

REPORT RECLAMI - ANNO 2020

Dall'analisi dei Reclami/Segnalazioni e Note di Soddisfazione relativi all'anno 2020 si evince che: n.91 cittadini hanno inoltrato Reclami/Segnalazioni o Note di Soddisfazione. Tuttavia un cittadino ha segnalato 3 tipologie, 4 cittadini hanno segnalato 2 tipologie ciascuno, un cittadino ha segnalato una tipologia che riguarda 2 U.O.C. differenti. Il totale pertanto è n. 98 così suddiviso: n. 6 Note di Soddisfazione n. 87 Reclami/Segnalazioni n. 5 Reclami/Segnalazioni classificati come Impropri in quanto, pur evidenziando un disagio, non attengono alla ASM.

Nello specifico:

- n. 1 Reclamo riguarda la Direzione Generale;
- n. 5 Reclami riguardano la Direzione Amministrativa;
- n. 80 Reclami e n. 6 Note di Soddisfazione riguardano la Direzione Sanitaria di cui:
 - o n. 6 Reclami e n. 1 Nota di Soddisfazione riguardano il Dipartimento Multidisciplinare Medico;
 - o n. 6 Reclami e n. 1 Nota di Soddisfazione riguardano il Dipartimento Multidisciplinare Chirurgico;
 - o n. 7 Reclami riguardano il Dipartimento Emergenza Accettazione;
 - o n. 5 Reclami riguardano il Dipartimento Servizi Diagnostici e di Supporto;
 - o n. 2 Reclami riguardano il Dipartimento Materno Infantile;
 - o n. 1 Reclamo riguarda il Dipartimento Salute Mentale;
 - o n. 9 Reclami e n. 3 Note di Soddisfazione riguardano il Dipartimento Prevenzione della Salute Umana;
 - o n. 44 Reclami e n. 1 Nota di Soddisfazione riguardano il Dipartimento Integrazione Ospedale – Territorio;
 - o n. 1 Reclamo riguarda il CUP;
- n. 5 Reclami sono classificati come Impropri in quanto, pur evidenziando un disagio, non attengono alla ASM.

3. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE

Nel corso del 2020 l'Azienda ha provveduto a dare attuazione al nuovo sistema di misurazione e valutazione della Performance, approvato con deliberazione aziendale n. 1089 del 12/12/2019, in considerazione dell'evoluzione del quadro di riferimento normativo oltre che delle esigenze da parte dell'Azienda di miglioramento della qualità dei servizi offerti nonché della crescita delle competenze professionali, attraverso l'implementazione di strumenti in grado di favorire la valorizzazione del merito.

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

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

La valutazione della performance organizzativa ed individuale per l'anno 2020 è stata notevolmente inficiata dall'eccezionalità delle condizioni di contesto epidemico che hanno reso l'anno in considerazione "epocale", così come meglio rappresentato nel paragrafo successivo.

3.1 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 nel Piano della Performance e successivamente declinati alle varie articolazioni organizzative aziendali (Dipartimenti, Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali) nell'ambito del Processo di Budgeting.

Le finalità, le fasi, i soggetti interessati ed i momenti in cui si articola la misurazione e la valutazione della performance organizzativa, così come disciplinati nel Regolamento Aziendale sul Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, approvato con deliberazione aziendale n. 1089/2019, sono ampiamente descritti nel Piano della Performance adottato con deliberazione aziendale n. 50/2020, così come aggiornato da successiva deliberazione aziendale n. 887/2020.

Nel corso del 2020 l'ASM ha avviato il ciclo della performance con l'adozione del Piano della Performance 2020- 2022 (annualità 2020), formalizzata con deliberazione aziendale n. 50 del 29/01/2020, riservandosi l'eventuale aggiornamento in caso di modifica e/o integrazione degli obiettivi di salute e programmazione sanitaria da parte della Regione Basilicata relativamente all'anno 2020.

Contestualmente all'adozione del Piano della Performance 2020, l'Azienda ha avviato il processo di budgeting, attraverso una fitta serie di incontri con la Direzione Strategica, articolati per singoli Dipartimenti Aziendali, in cui sono stati negoziati gli obiettivi operativi per ciascuna articolazione organizzativa afferente al Dipartimento considerato.

Il suddetto processo, che era giunto alle fasi conclusive, con la predisposizione delle schede di budget per l'anno 2020 per ciascuna struttura complessa e struttura semplice dipartimentale aziendale, non si è potuto perfezionare con la formale approvazione delle suddette schede, per effetto dello straordinario mutamento del contesto epidemico, determinato dalla diffusione del COVID 19, che ha portato il Governo Italiano alla proclamazione dello stato di emergenza, con l'avvio ed il successivo susseguirsi di provvedimenti e di misure, sia a livello nazionale che regionale, necessari a tutelare la salute dei cittadini e a contenere la

diffusione del contagio, che ha di fatto stravolto la programmazione aziendale, ponendo in cima agli obiettivi strategici la gestione straordinaria dell'emergenza, **con una profonda modifica dell'attività ordinaria e dell'operatività delle singole articolazioni organizzative aziendali.**

Tale sopravvenuta e straordinaria emergenza ha, pertanto, reso gli obiettivi definiti in fase di negoziazione con le singole articolazioni aziendali, non più attuali e coerenti rispetto alle nuove priorità programmatiche rivenienti dalla suddetta drammatica evoluzione del contesto epidemiologico.

Nel frattempo, con la DGR n. 129 del 02/03/2020, ad oggetto "Obiettivi di Salute e di Programmazione Economica Finanziaria per i Direttori Generali delle aziende sanitarie ed ospedaliere regionali per gli anni 2018 – 2020 - Modifiche ed integrazioni anno 2020, la Regione Basilicata ha provveduto a modificare ed integrare la DGR n. 190/2018, di definizione degli obiettivi triennali 2018 – 2020, eliminandone alcuni ed aggiungendone di nuovi.

Conseguentemente, con deliberazione aziendale n. 887 dell' 8/10/2020 l'ASM ha provveduto ad aggiornare il Piano della Performance2020-2022 (annualità 2020), recependo i mutamenti degli indirizzi programmatici regionali sopra descritti.

A tale scopo la Direzione Strategica, nell'ambito di appositi Collegi di Direzione tenuti rispettivamente in data 14/09/2020 e 29/09/2020, ha dapprima invitato e successivamente sollecitato i Direttori di Dipartimento ad aggiornare le suddette schede di budget delle afferenti Strutture Complesse e Strutture Semplici Dipartimentali, già precedentemente negoziate, in funzione sia dei nuovi obiettivi di salute e di programmazione sanitaria assegnati dalla Regione Basilicata con DGR n. 129/2020, sia della programmazione straordinaria per la gestione dell'emergenza da COVID – 19, così come risulta dai verbali n. 6 del 14/09/2020 (acquisito al protocollo aziendale n. 46730 del 18/09/2020) e n. 7 del 29/09/2020 (acquisito al protocollo aziendale n. 48505 del 29/09/2020).

Pertanto con deliberazioni n. 889 del 08/10/2020 e n. 1115 del 04/12/2020, l'Azienda ha approvato e sottoscritto gli obiettivi operativi per l'anno 2020, concordati con i Direttori di Dipartimento e i Dirigenti Responsabili delle Unità Operative Complesse e Semplici Dipartimentali, contenuti nelle schede di budget - anno 2020.

Come anticipato nel paragrafo precedente, l'analisi del grado di raggiungimento degli obiettivi aziendali per l'anno 2020 non può in alcun modo prescindere dalle condizioni di contesto che hanno caratterizzato il periodo oggetto di valutazione, che hanno profondamente condizionato l'operatività aziendale, incidendo inevitabilmente sulla tipologia, sulla qualità e sulla quantità delle prestazioni erogate. Nello specifico, come già più volte menzionato, la diffusione del COVID-19 agli inizi del 2020, con la conseguente dichiarazione dello stato di emergenza e tutto il complesso delle azioni restrittive disposte a livello nazionale e regionale per il contenimento della diffusione del virus, ha completamente stravolto la programmazione ordinaria delle attività aziendali, ponendo in cima alle priorità strategiche la gestione della pandemia, facendo passare in secondo piano il raggiungimento degli obiettivi operativi definiti dalla programmazione ordinaria aziendale per l'impossibilità sopraggiunta.

Come già precedentemente rappresentato anche la tempistica degli adempimenti ha subito notevoli ritardi, conseguenti alle proroghe delle scadenze stabilite a livello nazionale e regionale, tra cui a mero titolo semplificativo quella relativa al bilancio d'esercizio 2020, approvato solo nel mese di novembre c.a. L'emergenza pandemica ha letteralmente devastato la gestione delle attività sia in ambito ospedaliero che territoriale, che come analiticamente rappresentato nella specifica sezione del presente documento, si sono sensibilmente ridotte, con notevoli ripercussioni sotto l'aspetto qualitativo.

La stragrande maggioranza delle attività sia in ambito sanitario che anche tecnico e amministrativo sono state rivolte a fronteggiare l'eccezionalità e la gravità delle situazioni conseguenti alle varie ondate pandemiche che si sono succedute nel corso del 2020, trascurando di fatto la realizzazione degli obiettivi ordinari definiti dalla programmazione aziendale.

In particolare, a partire dal mese di marzo e per la quasi totalità dei restanti mesi dell'anno 2020, l'Azienda in ottemperanza alle disposizioni normative regionali e nazionali, è stata costretta a sospendere le attività ordinarie, sia con riferimento ai ricoveri che alle prestazioni specialistiche

ambulatoriali, consentendo esclusivamente le urgenze e le prestazioni connesse alle patologie oncologiche.

Al fine di far fronte all'emergenza pandemica e, nello specifico, alla gestione dei pazienti Covid, l'Azienda è stata costretta a stravolgere gli assetti strutturali e logistici dell'Ospedale di Matera, provvedendo al trasferimento ed all'accorpamento di vari reparti per liberare spazi da destinare esclusivamente ai pazienti Covid e a riprogettare percorsi in funzione della necessità di evitare o ridurre al minimo le possibilità di contagio all'interno della struttura.

Allo stesso modo l'assistenza territoriale è stata eccezionalmente stravolta dalle limitazioni connesse alla restrizioni adottate con riguardo alle prestazioni caratterizzate dal contatto col paziente, sia a livello domiciliare che nelle varie articolazioni aziendali. Nello specifico si è data priorità alle attività necessarie a far fronte alla diffusione della pandemia, quali il tracciamento della catena dei contagi, l'isolamento fiduciario dei pazienti positivi e dei relativi nuclei familiari, con tutte le attività burocratiche ed amministrative conseguenti.

È di tutta evidenza che l'eccezionalità del contesto con tutte le limitazioni conseguenti ha notevolmente condizionato il raggiungimento degli obiettivi ordinari, sia con riferimento alle Unità Operative ospedaliere, sia a quelle territoriali, sia anche a tutte le Unità Operative tecniche e amministrative che sono state a vario titolo coinvolte nella gestione della pandemia.

Di tale drammatica straordinarietà si è tenuto conto nel processo di valutazione dei risultati conseguiti dalle varie strutture aziendali rispetto agli obiettivi ordinari, anche al fine di non penalizzare il personale dipendente, soprattutto quello che ha operato in prima linea sul fronte della lotta al COVID-19, con grande sacrificio, senso di responsabilità e spirito di servizio.

A tale scopo, d'accordo con l'OIV aziendale, si è ritenuto, tra l'altro, di "sterilizzare" quegli obiettivi il cui raggiungimento è stato di fatto inficiato dalle condizioni di contesto epidemiologico, ed in particolare dallo stato pandemico, generato dalla diffusione del COVID – 19, che come abbondantemente evidenziato nella precedente sezione descrittiva delle attività aziendali, ha inevitabilmente penalizzato l'operatività delle singole strutture, compromettendo di fatto i livelli quali-quantitativi dei servizi erogati.

3.2 PERFORMANCE INDIVIDUALE

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

Ai fine della valutazione della performance individuale per l'anno 2020 valgono le stesse considerazioni rappresentate al paragrafo precedente.

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

Gli obiettivi, le fasi, i soggetti interessati ed i momenti in cui si articola la misurazione e la valutazione della performance individuale, così come disciplinati nel Regolamento Aziendale sul Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, approvato con deliberazione aziendale n. 1089/2019, sono ampiamente descritti nel Piano della Performance adottato con deliberazione aziendale n. 50/2020, così come aggiornato da successiva deliberazione aziendale n. 887/2020.

Si riportano di seguito i dati riepilogativi relativi alla valutazione del personale appartenente al comparto, che rappresenta circa i ¼ delle personale dipendente aziendali.

Con riferimento al personale della dirigenza, la relativa procedura di acquisizione delle schede risulta ancora in corso alla data di approvazione della presente relazione .

Di seguito si forniscono gli esiti relativi alle valutazioni del personale del comparto

DIPENDENTI DA VALUTARE	1646
SCHEDE VALUTATE	1646
DIPENDNETI NON VALUTABILI	24
VALUTAZIONI APPROVATE DAL DIPENDNETE +DIRIGENTE	1545
VALUTAZIONI APPROVATE SOLO DAL DIPENDNETE	11
VALUTAZIONI RIFIUTATE DAL DIPENDNETE	13
VALUTAZIONI ANCORA NON VISIONATE DA DIPENDENTE	56

CATEGORIA	PUNTEGGIO	TOTALE SCHEDE
A	27	23
B	27	76
	26	2
	25	1
	19	1
BS	30	265
	28	3
	27	1
	26	2
	25	1
CATEGORIA	PUNTEGGIO	TOTALE SCHEDE
C	45	76
	42	3
	41	1
	40	1
CATEGORIA	PUNTEGGIO	TOTALE SCHEDE
D	54	916
	53	41
	52	14
	51	1
	50	3
	49	2
	48	3
	47	2
	41	1
DS	66	1
	54	2
DDSL	66	101

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

4.1 OBIETTIVI DI MANDATO

Di seguito in tabella sono riportati il grado di raggiungimento degli obiettivi di mandato del Direttore Generale recepiti come obiettivi aziendali col Piano delle Performance 2020/2022 (cfr. pag. 42 del Piano).

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET	RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO
Garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)	Garantire l'erogazione livelli essenziali di assistenza (LEA)	Miglioramento quali-quantitativo delle prestazioni offerte attraverso l'individuazione e la messa in atto di soluzioni organizzative per ottimizzare l'efficacia e l'efficienza della risposta assistenziale	Percentuale di raggiungimento degli indicatori della Griglia LEA	100%	La misurazione del grado di raggiungimento del presente obiettivo è a cura del Dipartimento Politiche della Regione Basilicata. Le misure restrittive imposte per il contenimento della pandemia da covid 19, hanno sicuramente condizionato negativamente i livelli quali-quantitativi delle prestazioni erogate, dal momento che per molti mesi dell'anno sono state assicurate esclusivamente le prestazioni in urgenza e quelle correlate alle patologie oncologiche
Garantire l'equilibrio economico - finanziario del SSR	Garanzia dell'equilibrio economico finanziario della gestione aziendale	Assicurare l'equilibrio economico in sede di approvazione del bilancio preventivo e consuntivo nel rispetto delle procedure amministrative e contabili	Risultato di bilancio	Pareggio bilancio d'esercizio 2020	Il Bilancio d'esercizio 2020 si è chiuso con un utile di esercizio

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET	RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO
Rispetto tempistica prevista per le Liste di attesa in classi di priorità e non in classi di priorità	Garantire il rispetto della tempistica prevista per le prestazioni specialistiche in RAO e non in classi di priorità	Realizzazione delle azioni previste nel PAAGLA 2019 – 2021 adottato con deliberazione aziendale	Percentuale di prestazioni erogate entro i tempi di attesa definiti nel PAAGLA 2019 - 2021	90%	Il raggiungimento del presente obiettivo è stato inficiato dalla diffusione della pandemia da COVID -19, con specifico riferimento al fatto che per molti mesi dell'anno sono state assicurate esclusivamente le prestazioni in urgenza e quelle correlate alle patologie oncologiche
Contenimento del saldo economico di mobilità ospedaliera	Garantire la riduzione del saldo di mobilità sanitaria	Riduzione del saldo economico dei ricoveri in mobilità sanitaria interregionale	Valore economico mobilità interregionale attiva / Valore economico mobilità interregionale passiva	>60%	Nel 2020 si è ridotto sia il valore della mobilità passiva che quello della mobilità attiva, per effetto delle restrizioni imposte per il contenimento della pandemia da COVID 19. Il valore dell'indicatore per il 2020 è stato pari al 0,27%
Attuazione della Sanità digitale	Garantire l'attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e il processo di dematerializzazione della documentazione clinico – medica ecc.	Sviluppo di un percorso strutturato al fine di garantire l'attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e del completamento del processo di dematerializzazione	Implementazione Sanità digitale	Implementazione Sanità digitale	Nel corso del 2020 sono proseguite le attività propedeutiche all'attivazione del FSE, sia pure con grandi difficoltà e ritardi connessi con la diffusione della pandemia da COVID – 19

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET	RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO
Attuazione del Piano Regionale della Prevenzione	Realizzare gli obiettivi centrali del Piano Regionale della Prevenzione	Aumento % della copertura vaccinale	Copertura delle vaccinazioni previste nel Piano	>= all'anno precedente	La copertura delle vaccinazioni previste nel Piano nel 2020 è stato inferiore a quello del 2019 per effetto delle gravi criticità connesse alla diffusione della pandemia da COVID - 19
Favorire la trasparenza e la lotta alla corruzione	100% adempimenti previsti dalla normativa in materia di trasparenza e anticorruzione	<p>Publicazione dei dati di interesse di immediata comprensione e consultazione per il cittadino/utente</p> <p>Aggiornamento del Piano Aziendale di lotta alla corruzione</p>	<p>Publicazione sul sito aziendale di tutti i dati di interesse, compresi dati di bilancio, sulle spese e costi del personale, ecc. Predisposizione Piano Di Prevenzione della corruzione</p>	<p>Publicazione sul sito aziendale di tutti i dati di interesse, compresi dati di bilancio, sulle spese e costi del personale, ecc. Predisposizione Piano di Prevenzione della corruzione</p>	Nel 2020 si è dato corso agli adempimenti relativi alla pubblicazione dei dati di interesse sul sito aziendale

4.2 RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI OPERATIVI COME DECLINATI CON IL PIANO DELLE PERFORMANCE

Si riporta di seguito il grado di raggiungimento di ogni obiettivo declinato nel Piano delle performance anno 2020-2022, così come aggiornato con deliberazione aziendale n. 887 del 08/10/2020.

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

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

TUTELA DELLA SALUTE

PREVENZIONE PRIMARIA

1.a.1 Copertura per vaccino MPR

Definizione	Copertura per vaccino MPR (Morillo – Parotite – Rosolia)
Numeratore	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre (ciclo base completo 1 dose) per MPR
Denominatore	n. di bambini che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione
Formula matematica	Cicli vaccinali per MPR completati nell'anno (1240) / Corte di bambini che compiono 2 anni (1338) *100 = 92,7%

Fonte	Flusso informativo delle vaccinazioni del Dipartimento Aziendale di Prevenzione Umana ASM		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	<90	tra 90 a 95	>95

Nel 2020 i cicli vaccinali per MPR completati tra i bambini nati nel 2018 dell'ASM sono stati 1.240 (rispetto ai 1.246 dell'anno precedente), a fronte di una coorte di bambini che compiono 2 anni pari complessivamente a 1.338 soggetti.

Ne deriva che nel 2020 la copertura vaccinale per MPR nei bambini di 2 anni nell'ASM è stata pari a 92,7% in lieve aumento rispetto all'anno precedente (91,5%), raggiungendo al 50% l'obiettivo definito dalla programmazione regionale.

1.a.2 Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani) - VGP (Valutazione Globale della Performance)

Definizione	Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani)		
Numeratore	Soggetti vaccinati di età pari o superiore ai 65 anni		
Denominatore	Popolazione di età pari o superiore ai 65 anni residente		
Formula matematica	Vaccinazioni antinfluenzale ai soggetti di età pari o superiore ai 65 (25.000) / popolazione residente con età pari o superiore ai 65 anni (44.917) *100 $25.000 / 44.917 * 100 = 55,7\%$		
Fonte	Flusso informativo delle vaccinazioni del Dipartim. Aziendale di Prevenzione Umana ASM		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	<60	Tra 60 e 75	>75,00

Nel 2020 i soggetti (di età = > 65 anni) interessati alla vaccinazione antiinfluenzale nell'ASM sono stati 25.000, in riferimento alla popolazione residente di età pari o superiore ai 65 anni pari a 44.917 soggetti, con una percentuale pari al 55,7%, nettamente inferiore rispetto all'anno precedente (75,40%), discostandosi sensibilmente dal target definito dalla programmazione regionale (>75%). La bassa percentuale di vaccinazioni effettuate sulla popolazione anziana, è stata senza dubbio influenzata dalla diffusione della pandemia da COVID-19, che ha inevitabilmente condizionato i comportamenti della popolazione.

1.a.3 Copertura vaccinale Papilloma Virus (HPV) nella popolazione bersaglio

Definizione	Copertura vaccinale Papilloma Virus (HPV)		
Numeratore	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre (3° dose registrata entro l'anno) entro il 31 dicembre dell'anno di rilevazione nella coorte di riferimento		
Denominatore	n. di bambine residenti nel territorio di competenza che hanno compiuto il dodicesimo anno di età (coorte bambine nate nel 2008)		
Formula matematica	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre (85) / Corte di bambine residenti nate nel 2008 (1773) *100 - $85 / 1773 * 100 = 4,8\%$		
Fonte	Flusso informativo delle vaccinazioni del Dipartimento Aziendale di Prevenzione Umana ASM		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	<60	tra 60 e 75	>75

Nel 2020 i cicli vaccinali completati tra le bambine, residenti nell'ASM, che hanno compiuto 12 anni (nate nel 2008) sono stati 85, a fronte di una coorte di bambine residenti nella provincia di Matera, nate nel 2008, pari a 1773. Ne deriva che nel 2020 la copertura vaccinale papilloma virus (HPV) nella popolazione di bambine residenti nell'ASM nate nel 2008, è stata pari al 4,8%, discostandosi sensibilmente dal target definito dalla programmazione regionale (>75%).

Pare opportuno far presente che, in riferimento al raggiungimento del suddetto obiettivo, le percentuali target di raggiungimento assegnate dalla programmazione regionale, risultano troppo elevate, sia perché si discostano notevolmente dalle coperture vaccinali raggiunte negli anni passati a livello regionale, sia perché risultano anche molto più alte dai valori medi nazionali di copertura (64,39%), per questo tipo di vaccinazioni. Ad ogni buon conto, la bassissima percentuale di vaccinazioni effettuate sulla popolazione è stata senza dubbio influenzata dalla diffusione della pandemia da COVID-19, che ha inevitabilmente condizionato i comportamenti della popolazione.

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

Definizione	Copertura vaccinale antimeningococcica a 24 mesi		
Numeratore	Cicli vaccinali completati (una dose registrata entro l'anno) al 31 dicembre x antimeningococcica		
Denominatore	n. bambini residenti nella ASM con età inferiore ai 24 mesi al 31 dicembre		
Formula matematica	Cicli vaccinali completati tra i bambini residenti nella ASM nati nel 2018 al 31 dicembre (1110) / Corte di bambini che compiono 2 anni (1338) *100 1200/ 1338 *100 = 83,00%		
Fonte	Flusso informativo delle vaccinazioni del Dipartimento Aziendale di Prevenzione Umana ASM		
Note			
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	< 90	Tra 90 e 95	>95

Nel 2020 i cicli vaccinali completati tra i bambini, residenti nell'ASM, nati nel 2018 sono stati 1.110, a fronte di una coorte di bambini residenti nella provincia di Matera con età inferiore a 2 anni pari a 1.338. Ne deriva che nel 2020 la copertura vaccinale antimeningococcica nella popolazione di bambini residenti nell'ASM con età inferiore a 2 anni, è stata pari all'83%, inferiore all'anno precedente (88%), discostandosi sensibilmente dal target definito dalla programmazione regionale.

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

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

1.a.6 Grado di Copertura vaccinale antipneumococcica

Definizione	Copertura vaccinale antipneumococcica		
Numeratore	Cicli vaccinali (III dose) completati al 31 dicembre x antipneumococcica		
Denominatore	Corte di bambini residenti nel territorio con età inferiore ai 24 mesi al 31 dicembre		
Formula matematica	Cicli vaccinali completati tra i bambini nati nel 2018 (1213) / Corte di bambini nati nel 2018 (1338) *100 = 90,7%		
Fonte	Flusso informativo delle vaccinazioni del Dipartim. Aziendale di Prevenzione Umana ASM		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	<90	Da 90 a 95	>95

Nel 2020 i cicli vaccinali completati tra i bambini, residenti nell'ASM, nati nel 2018 sono stati 1.213, a fronte di una coorte di bambini residenti nella provincia di Matera con età inferiore a 2 anni pari a 1.338. Ne deriva che nel 2020 la copertura vaccinale pneumococcica nella popolazione di bambini residenti nell'ASM con età inferiore a 2 anni, è stata pari al 90,7%, raggiungendo al 50% l'obiettivo definito dalla programmazione regionale (>95%).

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

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

Definizione	Copertura vaccinale esavalente nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi).		
Numeratore	Cicli vaccinali completati (3° dose) al 31 dicembre per esavalente		
Denominatore	Corte di bambini vaccinabili di età inferiore a 24 mesi		
Formula matematica	Cicli vaccinali completati tra i bambini nati nel 2018 (1170) / Corte di bambini di età inf. a 24 mesi (1338) *100 1170 / 1338 *100 = 87,4 %		
Fonte	Flusso informativo delle vaccinazioni del Dipartim. Aziendale di Prevenzione Umana ASM		
Note	Vaccino pediatrico esavalente (anti Difterite – Pertosse – Polio – Tetano - Epatite B e HIB)		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	<90	Da 90 a 95	>95

Nel 2020 i cicli vaccinali completati tra i bambini nati nel 2018 dell'ASM sono stati 1.170 a fronte di una coorte di bambini che compiono 2 anni pari complessivamente a 1.338.

Ne deriva che nel 2020 la copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo di base (3 dosi) nell'ASM è stata pari all' 87,4%, nettamente inferiore all'anno precedente (96,20%), discostandosi sensibilmente dal target definito dalla programmazione regionale (>95%).

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

PROMOZIONE STILI DI VITA SANI

I risultati relativi agli obiettivi di sotto riportati, non sono al momento disponibili presso la ASM, ne è stata fatta richiesta agli Uffici regionali

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

Codice	Indicatore	Anno di riferimento Bersaglio 2019	Valore %	Numeratore	Denominatore	Intervallo di confidenza
1.b.1	Suggerimento di fare attività fisica					
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo			0%	50%		100%
Risultato			Meno di 23	Tra 23 e 33		Più di 33

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

Codice	Indicatore	Anno di riferimento Bersaglio 2019	Valore %	Numeratore	Denominatore	Intervallo di confidenza
1.b.2	Suggerimento di perdere peso					
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo				0%	50%	100%
Risultato				Meno di 25	Tra 25 e 45	Più di 45

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

Codice	Indicatore	Anno di riferimento Bersaglio 2019	Valore %	Numeratore	Denominatore	Intervallo di confidenza
1.b.3	Suggerimento: fare attività fisica per perdere peso					
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo				0%	50%	100%
Risultato				Meno di 25	Tra 25 e 45	Più di 45

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

Codice	Indicatore	Anno di riferimento Bersaglio 2019	Valore %	Numeratore	Denominatore	Intervallo di confidenza
1.b.4	Suggerimento a bere di meno					
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo			0%	50%		100%
Risultato			Meno di 3	Tra 3 e 9		Più di 9

1.b.5 % di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico a fare attività a bere meno

Codice	Indicatore	Anno di riferimento Bersaglio 2019	Valore %	Numeratore	Denominatore	Intervallo di confidenza
1.b.5	Suggerimento a smettere di fumare					
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo			0%	50%		100%
Risultato			Meno di 35	Tra 35 e 55		Più di 55

SCREENING ONCOLOGICI

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

Definizione	Proporzione di persone che hanno effettuato il test di screening di I livello, in un programma organizzato, per cervice uterina			
Numeratore	Esami x donne (25 -64) che eseguono il test di screening per cervice uterina n. 3.511			
Denominatore	donne residenti nella ASM (donne in età compresa tra i 25 e i 64 anni) nel periodo di riferimento (2 - 3 anni) n. 16.721 (riferito all'anno 2019)			
Formula matematica	3.511/16.721 x 100 = 21%			
Fonte	Osservatorio epidemiologico Regionale della Basilicata - Centrale Screening Regionale			
Note	Per le Aziende Sanitarie territoriali la popolazione di riferimento è quella provinciale, mentre per il CROB la popolazione di riferimento è quella regionale			
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo		0%	50%	100%
Risultato		Meno di 25	Tra 25 e 50	Più del 50

Con riferimento al suddetto indicatore non essendo pervenuti dati da parte della Centrale Screening Regionale, che di fatto gestisce tutti gli screening oncologici regionali, sono stati riportati i dati pubblicati su specifica pagina WEB del MES – Laboratorio di Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna inerente gli indicatori del Sistema di Valutazione 2020 del Network Regioni, a cui aderisce anche la Regione Basilicata. Da tali dati emerge che il 21% della popolazione bersaglio della Provincia di Matera ha effettuato lo screening per il tumore della cervice uterina, non consentendo il raggiungimento del target regionale.

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

Definizione	Proporzione di persone che hanno effettuato il test di screening di I livello, in un programma organizzato, per mammella		
Numeratore	N. esami x donne in età target (50-69 anni) che eseguono il test di screening per carcinoma mammella n.7974 (Per esami s'intendono i primi inviti + le adesioni spontanee)		
Denominatore	N. donne residenti (50-69 anni) nel periodo di riferimento (due anni) n. 14.019		
Formula matematica	n. esami x donne (50-69 anni) che hanno effettuato il test di screening / (N. donne residenti nel periodo di riferimento (due anni)7974/ 14.019 (diviso 2 a anni)*100 =56,88 %		
Fonte	Osservatorio epidemiologico Regionale della Basilicata – Sistema Informativo Screening del Ministero - Centrale Screening Regionale		

Note	Per le Aziende Sanitarie territoriali la popolazione di riferimento è quella provinciale, mentre per il CR=B la pop. Di riferimento è quella regionale		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	< 35	tra 35 e 60	>60

Non essendo pervenuti dati da parte della Centrale Screening Regionale e non essendo gli stessi disponibili sulla pagina web dedicata del MES – Laboratorio di Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna inerente gli indicatori del Sistema di Valutazione 2020 del Network Regioni, sono riportati i dati relativi al 2019, da cui si evince che la proporzione di donne che hanno effettuato lo screening per il tumore della mammella è pari al 56,88%, consentendo il raggiungimento dell'obiettivo al 50%
Dati inviati dalla Centrale Screening regionale.

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

Definizione	Proporzione di persone che hanno effettuato il test di screening di I livello, in un programma organizzato, per colon retto		
Numeratore	N. esami per persone in età target (50-69 anni) che eseguono il test di screening per tumore con retto 9026		
Denominatore	N. persone residenti (50-69 anni) nel periodo di riferimento (due anni) n. 27.241		
Formula matematica	n. persone (50-69 anni) che hanno effettuato il test di screening / (N. persone residenti nel periodo di riferimento (due anni) 33,1)		
Fonte	Osservatorio epidemiologico Regionale della Basilicata – Sistema Informativo Screening del Ministero – Centrale Screening Regionale		
Note	Per le Aziende Sanitarie territoriali la popolazione di riferimento è quella provinciale, mentre per il CR=B la pop. Di riferimento è quella regionale		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	< 25	tra 25 e 50	>50

Non essendo pervenuti dati da parte della Centrale Screening Regionale e non essendo gli stessi disponibili sulla pagina web dedicata del MES – Laboratorio di Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna inerente gli indicatori del Sistema di Valutazione 2020 del Network Regioni, sono riportati i dati relativi al 2019, da cui si evince che la proporzione di donne che hanno effettuato lo screening per il tumore della mammella è pari al 33,1%, consentendo il raggiungimento dell'obiettivo al 50%
Dati inviati dalla Centrale Screening regionale.

SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO

1.d.1. Percentuale di copertura sul territorio delle aziende sottoposte a controllo rapportato al n. delle aziende con dipendenti - VPG (Valutazione Globale della Performance)

Definizione	Percentuale di aziende ispezionate / n. di aziende con dipendenti presenti sul territorio		
Numeratore	Numero di aziende ispezionate dal servizio		
Denominatore	N. aziende con dipendenti presenti sul territorio (ultimo dato disponibile 2017)		
Formula matematica	Numero di imprese attive presenti sul territorio controllate / n. imprese attive presenti sul territorio (235 / 4500 * 100) = 5,2%		
Fonte	Sistema Informativo del Servizio di Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro e Inail		
Note	Per il numeratore: dati attività trasmessi dalle UU.OO. di Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro delle ASL. Per il denominatore Nuovi flussi informativi INAIL (c/o Dipartimento di salute – ufficio Politiche della prevenzione e le predette UU.OO. per competenza territoriale.		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	< 5	tra 5 e 10	>10

Nel 2020 i servizi aziendali dell'area della prevenzione preposti alle attività di controllo hanno controllato 235 imprese attive, in sostanziale allineamento rispetto all'anno precedente, a fronte di un numero complessivo di imprese presenti nel territorio aziendale pari a 4.500 (tale dato si riferisce al 2018 ed è l'ultimo dato ufficiale disponibile e consultabile sul software). La percentuale di raggiungimento dell'obiettivo, con la DGR in oggetto, è stata aumentata rispetto a quanto previsto negli anni precedenti, passando dall'8% al 10%. Pertanto nel 2020 la percentuale di imprese attive sottoposte a controlli da parte dell'ASM è stata pari al 5,2%, raggiungendo il 50% il target definito dalla programmazione regionale. Nel corso dei controlli sono state accertate contravvenzioni e impartite le relative prescrizioni tutte ottemperate.

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

Definizione	n. di cantieri ispezionati / cantieri notificati		
Numeratore	Numero di cantieri ispezionati dal servizio		
Denominatore	N. cantieri notificati		
Formula matematica	Numero di cantieri ispezionati / n. cantieri notificati (80/437 *100) = 18,3%		
Fonte	Osservatorio Epidemiologico della Regione Basilicata (OER – Basilicata)		
Note	Per il numeratore: dati attività trasmessi dalle UU.OO. di Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro delle ASL. Per il denominatore Nuovi flussi informativi INAIL (c/o Dipartimento di salute – ufficio Politiche della prevenzione e le predette UU.OO. per competenza territoriale.		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	< 20	tra 20 e 30	>30

Nel 2020 i servizi aziendali dell'area della prevenzione preposti alle attività di controllo e ispezione hanno ispezionato 80 cantieri su 437 notificati, pari al 18,3%, discostandosi significativamente dal target definito dalla programmazione regionale, che prevede un numero superiore al 30%.

1.d.3. Valutazione dell'efficienza produttiva

Definizione	n. di aziende ispezionate /personale UPG SPSAL		
Numeratore	Numero di aziende ispezionate dal servizio nel corso dell'anno		
Denominatore	N. di personale UPG - SPSAL (Ufficiali di Polizia giudiziaria – Servizio per la Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro)		
Formula matematica	Numero d aziende ispezionate / n. personale UPG - SPSAL (Ufficiali di Polizia giudiziaria – Servizio per la Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro) è del 33,57% (235/n. 7,1 ponderato *100)		
Fonte	Sistema Informativo del Servizio di Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro e Inail		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	< 40	tra 40 e 50	>50

Nel 2020, la valutazione dell'efficienza produttiva del servizio, valutata in riferimento al numero delle aziende ispezionate rispetto al personale UPG - - SPSAL (Ufficiali di Polizia giudiziaria – Servizio per la Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro) ha raggiunto la percentuale del 33,57% discostandosi significativamente dal target definito dalla programmazione regionale, che prevede un numero superiore al 50%.

1.d.4. Valutazione dell'efficienza produttiva

Definizione	n. di sopralluoghi /n. personale UPG SPSAL		
Numeratore	Numero di sopralluoghi effettuati dal servizio nel corso dell'anno		
Denominatore	N. di personale UPG - SPSAL (Ufficiali di Polizia giudiziaria – Servizio per la Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro)		

Formola matematica	Numero di sopralluoghi / n. personale UPG - SPSAL (Ufficiali di Polizia giudiziaria – Servizio per la Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro) 36% (258/n. 7,1 ponderato *100)		
Fonte	Sistema Informativo del Servizio di Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	< 70	tra 70 e 90	>90

Nel 2020, la valutazione dell'efficienza produttiva del servizio, valutata in riferimento al numero dei sopralluoghi effettuati dal servizio rispetto al personale UPG-SPSAL (Ufficiali di Polizia giudiziaria – Servizio per la Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro) ha prodotto la percentuale del 36%, discostandosi significativamente dal target definito dalla programmazione regionale, che prevede un numero superiore al 50%.

SICUREZZA ALIMENTARE E SANITA' VETERINARIA

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

Definizione	Percentuale di campioni effettuati per la ricerca di residui di fitosanitari negli alimenti di origine vegetale.		
Numeratore	N. totale di campioni eseguiti n. 18		
Denominatore	N. di campioni programmati i n. 18		
Formola matem.	N. totale di campioni effettuati nell'ambito del PNR 53 / N. campioni programmati/ *100 = 100 %		
Fonte	Sistema informativo NSIS – PNR Nuovo Sistema informativo - Piano Naz. Residui		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	NO		SI

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

Nel 2020, a fronte di 18 campioni programmati nell'ambito del Piano Nazionale Residui, il numero totale dei campioni effettuati è stato pari a 18 (100%) consentendo il pieno raggiungimento dell'obiettivo regionale, perfettamente in linea con il risultato ottenuto nel 2019.

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

Definizione	Percentuale di ovini e caprini morti testati per scrapie		
Numeratore	numero di capi testati		
Denominatore	N. di capi morti di età superiore ai 18 mesi testati x SCRAPIE		
Formola matematica	OVINI e CAPRINI: N. totale di capi morti (416) / totale capi morti di età superiore ai 18 mesi da cui sono stati scorporati i capi per i quali è stato impossibile eseguire il prelievo (n. 199) 217 pertanto tutti i capi sono stati testati : ovini 241/241 = 100,00% ; caprini 57/57 = 100,00%		
Fonte	Banca dati regionale Anagrafe Animali Il Flusso dei dati sarà gestito dal nuovo modulo software integrato con il Nodo regionale dei Servizi veterinari e dei SIAN (BDR)		
Note			
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%		100%
Risultato ovini	NO		SI
Risultato caprini	NO		SI

Nel 2020 il numero di capi di ovini di età superiore ai 18 mesi testati morti per scrapie è stato pari a 441, a fronte dei quali è stato possibile effettuare il controllo solo a 217, in quanto su n. 200 capi non è stato possibile eseguire il prelievo.; mentre il numero di capi di caprini di età superiore ai 18 mesi testati morti per scrapie è stato pari a 97, a fronte dei quali è stato possibile effettuare il controllo solo a 57, in quanto su n. 40 capi non è stato possibile eseguire il prelievo.

Nel 2020 sono stati raggiunti gli obiettivi previsti dalla programmazione regionale, aziendale e dipartimentale. L'obiettivo prefissato è stato raggiunto a seguito dell'adozione della suddetta specifica procedura, prevista dal Piano Aziendale di Sorveglianza delle TSE, che definisce le modalità di intervento dei Veterinari Dirigenti nei casi in cui non sia possibile procedere al prelievo del tronco encefalico (es. ovini e caprini deceduti al pascolo, in luoghi inaccessibili, ecc.); nelle predette circostanze è resa obbligatoria la verbalizzazione delle motivazioni che non permettono l'esecuzione dei test, nonché la loro registrazione nel Sistema Informativo Veterinario Regionale (BDR). Le copie dei predetti verbali, relativi all'anno 2020, come previsto dal Piano di Impegni vengono trasmessi con cadenza trimestrale al Competente Ufficio Veterinario Regionale, secondo quanto definito anche nelle modalità di raggiungimento dell'obiettivo definite nella DGR 129/2020.

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

Definizione	Copertura percentuale di campioni effettuati per la ricerca di residui di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine vegetale (Piano Nazionale Residui).		
Numeratore	N. totale di campioni eseguiti e inseriti in NSIS n. 42		
Denominatore	N. di campioni assegnati 42		
Formula matematica	N. totale di campioni assegnati 55/ n. campioni eseguiti 55 *100 = 100%		
Fonte	Sistema informativo dell'IZS di Puglia e Basilicata. Il flusso dei dati sarà gestito dal nuovo Software integrato con il Nodo regionale dei Servizi veterinari e dei SIAN (BDR)		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%		100%
Risultato	NO		SI

Nel 2020, a fronte di 42 campioni programmati, il numero totale dei campioni effettuati è stato pari a 42, consentendo il pieno raggiungimento dell'obiettivo regionale (100%), come accaduto anche nel 2019.

PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI

APPROPRIATEZZA AREA CLINICA

2.a.1 Tasso di ospedalizzazione per i DRG medici dei LEA standardizzato per età e per sesso x 10.000 residenti

Definizione	Tasso di ospedalizzazione per i DRG medici dei LEA standardizzato per età e per sesso		
Numeratore	N. di ricoveri per DRG medici relativi ai residenti		1279
Denominatore	N. di residenti		194.853
Formula matematica	N. ricoveri per DRG medici relativi ai residenti / N. residenti x 10000 abitanti		65,64
Fonte	SIS - Flusso SDO		
Note per l'elaborazione	I DRG considerati sono quelli del Patto della Salute 2010 -2012 (con le relative esclusioni indicate nell'allegato B)		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	Più di 180	tra 135 e 180	Meno di 135

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

Al momento non sono disponibili tutti i dati necessari per la determinazione del tasso di ospedalizzazione complessivo aziendale per l'anno 2020. Nello specifico non sono noti i dati relativi alla mobilità ospedaliera

passiva che solitamente costituisce una componente significativa dei ricoveri effettuati dai residenti nel territorio di competenza della ASM.

Tuttavia, i dati relativi ai ricoveri erogati dalle strutture aziendali ai residenti nel territorio della ASM per l'anno 2020 evidenziano un tasso di ospedalizzazione per i DRG medici LEA pari a 65,64 ricoveri per 10.000 abitanti, abbondantemente contenuto entro il target definito dalla programmazione regionale, pari a 135. Ad ogni buon conto è di tutta evidenza che nell'anno 2020 vi è stata una drastica riduzione dei ricoveri dovuta agli effetti della pandemia da COVID-19, con particolare riguardo a quelli esportati (mobilità ospedaliera passiva) e importati (mobilità ospedaliera attiva), in conseguenza alle misure restrittive imposte dalla normativa nazionale e regionale relative agli spostamenti.

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

Definizione	<i>Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1000 residenti</i>		
Numeratore	N. ricoveri per acuti in DH con finalità diagnostiche	5	
Denominatore	n. residenti	194.853	
Formula matematica	N. ricoveri per acuti in DH con finalità diagnostiche/n. residenti *1000	0,03	
Fonte	SIS - Flusso SDO		
Note per l'elaborazione	Si considerano le dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate dei residenti in Regione per ricoveri in DH per acuti con finalità diagnostiche. Nel campo "Motivo ricovero DH" si considera la modalità "ricovero diagnostico". Vengono esclusi i codici riportati nella DGR 190/2028 pag. 38.		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	Più di 3	Tra 1,5 e 3	Meno di 1,5

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

Al momento non sono disponibili tutti i dati necessari per la determinazione del tasso di ospedalizzazione complessivo aziendale per l'anno 2020. Nello specifico non sono noti i dati relativi alla mobilità ospedaliera passiva che solitamente costituisce una componente significativa dei ricoveri effettuati dai residenti nel territorio di competenza della ASM. Tuttavia, i dati relativi ai ricoveri erogati dalle strutture aziendali ai residenti nella territorio della ASM per l'anno 2020 evidenziano un tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico pari a 0,03 ricoveri per 1.000 residenti abbondantemente contenuto entro il target definito dalla programmazione regionale, pari a <1.5.

Ad ogni buon conto è di tutta evidenza che nell'anno 2020 vi è stata una drastica riduzione dei ricoveri dovuta agli effetti della pandemia da COVID-19, con particolare riguardo a quelli esportati (mobilità ospedaliera passiva) e importati (mobilità ospedaliera attiva), in conseguenza alle misure restrittive imposte dalla normativa nazionale e regionale relative agli spostamenti.

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

Definizione	<i>Percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni</i>		
Numeratore	N. di ricoveri medici oltre soglia	139	
Denominatore	N. ricoveri medici	3954	
Formula matematica	N. di ricoveri medici oltre soglia /N. di ricoveri medici *100	3,5	
Fonte	SIS - Flusso SDO		
Note per l'elaborazione	Si considerano le soglie ministeriali. Si considerano i pazienti di età >=65 anni. Si considerano esclusivamente i ricoveri medici ordinari. Sono esclusi i dimessi dai reparti di riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99)		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	Più di 4	Tra 2 e 4	Meno di 2

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

I dati relativi ai ricoveri erogati dalle strutture aziendali per l'anno 2020 evidenziano una percentuale di ricoveri medici oltre soglia sul totale dei ricoveri medici ordinari pari al 3,5%, che comporta il raggiungimento al 50% del target regionale.

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

Definizione	Percentuale di ricoveri effettuati in Day surgery per i DRG dei LEA chirurgici		
Numeratore	N. di ricoveri effettuati in Day Surgery per i DRG LEA chirurgici	215	
Denominatore	N. ricoveri effettuati in Day Surgery e ricovero ordinario per i DRG LEA chirurgici	550	
Formula matematica	N. di ricoveri effettuati in D.S./Ricoveri effettuati in D.S. e ricovero ordinario *100	39,09	
Fonte	SIS - Flusso SDO		
Note per l'elaborazione	I DRG considerati sono quelli del Patto per la Salute 2010 -2012 (con le relative esclusioni indicate nell'al. B elencati nella DGR n. 190/2018 a pag. 40). Sono esclusi i Drg prevalentemente erogati in regime ambulatoriale: 006 – Decompressione del tunnel carpale 039 – Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia 119 – legature e stripping di vene Per ogni azienda si considerano solo i DRG che presentano almeno 30 casi all'anno. Si considerano i ricoveri erogati ai soli residenti in regione. Si considera esclusa la One Day Surgery al numeratore. Sono esclusi i dimessi dai reparti di riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99)		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	Meno di 45	Tra 45 e 75	Più di 75

La percentuale di ricoveri effettuati in Day Surgery per i DRG dei LEA chirurgici dagli ospedali per acuti dell'ASM nel 2020 è stata pari al 39,09%, confermando una performance non in linea con il target regionale, che prevede un valore > 75%, sia pure lievemente migliorativa rispetto agli anni precedenti.

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

Definizione	Percentuale di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni		
Numeratore	N. di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 gg. (differenza tra la data del procedura e data di ricovero ≤ 2 giorni)	232	
Denominatore	N. di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore	380	
Formula matematica	N. di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore con durata degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni / N. interventi per frattura di femore 404 x 100	61,05	
Fonte	SIS - Flusso SDO-		
Note per l'elaborazione	Per ogni azienda presa in considerazione il valore dell'indicatore è la media ponderata dei tassi aggiustati dalle strutture ospedaliere di riferimento con pesi pari alla numerosità dei casi.		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	Meno di 50	Tra 50 e 60	Più di 60

La percentuale di interventi chirurgici entro 2 giorni per frattura di femore sul totale di interventi per interventi chirurgici per frattura di femore su pazienti anziani effettuati nel 2020 dagli ospedali per acuti dell'ASM è stato pari al 61,05%, evidenziando una performance soddisfacente, in considerazione del target regionale ottimale che prevede un valore >60%, sia pure in lieve peggioramento rispetto al 2019, in cui lo stesso indicatore era superiore al 70%.

Tale peggioramento è stato determinato essenzialmente dalle gravi difficoltà conseguenti alle misure restrittive imposte per far fronte alla diffusione del COVID-19, per effetto delle quali si sono ridotte notevolmente le sedute operatorie, con particolare riferimento all'Ospedale di Matera.

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

Definizione	Proporzione di infarti miocardici acuti (IMA) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminare (PTCA) entro 2 gg		
Numeratore	N. di episodi di IMA in cui il paz. abbia eseguito una PTCA entro 2 gg. (differenza tra la data del procedura e la data di ricovero \leq 2 giorni)		120
Denominatore	N. di ricoveri per episodi di IMA		373
Formula matematica	N. di episodi di IMA in cui il paz. abbia eseguito una PTCA entro 2 gg. (differenza tra la data del procedura e la data di ricovero \leq 2 giorni)120 / N. di ricoveri per episodi IMA 373×100		32,17
Fonte	SIS - Flusso SDO-		
Note per l'elaborazione	Protocollo operativo del Piano Nazionale Esiti (PNE). Per ogni azienda presa in considerazione il valore dell'indicatore è la media ponderata dei tassi aggiustati dalle strutture ospedaliere di riferimento con pesi pari alla numerosità dei casi.		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	Meno di 34	Tra 34 e 44	più di 44

Non essendo disponibile il suddetto dato per l'anno 2020, si riportano i risultati del 2019

La proporzione di infarti miocardici acuti (IMA) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminare (PTCA) entro 2 giorni sul totale dei ricoveri per IMA nel 2019 è stato pari a 32,17%, evidenziando una performance inferiore al target regionale ottimale, che prevede un valore >44%.

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

Definizione	Mortalità a 30 gg. dal ricovero per un episodio miocardico acuto (IMA in diagnosi principale)		
Numeratore	N. di episodi di IMA in cui il paz. abbia eseguito una PTCA entro 2 gg. (differenza tra la data del procedura e la data di ricovero \leq 2 giorni) 20		
Denominatore	N. di episodi di IMA in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg. dalla data del ricovero indice 373		
Formula matematica	N. di episodi di IMA x 100		5,36
Fonte	SIS - Flusso SDO- Procedura di rilevazione aziendale		
Note per l'elaborazione	Protocollo operativo del Piano Nazionale Esiti (PNE). Per ogni azienda presa in considerazione il valore dell'indicatore è la media ponderata dei tassi aggiustati dalle strutture ospedaliere di riferimento con pesi pari alla numerosità dei casi.		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	Più di 10,5	Tra 8,5 e 10,5	Meno di 8,5

Non essendo disponibile il suddetto dato per l'anno 2020, si riportano i risultati del 2019

Il valore del suddetto indicatore è stato calcolato attraverso la procedura di rilevazione dei dati ospedalieri aziendali sulla base dei ricoveri effettuati dalle strutture ospedaliere aziendali.

2.a.16 Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza inf. a 3 gg. (VGP)

Definizione	Proporzione di ricoveri di colecistectomie laparoscopiche con degenza inf. a 3 gg.		
Numeratore	N. di ricoveri con intervento di colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 gg.		
Denominatore	N. di ricoveri con intervento di colecistectomie laparoscopiche		
Formula matematica	N. di ricoveri con intervento di colecistectomie laparoscopiche inf. a 3 gg. / N. di ricoveri con interventi di colecistectomie laparoscopiche x 100		
Fonte	SIS - Flusso SDO - Procedura di rilevazione aziendale		
Note per l'elaborazione	Protocollo operativo del Piano Nazionale Esiti (PNE).		
			25,74%

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	Meno di 50	Tra 50 e 60	più di 60

La proporzione di ricoveri in day surgery di colecistectomie laparoscopiche effettuate nel 2020 dagli ospedali per acuti dell'ASM è stata pari a 37,11%, evidenziando una performance non soddisfacente, anche se in netto miglioramento rispetto all'anno precedente, in cui si era attestata al 25,74%. Il valore del suddetto indicatore è stato calcolato attraverso la procedura di rilevazione dei dati ospedalieri aziendali sulla base dei ricoveri effettuati dalle strutture ospedaliere aziendali.

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

Definizione	Percentuale di parti con taglio cesareo primario		
Numeratore	Numero totale di parti cesarei primari		141
Denominatore	n. totale di parti con nessun pregresso cesareo		837
Formula matematica	Numero totale di parti cesarei primari / n. totale di parti con nessun pregresso cesareo x 100		16,85%
Fonte	SIS - Flusso SDO		
Note per l'elaborazione	Protocollo operativo del Piano Nazionale Esiti (PNE)		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%		100%
Risultato	Più di 15		Meno di 15

La percentuale di parti cesarei primari effettuati nel 2020 dagli ospedali per acuti dell'ASM è stata pari complessivamente a 16,85%, evidenziando una performance non ancora ottimale a livello aziendale, anche se in miglioramento rispetto agli anni precedenti. Pare, tuttavia opportuno sottolineare come il P.O. di Matera, che è il principale Ospedale per acuti dell'ASM, abbia fatto registrare per il 2020 una percentuale di parti con taglio cesareo primario pari al 13,65%, in piena aderenza al target regionale.

EFFICACIA ASSISTENZIALE TERRITORIALE

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

Definizione	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali x 100 residenti		
Numeratore	N. di ricoveri per patologie sensibili alle cure ambulatoriali relativi ai residenti 611		
Denominatore	Popolazione residente 194.853		
Formula matematica	N. di ricoveri per scompenso in residenti della fascia di età 50 – 74 anni / Popolazione residente della fascia di età 50 – 74 anni X 100		3,14
Fonte	SIS - Flusso SDO - Procedura di rilevazione aziendale		
Note x l'elaborazione	Si considerano i ricoveri dei residenti , extra regione inclusi. Vengono esclusi i ricoveri erogati da strutture private non accreditate - i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75 - 99)		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	Più di 10	Tra 7 e 10	Meno di 7

Il valore del suddetto indicatore è stato calcolato attraverso la procedura di rilevazione dei dati ospedalieri aziendali sulla base dei ricoveri effettuati dalle strutture ospedaliere aziendali.

Al momento non sono disponibili tutti i dati necessari per la determinazione del tasso di ospedalizzazione complessivo aziendale per l'anno 2020. Nello specifico non sono noti i dati relativi alla mobilità ospedaliera passiva extraregionale che costituisce una componente significativa dei ricoveri effettuati dai residenti nel territorio di competenza della ASM. Ad ogni buon conto il valore calcolato, pari a 3,14%, evidenzia una performance ottimale, essendo abbondantemente al di sotto del 7%, che costituisce il target di riferimento.

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

Definizione	Tasso di ospedalizzazione per scompenso in residenti della fascia di età: 50-74 anni		
Numeratore	N. di ricoveri per scompenso in residenti della fascia di età 50 – 74 anni	84	
Denominatore	Popolazione residente della fascia di età 50 – 74 anni	65.497	
Formula matematica	N. di ricoveri per scompenso in residenti della fascia di età 50 – 74 anni / Popolazione residente della fascia di età 50 – 74 anni X 100.000	128,25	
Fonte	SIS - Flusso SDO		
Note x l'elaborazione	Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti , extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 428.*, 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93 esclusi i dimessi con codici 00.5*, 35.**, 36-**, 37.** in uno qualunque dei campi di procedura. Sono esclusi: - i dimessi dai reparti di unita spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75,99)		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	Più di 195	tra 155 e 195	Meno di 155

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

Al momento non sono disponibili tutti i dati necessari per la determinazione del tasso di ospedalizzazione complessivo aziendale per l'anno 2020. Nello specifico non sono noti i dati relativi alla mobilità ospedaliera passiva che costituisce una componente significativa dei ricoveri effettuati dai residenti nel territorio di competenza della ASM.

Ad ogni buon conto il tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco in residenti della fascia di età: 50 – 74 anni, calcolato esclusivamente sui ricoveri effettuati dalle strutture ospedaliere per acuti dell'ASM nel 2020 è stato pari a 128,25 per 100.000 abitanti, raggiungendo pienamente il target ottimale stabilito dalla programmazione regionale, che deve essere inferiore a 155 per 100.000 residenti.

Nel 2020 il valore del suddetto indicatore ha evidenziato un ulteriore miglioramento rispetto al 2019 in cui era risultato pari a 174,5.

Ad ogni buon conto è di tutta evidenza che nell'anno 2020 vi è stata una drastica riduzione dei ricoveri dovuta agli effetti della pandemia da COVID-19, con particolare riguardo a quelli esportati (mobilità ospedaliera passiva) e importati (mobilità ospedaliera attiva), in conseguenza alle misure restrittive imposte dalla normativa nazionale e regionale relative agli spostamenti.

2.c.3 Tasso di ospedalizzazione per diabete in residenti della fascia di età: 20-74 anni

Definizione	Tasso di ospedalizzazione per diabete in residenti della fascia di età: 20-74 anni		
Numeratore	N. ricoveri x diabete in residenti della fascia di età 20 – 74 anni	16	
Denominatore	N. popolazione residente della fascia di età 20 – 74	105.654	
Formula matematica	N. ricoveri x diabete in residenti della fascia di età 20–74 anni /popolazione residente della fascia di età 20– 74 x 100.000	15,1	
Fonte	SIS - Flusso SDO		
Note x l'elaborazione	Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti , extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 250.xx Diabete mellito. Sono esclusi: - i DRG 113 e 114 - i codici di procedura 36.** e 39.5* - i dimessi dai reparti di unita spinale, riabilitazione, lungodegenti e Neuro riabilitazione (codici 28, 56, 60, 75) - i dimessi con MDC 14 (Gravidanza, parto e puerperio) e 15 (Malattie periodo neonatale) - i ricoveri in strutture private non accreditate		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%

Risultato	Più di 35	Da 25 a 35	Meno di 25
------------------	------------------	-------------------	-------------------

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

Analogamente a quello precedente, al momento non sono disponibili tutti i dati necessari per la determinazione del tasso di ospedalizzazione complessivo aziendale per l'anno 2020. Nello specifico non sono noti i dati relativi alla mobilità ospedaliera passiva che costituisce una componente significativa dei ricoveri effettuati dai residenti nel territorio di competenza della ASM.

Il tasso di ospedalizzazione per diabete in residenti della fascia di età: 20 – 74 anni, calcolato esclusivamente sui ricoveri effettuati dalle strutture ospedaliere per acuti dell'ASM nel 2020 è stato pari a 15,1 per 100.000 abitanti, rientrando pienamente entro il limite soglia del target ottimale stabilito dalla programmazione regionale pari a 25.

Ad ogni buon conto è di tutta evidenza che nell'anno 2020 vi è stata una drastica riduzione dei ricoveri dovuta agli effetti della pandemia da COVID-19, con particolare riguardo a quelli esportati (mobilità ospedaliera passiva) e importati (mobilità ospedaliera attiva), in conseguenza alle misure restrittive imposte dalla normativa nazionale e regionale relative agli spostamenti.

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

Definizione	Tasso di ospedalizzazione per BPCO in residenti della fascia di età: 50-74 anni		
Numeratore	N. ricoveri per BPCO della fascia di età 50– 74 anni relativi ai residenti		9
Denominatore	N. residenti della fascia di età 50 – 74 anni		65.497
Formula matematica	N. ricoveri per BPCO in residenti della fascia di età 50 – 74 anni / Popolazione residente della fascia di età 50 – 74 anni x 100.000		13.74
Fonte	SIS - Flusso SDO		
Note x l'elaborazione	Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 490: Bronchite, non specificata se acuta o cronica 491*: Bronchite cronica 492*: Enfisema 496: Ostruzioni croniche delle vie respiratorie 494* Bronchiectasie. Sono esclusi: - i dimessi dai reparti di unita spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuro riabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75); i ricoveri in strutture private non accreditate.		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	Più di 35	Da 25 a 35	Meno di 25

Il tasso è stato calcolato esclusivamente sui ricoveri effettuati presso i presidi ospedalieri della ASM. Analogamente a quanto precedentemente sottolineato, al momento non sono disponibili tutti i dati necessari per la determinazione del tasso di ospedalizzazione complessivo aziendale per l'anno 2020. Nello specifico non sono noti i dati relativi alla mobilità ospedaliera passiva che costituisce una componente significativa dei ricoveri effettuati dai residenti nel territorio di competenza della ASM.

Nel corso del 2020 l'Azienda, ha consolidato ulteriormente le attività del Servizio di Pneumologia Territoriale, deputato alla presa in carico delle patologie croniche respiratorie, tra cui la BPCO, con lo scopo di ridurre quanto più possibile l'ospedalizzazione per tali patologie. Tale azione unitamente al percorso di integrazione e collaborazione con i MMG in merito alla gestione delle patologie croniche, ha consentito una significativa riduzione dei ricoveri per BPCO.

Il tasso di ospedalizzazione per BPCO in residenti della fascia di età 50 – 74 anni, calcolato esclusivamente sui ricoveri effettuati dalle strutture ospedaliere per acuti dell'ASM nel 2020 è stato pari a 13,74 per 100.000 abitanti, evidenziando una performance ottimale, con conseguente percentuale di raggiungimento dell'obiettivo pari al 100%.

Ad ogni buon conto è di tutta evidenza che nell'anno 2020 vi è stata una drastica riduzione dei ricoveri dovuta agli effetti della pandemia da COVID-19, con particolare riguardo a quelli esportati (mobilità ospedaliera passiva) e importati (mobilità ospedaliera attiva), in conseguenza alle misure restrittive imposte dalla normativa nazionale e regionale relative agli spostamenti.

2.c.5 Percentuale di over 64 anni trattati in ADI (VGP)

Definizione	Percentuale di over 64 anni trattati in ADI		
Numeratore	N. di over 64 anni trattati in ADI		2.734
Denominatore	popolazione residente over 64		44.917
Formula matematica	N. di over 64 anni trattati in ADI / popolazione residente over 64 x 100		6,1
Fonte	SIS – Flusso ADI		
Note x l'elaborazione	L'indicatore monitora la percentuale di anziani che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare. Vengono considerati solo i casi per i quali è stata effettuata una valutazione o per un percorso socio- sanitario o per un percorso sanitario; sono, quindi, escluse le prestazioni occasionali che non necessitano di valutazione.		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	<5	Da 5 a 10	>10

Il numero di pazienti trattati in ADI con età superiore ai 64 anni nel 2020 è stato pari a 2.734, che rappresentano circa il 6,1% del totale della popolazione residente degli ultrasessantatrenni, evidenziando un raggiungimento al 50% del target regionale con un lieve decremento al dato raggiunto nell'anno 2019 (6,4%), dovuto da un lato agli effetti della pandemia da COVID-19, dall'altro al maggior numero di residenti ricompresi nella fascia d'età considerata, che testimonia il progressivo invecchiamento della popolazione.

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

Definizione	Percentuale di prese in carico con CIA maggiore di 0,13 per over 65 in Cure domiciliari		
Numeratore	N. di prese in carico con CIA > 0,13 per residenti con età maggiore o uguale a 65 anni		1.622
Denominatore	N. prese in carico (PIC) per Cure domiciliari per persone, con età maggiore o uguale a 65 anni n. 2.859 + 807 prestazioni occasionali		2.734
Formula matematica	$2.859/3.666 = 78\%$		59,33%
Fonte	SIS – Flusso ADI		
Note x l'elaborazione	Residenti in Regione, cure domiciliari erogate in Regione incluse le Prese in carico con valutazione e tutti i tipi di Cure Domiciliari.		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	Meno di 35	Tra 35 e 55	>55

Il numero di pazienti con età > 64 anni presi in carico con Coefficiente d'Intensità Assistenziale > 0,13 (CIA1, CIA2, CIA3) nel 2020 è stato pari a 1.622. Ne deriva che la percentuale di prese in carico con CIA > 0,13 nell'ASM nel 2020 è stata pari a 59,33%, consentendo il raggiungimento del target regionale (>55%) al 100%.

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

Definizione	Tasso std di ospedalizzazione x patologie psichiatriche per residenti maggiorenni	
Numeratore	N. ricoveri con diagnosi psichiatriche in qualsiasi reparto relativi ai residenti maggiorenni	235
Denominatore	Popolazione residente maggiorenne	165.233
Formula matematica	N. ricoveri con diagnosi psichiatriche in qualsiasi reparto relativi ai residenti maggiorenni/ Popolazione residente maggiorenne x 100.000	142,22
Fonte	SIS - Flusso SDO	
Note x l'elaborazione	Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti in regione inclusa la mobilità passiva, con diagnosi principale psichiatriche di età uguale o maggiore ai 18 anni dimessi da qualsiasi reparto: Si considerano le diagnosi principali (codici ICD9 –CM):290.xx -319.xx.	

	Sono esclusi: - i ricoveri con diagnosi principale di demenza: 290.xx, 293.xx, 294.xx i ricoveri per disturbi dell'infanzia e adolescenza in diagnosi principale: 299.0x,299.8x,313 - 315; i ricoveri erogati da strutture private non accreditate.		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	Più di 300	Tra 200 e 300	Meno di 200

Il tasso è stato calcolato esclusivamente sui ricoveri effettuati presso i presidi ospedalieri della ASM. Analogamente a quanto precedentemente sottolineato, al momento non sono disponibili tutti i dati necessari per la determinazione del tasso di ospedalizzazione complessivo aziendale per l'anno 2020. Nello specifico non sono noti i dati relativi alla mobilità ospedaliera passiva che costituisce una componente significativa dei ricoveri effettuati dai residenti nel territorio di competenza della ASM.

Il tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in residenti della provincia di Matera, calcolato esclusivamente sui ricoveri effettuati dalle strutture ospedaliere per acuti dell'ASM nel 2020 è stato pari a 142,22 ricoveri per 100.000 abitanti, consentendo il raggiungimento del target previsto (< 200) al 100%.

Ad ogni buon conto è di tutta evidenza che nell'anno 2020 vi è stata una drastica riduzione dei ricoveri dovuta agli effetti della pandemia da COVID-19, con particolare riguardo a quelli esportati (mobilità ospedaliera passiva) e importati (mobilità ospedaliera attiva), in conseguenza alle misure restrittive imposte dalla normativa nazionale e regionale relative agli spostamenti.

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

Definizione	Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti maggiorenni		
Numeratore	N. ricoveri ripetuti con diagnosi psichiatriche fra 8 e 30 gg. dalla dimissione in una qualunque struttura regionale (evento origine nel periodo 1 gennaio- 30 nov. , evento successivo nel periodo 1 gennaio- 31 dicembre)	8	
Denominatore	n. ricoveri per patologie psichiatriche da 1 gennaio al 30 novembre	218	
Formula matematica	Numeratore /denominatore % 9/203	3,7 %	
Fonte	SIS - Flusso SDO		
Note x l'elaborazione	Si considerano i ricoveri ordinari erogati in regione relativi ai residenti maggiorenni, relativi ai primi 11 mesi dell'anno con codice ICD9 – CM, per patologie psichiatriche in diagnosi principale:290.xx -319.xx. Sono esclusi: - i ricoveri con codice fiscale anonimo; i ricoveri per disturbi dell'infanzia e adolescenza in diagnosi principale: 299.0x,299.8x,313 -315; i ricoveri che effettuano un solo ricovero con modalità di dimissione deceduto.		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	Più di 6	Tra 4 e 6	Meno di 4

In numero di ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni dalla dimissione negli ospedali della ASM nel 2020 è stato pari a 8 su un totale complessivo di 218 ricoveri con diagnosi psichiatriche. Ne consegue che la percentuale di ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni per le patologie psichiatriche negli ospedali dell'ASM nel 2020 è stata pari al 3,7%, perfettamente in linea target regionale che prevede una percentuale inferiore al 4%, consentendo pertanto il raggiungimento del presente obiettivo al 100%.

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

Definizione	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (<14 anni)		
Numeratore	N. ricoveri dei residenti in età pediatrica (<14 anni)	602	
Denominatore	Popolazione residente (<14 anni)	21.916	
Formula matematica	Numeratore / denominatore x 100 residenti	2,75	
Fonte	SIS - Flusso SDO		
Note x l'elaborazione	Si considerano i ricoveri ordinari ai residenti extra regione inclusi, sia ricoveri ordinari che DH. Sono esclusi: - i ricoveri relativi ai neonati normali (DRG 391); i ricoveri erogati da strutture private non accreditate.		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	Più di 10	Tra 7 e 10	Meno di 7

Il presente tasso è stato calcolato esclusivamente sui ricoveri effettuati presso i presidi ospedalieri della ASM. Analogamente a quanto precedentemente sottolineato, al momento non sono disponibili tutti i dati necessari per la determinazione del tasso di ospedalizzazione complessivo aziendale per l'anno 2020. Nello specifico non sono noti i dati relativi alla mobilità ospedaliera passiva che costituisce una componente significativa dei ricoveri effettuati dai residenti nel territorio di competenza della ASM.

Il numero di ricoveri dei residenti con età pediatrica presso gli Ospedali della ASM nel 2020 è stato pari a 602 su un totale della popolazione con età < 14 anni pari a 21.916, con conseguente tasso di ospedalizzazione pari a 2,75 ricoveri per 100 residenti, che ha consentito il pieno raggiungimento del target regionale che prevede una percentuale inferiore a 7 ricoveri per 100 abitanti.

Ad ogni buon conto è di tutta evidenza che nell'anno 2020 vi è stata una drastica riduzione dei ricoveri dovuta agli effetti della pandemia da COVID-19, con particolare riguardo a quelli esportati (mobilità ospedaliera passiva) e importati (mobilità ospedaliera attiva), in conseguenza alle misure restrittive imposte dalla normativa nazionale e regionale relative agli spostamenti.

EFFICACIA PERCORSO EMERGENZA - URGENZA

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

Definizione	Percentuale di accessi al pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti		
Numeratore	N. di accessi in P.S. con codice giallo visitati entro 30 minuti		10.397
Denominatore	N. accessi in P.S. con codice giallo		11.983
Formula matematica	Numeratore / denominatore %		86,76 %
Fonte	SIS - Flusso SDO		
Note x l'elaborazione	Si considerano gli accessi con codice colore al triage giallo. Al numeratore si considerano i tempi di attesa inferiori o uguali a 29 minuti e 59 secondi. Sono esclusi sia al numeratore che al denominatore gli accessi: con tempi di attesa negativi e superiori a 1440 minuti; con esito "giunto cadavere" (codice EMUR = 9)		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	meno di 80	Tra 80 e 93	Più di 93

Fermo restando la notevole riduzione di accessi al Pronto Soccorso a causa della pandemia da COVID-19, nel 2020 la percentuale di accessi con codice giallo visitati entro 30 minuti negli ospedali per acuti dell'ASM è stata pari all'86,76, in avvicinamento al target ottimale fissato dalla Regione al 93%, consentendo comunque all'Azienda il raggiungimento al 50% dell'obiettivo considerato.

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

Definizione	Percentuale di accessi al pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora		
Numeratore	N. di accessi in P.S. con codice verde visitati entro 1 ora		21.819
Denominatore	N. accessi in P.S. con codice verde		29.530
Formula matematica	Numeratore / denominatore %		73,89 %
Fonte	SIS - Flusso SDO		
Note x l'elaborazione	Si considerano gli accessi con codice colore al triage verde. Al numeratore si considerano i tempi di attesa inferiori o uguali a 59 minuti e 59 secondi. Sono esclusi sia al numeratore che al denominatore gli accessi: con tempi di attesa negativi e superiori a 1440 minuti; con esito "giunto cadavere" (codice EMUR = 9)		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	meno di 70	Tra 70 e 80	Più di 80

La percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora nel 2020 negli ospedali per acuti dell'ASM è stata pari al 73,89%, abbastanza vicina al target ottimale fissato dalla Regione all'80%, consentendo comunque all'Azienda il raggiungimento al 50% dell'obiettivo considerato.

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

Definizione	Percentuale di accessi al pronto Soccorso con codice verde, non inviati al ricovero, con tempi di permanenza entro le 4 ore		
Numeratore	N. di accessi in P.S. con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro 4 ore	23.052	
Denominatore	N. accessi in P.S. con codice verde non inviati al ricovero	26.794	
Formula matematica	Numeratore / denominatore %	86,03 %	
Fonte	SIS - Flusso SDO		
Note x l'elaborazione	Si considerano gli accessi con codice colore triage verde. Al numeratore si considerano i tempi di permanenza inferiori o uguali a 239 minuti e 59 secondi. Sono esclusi gli accessi: con tempi di attesa negativi e superiori a 4320 minuti; gli inviati in Osservazione Breve		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	meno di 70	Tra 70 e 80	Più di 80

La percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 4 ore effettuati nel 2020 negli ospedali per acuti dell'ASM è stata pari all'86,03%, raggiungendo pienamente il target ottimale fissato dalla Regione all'80%.

GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA

EFFICIENZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA

3.a.1 Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (VGP)

Definizione	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine		
Numeratore	N. confezioni di molecole erogate, non coperte da brevetto o presenti nella lista di trasparenza	3.423.914	
Denominatore	N. confezioni complessivamente erogate	3.719.210	
Formula matematica	Numeratore/denominatore x 100	92,06 %	
Fonte	SIS Flusso Marno		
Note x l'elaborazione	Si considera l'ultima lista di trasparenza ministeriale dell'anno di riferimento, applicata con effetto retroattivo.		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	Meno di 74	Tra 74 e 76	Più di 76

La percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza dell'ASM nel 2020, così come calcolata dal Servizio Farmaceutico Territoriale aziendale, è stata pari al 92,06%, consentendo il pieno raggiungimento del target ottimale regionale, che prevede una percentuale superiore al 76%.

3.a.2 Percentuale di utilizzo farmaci biosimilari

Definizione	Percentuale di utilizzo farmaci biosimilari		
Numeratore	Totale unità posologiche solo biosimilari	257.857	
Denominatore	N. Totale unità posologiche biosimilari +originator	315.356	
Formula matematica	N. Totale unità posologiche biosimilari / Totale unità posologiche (biosimilari +originator) x 100	81,68%	
Fonte	SIS Flusso Marno		
Note x l'elaborazione	Si considerano al numeratore e al denominatore solo i seguenti principi attivi: BO3AAO2, altri preparati antianemici-eritropoetine LO3AAO2, Citochine e immunomodulatori /fattori di stimolazione delle colonie –Filgrastim –		

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
	Meno di 80	Tra 80 e 95	Più di 95

La percentuale di utilizzo dei farmaci biosimilari, limitatamente ai principi attivi indicati, da parte dei pazienti dell'ASM nel 2020, così come calcolata dal Servizio Farmaceutico Territoriale aziendale, è stata pari al 81,68%, in netto miglioramento rispetto all'anno precedente (60,30%), consentendo il raggiungimento del target regionale (> 95%) al 50%.

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA

3.b.1 Consumo pro- capite di farmaci inibitori di Pompa Protonica (IPP)

Definizione	Consumo pro- capite di farmaci inibitori di Pompa Protonica (IPP)		
Numeratore	N. unità posologiche di IPP erogate	8.139.096	
Denominatore	Popolazione residente pesata	210.790	
Formula matematica	$(7.557.952/210.219 \times 100) \times 100$	38,61 %	
Fonte	SIS Flusso Marno		
Note x l'elaborazione	I farmaci inibitori di Pompa Protonica (IPP) appartengono alla classe ATC (classificazione anatomica- terapeutica) A02BC. E' escluso il consumo privato. E' inclusa l'erogazione in regime convenzionale, la diretta e/o per conto. Per la popolazione si utilizzano i pesi del Rapporto OsMed 2012.		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	Più di 30	tra 28 e 30	Meno di 28

Il consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica (IPP) da parte della popolazione dell'ASM nel 2020, così come calcolato dal Servizio Farmaceutico Territoriale aziendale, è stata pari a 38,61 unità posologiche di IPP pro capite, discostandosi significativamente dal target ottimale regionale, che prevede una quantità inferiore a 28 unità posologiche pro capite.

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

Definizione	Incidenza dei Sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina – angiotensina (Antipertensivi)		
Numeratore	N. confezioni di farmaci inibitori dell'angiotensina II, associati e non associati erogati dalle farmacie territoriali	299.061	
Denominatore	N. confezioni di farmaci appartenenti al gruppo terapeutico C09 delle "sostanze ad azione sul sistema renina – angiotensina" erogati dalle farmacie territoriali	561.955	
Formula matematica	Numeratore/Denominatore x 100	53,22%	
Fonte	SIS Flusso Marno		
Note x l'elaborazione	I farmaci antagonisti dell'angiotensina II associati e non associati (Sartani) appartengono ai sottogruppi terapeutici ATC C09C e C09D. E' escluso il consumo privato. E' inclusa l'erogazione in regime convenzionale, la diretta e/o per conto.		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	Più di 40	Tra 40 e 30	Meno di 30

L'incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina – angiotensina (antipertensivi) da parte della popolazione dell'ASM nel 2020, così come calcolato dal Servizio Farmaceutico Territoriale aziendale, è stata pari al 53,22%, discostandosi significativamente dal target ottimale regionale, che prevede una percentuale inferiore al 30.

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

Definizione	Consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI)		
Numeratore	DDD di farmaci antidepressivi erogate nell'anno per principio attivo	1.668.104,10	
Denominatore	Popolazione pesata x 365	210.790x365	
Formula matematica	DDD di farmaci antidepressivi erogate nell'anno per principio attivo / Popolaz. pesata x 365 x 100 (1.658.996,00/ 210.219 x 100)	21,68%	
Fonte	SIS Flusso Marno		
Note x l'elaborazione	I farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) appartengono alla classe ATC N06AB. il consumo di farmaci viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose definita giornaliera, che è la dose di mantenimento assunta per un giorno di terapia in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. È un'unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti tra periodi di tempo diversi. E' escluso il consumo privato. E' incluso il consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o per conto. Per la popolazione si utilizzano i pesi del Rapporto OsMed 2012.		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	Più di 36	Tra 26 e 36	Meno di 26

Il consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), (prescrizioni di antidepressivi) nella ASM nel 2020, così come calcolato dal Servizio Farmaceutico Territoriale aziendale, è stato pari a 21,68, in piena e totale aderenza al target fissato dalla programmazione regionale che prevede un valore inferiore a 26.

3.b.4 Consumo di farmaci antibiotici (VGP)

Definizione	Consumo di farmaci antibiotici		
Numeratore	DDD farmaci antibiotici (classe ATC: J01) erogati nell'anno per principio attivo	1.036.866,40	
Denominatore	Popolazione pesata x 365	210.790 x 365	
Formula matematica	DDD di altri farmaci antibiotici (classe ATC : J01) erogati nell'anno / N. Popolazione pesata x 365 x 1000	13,48	
Fonte	SIS Flusso Marno		
Note x l'elaborazione	I farmaci antibiotici appartengono alla classe ATC (Classificazione anatomica – terapeutica) J01. Il consumo di farmaci viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose definita giornaliera, che è la dose di mantenimento assunta per un giorno di terapia in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. E' un'unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti tra periodi di tempo diversi. E' escluso il consumo privato. E' incluso il consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o per conto. Per la popolazione si utilizzano i pesi del Rapporto OsMed 2012.		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	Più di 22	Tra 16 e 22	Meno di 16

Il consumo dei farmaci antibiotici sul territorio della ASM nel 2020, così come calcolato dal Servizio Farmaceutico Territoriale aziendale, è stato pari a 13,48, raggiungendo il 100% del target fissato dall'obiettivo regionale, in netto miglioramento rispetto all'anno precedente.

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

Definizione	% di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta – bloccanti alla dimissione		
Numeratore	N. di pz. che hanno effettuato almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione n. 440		
Denominatore	N. di pz. dimessi per IMA eleggibili alla terapia con beta bloccanti alla dimissione		
Formula matematica			
Fonte	Dati riferiti dal Direttore UOC Cardiologia e UTIC Matera		
Note x l'elaborazione			
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	Meno di 67	Tra 67 e 67	Più di 77

Il risultato del suddetto indicatore, superiore al 90%, è stato comunicato dal Direttore dell'U.O.C. di Cardiologia ed UTIC del P.O. di Matera.

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

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

Il risultato del suddetto indicatore, superiore al 90%, è stato comunicato dal Direttore dell'U.O.C. di Cardiologia ed UTIC del P.O. di Matera.

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

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

Il risultato del suddetto indicatore, superiore al 90%, è stato comunicato dal Direttore dell'U.O.C. di Cardiologia ed UTIC del P.O. di Matera.

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DIAGNOSTICA

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

Definizione	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (< = 65 anni)		
Numeratore	N. di accessi RM muscolo scheletriche pz. > = 65 anni relative ai residenti		
Denominatore	Popolazione residente > = 65 anni		
Formula matematica	391 /44248 *1000		
Fonte	Flusso regionale delle prestazioni ambulatoriali		
Note x l'elaborazione	Si considerano le prestazioni erogate da pubblico e da privato accreditato ai residenti in regione, extraregione incluse. Sono escluse le prestazioni per interni e per il Pronto Soccorso		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	Più di 30	Tra 20 e 30	Meno di 20

Non è stato possibile calcolare il suddetto dato in quanto non è disponibile né la base dati dei centri privati accreditati che effettuano RM muscolo scheletriche presso cui si sono rivolti i residenti, né quella della mobilità passiva intra ed extraregionale.

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

Definizione	% Percentuale di pz. che ripetono le RM lombari entro 12 mesi		
Numeratore	n. Pazienti che effettuano una RM lombare nei 365 gg. successivi alla prima prestazione		
Denominatore	n. pazienti che effettuano una RM lombare nell'anno precedente		
Formula matematica	235/3208*100 =		
Fonte	Flusso regionale delle prestazioni ambulatoriali		
Note x l'elaborazione	Si considerano che eseguono nell'anno una prestazione con codice : RMN della colonna – RMN della colonna con contrasto e senza contrasto. E' inclusa la mobilità passiva sia al numeratore che al denominatore. Per l'elaborazione del denominatore si fa riferimento all'anno precedente		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	Più di 8	Tra 6 e 8	Meno di 6

Non è stato possibile calcolare il suddetto dato in quanto non è disponibile né la base dati dei centri privati accreditati che effettuano RM muscolo scheletriche presso cui si sono rivolti i residenti, né quella della mobilità passiva intra ed extraregionale.

EFFICIENZA MOBILITA' OSPEDALIERA

3.d.1 Recupero della mobilità passiva ospedaliera

Definizione	Recupero della mobilità passiva ospedaliera		
	Concorrere alla riduzione della spesa per i DRG selezionati nella DGR n.129/2020, pagg. 80-81, DRG 544- 541 – 224 – 256 – 012 – 009 - 359 – 035 – 558 – 149 – 545 – 225 – 410 – 518 - 503 Ultimi dati disponibili di mobilità passiva sono relativi all'anno 2020		15/15
Fonte	Flusso SDO		
Note x l'elaborazione	Per ogni Azienda sono stati selezionati alcuni DRG a cui viene attribuito un tetto di valorizzazione annua massima ammissibile, in base alla politica di recupero della spesa prevista. L'indicatore annuale è il n. di DRG per i quali non si è superata la soglia massima ammissibile a livello regionale		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	Meno di 4	Tra 4 e 12	più di 12

I dati di seguito riportati si riferiscono al 2020 e sono gli ultimi a disposizione; essi riguardano esclusivamente i DRG di mobilità passiva extra regionale relativi all'ASM.

Complessivamente la mobilità ospedaliera passiva extraregionale dell'ASM ha fatto registrare nel 2020 un decremento rispetto al 2019 sia nel numero dei ricoveri, sia nella corrispondente valorizzazione economica, attribuibile certamente agli effetti della pandemia che hanno scoraggiato e, per molti mesi dell'anno impedito la mobilità dell'utenza da una regione all'altra (lockdown). Nello specifico nel 2020 il numero di ricoveri effettuati a residenti da parte di strutture extraregionali è stato pari a 5.323, con un decremento di -1.675 ricoveri rispetto all'anno precedente, pari al -24%, mentre il costo è stato pari a 24.366.755 euro con un decremento di oltre -7,2 milioni pari al -23% rispetto al 2019.

Con riferimento specifico all'andamento dei DRG specifici individuati nell'obiettivo considerato, i dati evidenziano inequivocabilmente come per il 2020 si sia registrato rispetto al 2019 un decremento della mobilità passiva per tutti e 15 i DRG predefiniti, consentendo il raggiungimento dell'obiettivo al 100%.

È obiettivo prioritario dell'Azienda, anche in conformità agli indirizzi programmatici regionali, la ulteriore riduzione della migrazione ospedaliera extraregionale che, nonostante il trend decrescente di questi anni, continua ad attestarsi su valori elevati.

DRG	Descrizione	Tipo Drg	2019	2020	Scostamento	
9	Malattie e traumatismi del midollo spinale	M	387.935	209.499	-178.436	-46%
12	Malattie degenerative del sistema nervoso	M	528.307	403.924	-124.383	-24%
35	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	M	166.559	252.695	86.136	52%
256	Altre diagnosi del sistema muscoloscheletrico e del sistema connettivo	M	889.333	474.840	-414.493	-47%
518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	C	245.240	215.467	-29.773	-12%
558	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	C	285.667	235.539	-50.128	-18%
149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	C	493.658	459.215	-34.443	-7%
224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	C	322.389	231.085	-91.304	-28%
225	Interventi sul piede	C	265.393	202.606	-62.787	-24%
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	C	196.577	124.824	-71.753	-37%
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	C	2.601.641	1.772.147	-829.494	-32%
545	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	C	157.689	168.841	11.152	7%
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	C	442.991	333.979	-109.012	-25%
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	M	156.663	148.714	-7.949	-5%
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	C	783.458	159.391	-624.067	-80%
	TOTALE		7.923.500	5.392.769	-2.530.731	-32%

3.d.2 Miglioramento del saldo mobilità ospedaliera

Definizione	Miglioramento del saldo mobilità ospedaliera		
Numeratore	Valore economico della mobilità attiva ospedaliera (solo strutture pubbliche)	(mobilità attiva extra regionale dati disponibili riferiti all'anno 2020) = € 6.476.070	
Denominatore	Valore economico della mobilità passiva ospedaliera (totale strutture)	Mobilità passiva extra regionale 2020 = € 24.366.755	
Formula matematica	Mobilità Attiva extraregionale/ Mobilità Passiva extraregionale	0,27	
Fonte	Flusso SDO		
Note x l'elaborazione	Tutte le Azienda concorrono al miglioramento della mobilità passiva ospedaliera .		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	Meno di 0,58	Tra 0,58 e 0,62	più di 0,62

Nel corso del 2020, a fronte del decremento della mobilità passiva extraregionale, già rappresentato al punto precedente, si è registrata una contestuale riduzione della mobilità ospedaliera attiva extraregionale, sia nel numero di ricoveri, passati da 3.977 nel 2019 a 1.645 (-41%), sia nella corrispondente valorizzazione economica, passata da oltre 10,6 milioni a meno più di 6,5 milioni di euro (-39%), con il conseguente miglioramento del saldo negativo di 30 ricoveri a cui è corrisposto un miglioramento del saldo economico di poco più di 3 milioni di euro.

MOBILITA' OSPEDALIERA EXTREREGIONALE	2019	2020	SCOSTAMENTO		2019	2020	SCOSTAMENTO	
MOBILITA' ATTIVA EXTRAGIONALE	3.977	2.332	-1.645	-41%	10.630.858	6.476.070	-4.154.788	-39%
MOBILITA' PASSIVA EXTRAGIONALE	6.998	5.323	-1.675	-24%	31.655.032	24.366.755	-7.288.277	-23%
SALDO MOBILITA'	-3.021	-2.991	30	-1%	-21.024.174	-17.890.685	3.133.489	-15%

In merito al presente obiettivo, il rapporto tra mobilità attiva e mobilità passiva per l'anno 2020 è stato pari a 0,27%; per tale motivo l'obiettivo considerato non è stato raggiunto dalla ASM; nello specifico si riscontra un peggioramento del trend rispetto all'anno precedente in cui il suddetto rapporto si attestava allo 0,34.

RAPPORTO MOBILITA' ATTIVA/MOBILITA'PASSIVA	2019	2020
	0,34	0,27

CONSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI

CURE PALLIATIVE

4.b.1 % di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice, inferiore o uguale a 3 giorni

Definizione	% di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice, inferiore o uguale a 3 giorni	
Numeratore	N. di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa fra segnalazione del caso e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni	
Denominatore	N. di assistiti oncologici ricoverati e con assistenza conclusa	

Formula matematica	N. di assistiti oncologici ricoverati e con assistenza conclusa	85,81%	
Fonte	Flusso Hospice – relazione del Dirigente Responsabile Hopsice		
Note x l'elaborazione	Per i pz. oncologici dalla rete di cure palliative si considera la patologia di presa in carico ICD9 140 -239 con esclusione dei tumori benigni (210 -229) o anamnesi V580, V581, V5811, V5812, V661, V662, V10 in patologia responsabile. Data segnalazione = data richiesta.		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo		0%	50%
Risultato		Meno di 50	Tra 50 e 85
			100%
			più di 85

La percentuale di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero inferiore a 3 giorni nell'Hospice dell'ASM nel 2020 è stata pari a 85,81%, così come pubblicato sul sito del MES Management e Sanità dell'Istituto Sant'Anna di Pisa, nell'ambito del Network Regioni, consentendo il raggiungimento dell'obiettivo al 100%, nonostante le difficoltà legate alla necessità di esecuzione del test – tampone COVID – 19, imposta dalla normativa vigente.

4.b.2 Consumo territoriale di farmaci oppioidi

Definizione	Consumo di farmaci oppioidi		
Numeratore	DDD farmaci oppioidi maggiori erogati nell'anno per principio attivo	88.207,9	
Denominatore	N. residenti x 365 (195.998 x 365)	71.539.270	
Formula matematica	DDD farmaci oppioidi maggiori erogate nell'anno per principio attivo / N. residenti x 365 x 1000	1,23	
Fonte	Flussi regionali farmaceutica		
Note x l'elaborazione	I farmaci oppioidi appartengono alla classe ATC N02A. Nel calcolo per l'indicatore sono inclusi soltanto gli oppioidi maggiori, indicati per il trattamento del dolore severo (scala del dolore OMS): Morfina (ATC N02AA01), Morfina ed antispastici (ATC N02AG01), Buprenorfina (ATC N02AE01), Fentanile (ATC N02AB03), Ossicodone (ATC N02AA05), Oxycodone- associazioni (ATC N02AA55) e Idromorfone (ATC N02AA03). Dal 2013 è incluso nel calcolo anche il Tapentadolo (ATC N02AX06), il consumo di farmaci viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose giornaliera definita, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica della sostanza. E' una unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi.		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo		0%	50%
Risultato		Meno di 1,6	tra 1,6 e 2,1
			100%
			Più di 2,1

Il consumo di farmaci oppioidi sul territorio della ASM nel 2020 è stato pari a 1,23, così come calcolato dal Servizio farmaceutico aziendale, in linea con l'anno precedente, discostandosi significativamente dal target ottimale regionale, che prevede una quantità superiore a 2,1 unità posologiche pro capite.

UTILIZZO DEI FLUSSI INFORMATIVI

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

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

Flusso	Modalità Trasmissione	Tempistica Invio	Risultato
Assistenza Domiciliare Integrata - DM 17/12/2008 (A.D.I.)	WEB	Mensile (entro 20 mese successivo)	Inviato nei tempi previsti
Assistenza Sanitaria Internazionale (ASPE)	WEB	Semestrale (1° semestre entro il 31/5 dell'anno successivo, 2° sem.entra il 30.11.dell'anno successivo)	Inviato nei tempi previsti
Assistenza Sanitaria Internazione (TECAS: trasferimenti all'estero x cure ad altissima specializzazione)	WEB	Semestrale (entro il mese successivo al semestre)	Inviato nei tempi previsti
Certificati di assistenza al parto (CEDAP)	WEB	Trimestrale (entro il 30 mese successivo)	Inviato nei tempi previsti
Flussi di struttura (FLS 11, FLS 12, STS 11, STS 14, RIA 11, HSP 11, HSP 11bis, HSP 12, HSP 13, HSP 14, HSP 16)	WEB	Annuale (30 aprile dell'anno di riferimento)	Inviato nei tempi previsti
Flussi di attività (FLS 18, FLS 21, STS 21, STS 24, RIA 11)	WEB	Annuale (31 gennaio dell'anno successivo)	Inviato nei tempi previsti
Flussi relativi ad attività di ricovero (HSP 22bis, HSP 23, HSP 24)	WEB	Trimestrale (entro il mese successivo al trimestre)	Inviato nei tempi previsti
Emergenza(118) Urgenza DM 17/12/2008 (DEA - Pronto Soccorso)	E- mail	Mensile (entro il 20 del mese successivo)	Inviato nei tempi previsti
Farmaceutica (diretta e per conto)	WEB	Mensile (entro il 15 del mese successivo)	Inviato nei tempi previsti
Farmaceutica (ospedaliera)	WEB	Mensile (entro il 15 del mese successivo)	Inviato nei tempi previsti
Flussi economici: conto economico (mod.CE)	WEB	Trimestrale (entro il 30 del mese successivo)	Inviato nei tempi previsti
Flussi economici: stato patrimoniale mod. SP)	WEB	Annuale (entro il 31 maggio dell'anno successivo)	Inviato nei tempi previsti
Flussi economici: (costi dei presidi (mod. CP)	WEB	Annuale (entro il 31 maggio dell'anno successivo)	Inviato nei tempi previsti
Flussi economici: costi per livello di assistenza (mod. LA)	WEB	Annuale (entro il 31 maggio dell'anno successivo)	Inviato nei tempi previsti
Monitoraggio consumi Dispositivi medici (Dm 11/12/2009)	Supporto magnetico	Trimestrale (entro il 30 del mese successivo)	Inviato nei tempi previsti
Monitoraggio errori in sanità DM 11/12/2009 (SIMES eventi sentinella)	WEB	Scheda A al verificarsi, scheda B entro 45 giorni (validazione Regione)	Inviato nei tempi previsti
Monitoraggio errori in sanità DM 11/12/2009 (SIMES denuncia sinistri)	WEB	Annuale entro il 31/01 anno successivo (validazione regione)	Inviato nei tempi previsti
Monitoraggio tempi di attesa (PNCTA)	WEB	Mensile (entro 20 mese successivo)	Inviato nei tempi previsti
Residenziali / semiresidenziali DM 17/12/2008(FAR)	WEB	Mensile (entro 20 mese successivo)	Inviato nei tempi previsti
Monitoraggio Rete di Assistenza (MRA)	WEB	Riconversione dei dati: entro il 31/10/12 70%, entro il 31/12/12 100%. Successivamente: aggiornamento continuo	Inviato nei tempi previsti
Sistema Informativo Salute Mentale (SISM) - DM 15/10/2010 (SDO)	Supporto magnetico / E-mail	annuale entro il 31/05 anno successivo (Personale) semestrale entro 60 gg successivi (attività)	Inviato nei tempi previsti
Schede dimissione ospedaliera	WEB	mensile (entro 15 mese successivo)	Inviato nei tempi previsti
ANAGRAFE OVI CAPRINA – livello minimo dei controlli aziende ovi caprine	WEB	(entro 30 mese successivo)	Inviato nei tempi previsti

Flusso	Modalità Trasmissione	Tempistica Invio	Risultato
ANAGRAFE BOVINA – livello minimo dei controlli aziende bovine	WEB	Annuale	
OGM – Piano Nazionale di controllo ufficiale sulla presenza degli organismi geneticamente modificati negli alimenti anni 2009 - 2011	WEB	Semestre 31.07 e annuale 31.01	Inviato nei tempi previsti
AUDIT SU STABILIMENTI – Controlli ufficiali sugli stabilimenti di produzione di alimenti di origine animale	Cartaceo	annuale 31.gennaio dell'anno	Inviato nei tempi previsti
PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	WEB	completo al 31/12	Inviato nei tempi previsti
RASSF - sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti	e-mail	risposta entro 7 giorni	Inviato nei tempi previsti
FITOSANITARI SU ALIMENTI – DM 23 dicembre 1992 – Controllo ufficiale sui residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	e-mail	annuale 31/03	Inviato nei tempi previsti
Disturbi del comportamento alimentare (SDCA)	Supporto magnetico	Trimestrale (entro 30 mese successivo)	Inviato nei tempi previsti
Emergenza Urgenza (trasporti)	Supporto magnetico	Trimestrale (entro 20 mese successivo)	Inviato nei tempi previsti
Farmaceutica (territoriale)	Supporto magnetico	Trimestrale (entro 45 gg. successivi)	Inviato nei tempi previsti
Farmaceutica (Mobilità Sanitaria - File F)	Supporto magnetico	Trimestrale (entro il 30 mese successivo)	Inviato nei tempi previsti
Medicina (Ass. medica di Base)	Supporto magnetico	Trimestrale (entro il 30 mese successivo)	Inviato nei tempi previsti
Prestazioni ambulatoriali pubbliche (CUP)	Supporto magnetico	Trimestrale (entro il 30 mese successivo)	Inviato nei tempi previsti
Prestazioni ambulatoriali private (CEA)	WEB	Trimestrale (entro il 30 mese successivo)	Inviato nei tempi previsti
Residenziali e semiresidenziali (ex art. 26 – AIAS)	FTP	Trimestrale (entro il 30 mese successivo)	Inviato nei tempi previsti
Residui manicomiali (MANIC)	E – mail	Annuale	Inviato nei tempi previsti
Ruoli professionali	Supporto magnetico	Semestrale (entro il 30 mese successivo)	Inviato nei tempi previsti
PASSI	Supporto magnetico	Trimestrale (entro il 30 mese successivo)	Inviato nei tempi previsti

% raggiungimento obiettivo	100%
Punteggio relativo	

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

Definizione	Percentuale di errori che generano scarti sul totale delle SDO trasmesse	
Numeratore	N. di schede con errore riscontrate che generano scarto 44	
Denominatore	N. totale schede prodotte 13.553	0,32 %
Note x elaborazione	La distribuz. degli errori riscontrati sulle strutture di ricovero x acuti viene monitorata dagli uffici regionali: Le schede sono scartate se i campi ai sensi del DM 261/2016 non rispettano il protocollo ministeriale	

Fonte	Flusso XML SDO. Direzioni Sanitarie Ospedaliere		
Note x l'elaborazione			
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	Più di 5	Tra 3 e 5	Meno di 3

Il presente indicatore, calcolato dalle Direzioni Sanitarie dei 2 presidi ospedalieri di Matera e Policoro, evidenzia come la percentuale di schede con errore che generano scarto è stata pari allo 0,32%, consentendo il pieno raggiungimento dell'obiettivo in oggetto.

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

Definizione	Percentuale di errori che generano anomalie sul totale delle SDO trasmesse		
Numeratore	N. di schede con errore riscontrate che generano anomalia 326		
Denominatore	N. totale schede prodotte 13.553		2,41%
Note x elaborazione	La distribuz. degli errori riscontrati sulle strutture di ricovero x acuti viene monitorata dagli uffici regionali: Le schede sono scartate se i campi ai sensi del DM 261/2016 non rispettano il protocollo ministeriale		
Fonte	Flusso XML SDO		
Note x l'elaborazione			
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	Più di 20	Tra 10 e 20	meno di 10

Il presente indicatore, calcolato dalle Direzioni Sanitarie dei 2 presidi ospedalieri di Matera e Policoro, evidenzia come la percentuale di schede con errore che generano anomalia è stata pari allo 2,41%, consentendo il pieno raggiungimento dell'obiettivo in oggetto.

UTILIZZO DEI FLUSSI INFORMATIVI

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

Definizione	Copertura del flusso NSIS sui contratti dei dispositivi medici		
Numeratore	N. di repertorio / BD presenti nel flusso consumi sia nel flusso che nei contratti		
Denominatore	N. di repertorio/BD trasmessi con il flusso consumi		
Note x elaborazione	Il calcolo è riferito ai report NSIS "Monitoraggio dispositivi medici CNS CRT 002. verifica completezza invio dati per azienda sanitaria e si confrontano la voce "DM distinti presenti sul tracciato consumi ma non su tracciato consumi" con la voce "DM distinti presenti su tracciato consumi ma non su tracciato contratti".		
Fonte	Flusso XML SDO		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	Meno di 10	Tra 15 e 10	Più di 15

I dati sono rilevati dalla Regione Basilicata

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

Definizione	Copertura del flusso NSIS sui consumi dei dispositivi medici		
Numeratore	Consumi nel periodo gennaio – dicembre rilevati dal flusso "consumi" ministeriale NSIS		
Denominatore	Costi rilevati dal modello di Conto Economico		
Fonte	Flusso XML SDO		

Note x l'elaborazione	Il calcolo è riferito ai report NSIS "Monitoraggio dispositivi medici CNS CRT 002. verifica completezza invio dati per azienda sanitaria e si confrontano la voce "DM distinti presenti sul tracciato consumi ma non su tracciato consumi" con la voce "DM distinti presenti su tracciato consumi ma non su tracciato contratti".		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	Meno di 80	Tra 80 e 95	Più di 95

I dati sono rilevati dalla Regione Basilicata

RISK MANAGEMENT

4.d.1 Piano di prevenzione del rischio clinico

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

L'Azienda ha provveduto a predisporre il Piano Aziendale del risk management per l'anno 2020 entro il 30 giugno 2019, e lo ha inviato in Regione con nota prot. n. 20200033991 del 26 giugno 2020.

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

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

L'Azienda ha provveduto a predisporre la Relazione di attuazione delle attività di risk management effettuate nel 2020, che ha trasmesso al Dipartimento Politiche della Persona della Regione Basilicata con nota prot. n. 20210012175 del 25/02/2021, in piena aderenza con l'obiettivo assegnato.

CONTROLLO CARTELLE CLINICHE

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

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

I controlli analitici casuali delle cartelle cliniche effettuati ai sensi dell'art.79 comma 1 septies legge 133 del 06/08/2008 dalle Direzioni Sanitarie dei Presidi Ospedalieri di Matera e Policoro nel 2020 sono stati pari complessivamente a 1.430 su un totale di 13.553 cartelle cliniche totali prodotte, per una percentuale pari al 10,6%, così composta:

P.O. Matera = 1.000 cartelle cliniche controllate su un totale di 9.302 cartelle, pari al 10,8%

P.O. Policoro = 430 cartelle cliniche controllate su un totale di 4.251 cartelle, pari al 10,1%

La relazione sugli esiti dei controlli di congruità ed appropriatezza delle cartelle cliniche dei dimessi nel 2020 è stata elaborata dalle Direzioni Sanitarie dei due Presidi Ospedalieri di Matera e Policoro ed è stata trasmessa al competente Ufficio Regionale secondo le modalità ed i tempi Richiesti dal Dipartimento regionale.

Per tali ragioni la valutazione è da ritenersi pienamente positiva, avendo l'Azienda realizzato il programma di controllo deliberato dalla Regione Basilicata.

AUTORIZZAZIONE / ACCREDITAMENTO STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE

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

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

Struttura	Indirizzo	Comune	Attività	Autorizzaz. e accredit. provvisorio art.16 c. 14 LR 28/00	Attività svolte	Verifica
Ospedale "Madonna delle Grazie"	Contrada Chiancalata	Matera	Presidio Ospedaliero	DGR 1625 del 5./07/2004	Invio in regione della richiesta di autorizzaz. definitiva e accreditamento provvisorio	Si è in attesa della D.G.R. di autorizzazione definitiva propedeutica all'attivazione dell'istruttoria per l'accREDITAMENTO provvisorio
U.O. di Ostetricia e Ginecologia	Contrada Chiancalata	Matera	Presidio Ospedaliero	Procreazioni e medicalmente assistite di I° livello	Invio in regione della richiesta di autorizzaz. definitiva e accreditamento provvisorio	Si è in attesa della D.G.R. di autorizzazione definitiva propedeutica all'attivazione dell'istruttoria per l'accREDITAMENTO provvisorio
Presidio ospedaliero	Via Salerno	Policoro	Diagnostica x immagini – RMN	DGR 365 del 27/03/2012	Inviata in Regione della richiesta di autorizzaz. definitiva e accreditamento provvisorio	Si è in attesa della D.G.R. di autorizzazione definitiva propedeutica all'attivazione dell'istruttoria per l'accREDITAMENTO provvisorio

Struttura	Indirizzo	Comune	Attività	Autorizzaz. e accredit. provvisorio art.16 c. 14 LR 28/00	Attività svolte	Verifica
Centro Dialisi co/ Ospedale Distrettuale TINCHI	Contrada Tinchi	Pisticci	Centro Dialisi	DGR 971del 25/09/2017	sono stati realizzati vari incontri con i responsabili sanitari e tecnici, finalizzati ad acquisire la necessaria documentazione	Non inviata in Regione della richiesta di autorizzaz. definitiva e accreditamento provvisorio
Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo				0%	50%	90%
Risultato				NO		SI

Si è concluso, per le strutture su menzionate, l'iter autorizzativo definitivo e la verifica del mantenimento dei requisiti, tranne che per il centro Dialisi di Tinchi a cui si sta provvedendo.

Si è in attesa delle DGR di autorizzazione definitiva propedeutica all'attivazione dell'istruttoria per l'accREDITAMENTO delle strutture sopra menzionate.

4.h.1 Contenimento della spesa del personale sanitario

Definizione	Contenimento della spesa del personale sanitario – Anno 2020	
Criterio per valutazione positiva	Rispetto del tetto di spesa annuale per il personale fissato con DGR n. 798/2019	
Fonte	Ufficio Personale del Sistema Sanitario Regionale	100%
Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo	0%	100%
Risultato	NO	SI'

Il nuovo limite di spesa per il personale del Servizio Sanitario Regionale fissato dalla D.G.R. n. 798 del 06/11/2019 (riferita al triennio 2019 – 2021) non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti, o, se superiore, il corrispondente ammontare riferito al 2004, diminuito dell'1,4%.

Per l'anno 2020 l'ASM ha pienamente rispettato il limite di spesa su riportato, infatti il costo per il personale dipendente è stato di gran lunga inferiore a quello dell'anno precedente ed, inoltre, il piano triennale del fabbisogno, predisposto nel rispetto del suddetto limite finanziario è stato solo parzialmente realizzato.

Il quadro sinottico di seguito riportato fornisce una rappresentazione sintetica e complessiva della performance dell'Azienda Sanitaria di Matera in riferimento agli obiettivi riportati nel Piano della Performance della ASM relativo all'anno 2020.

RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI ASSEGNATI DALLA REGIONE BASILICATA ALLA ASM CON LA DGR N. 190/2018 così modificata con DGR n. 395/2019 e DGR n. 129/2020

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

N.V. = non valutabile dall'Azienda, in quanto di valutazione regionale

AREA	NR	OBIETTIVI	INTERVALLI DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI			RISULTATI 2019	RISULTATI 2020
			0%	50%	100%		
TUTELA DELLA SALUTE – 25							
Prevenzione primaria 10	1.a.1	Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione e residenti nel territorio di competenza	< 90	tra 90 a 95	> 95	91,50%	92,70%
	1.a.2	Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani) (VGP)	< 60	tra 60 a 65	> 65	75,40%	55,70%
	1.a.3	Copertura vaccinale Papilloma Virus (HPV) nella popolazione bersaglio	< 75	tra 60 e 75	> 75	60,00%	4,80%
	1.a.5	Copertura vaccinale antimeningococcico a 24 mesi	< 90	tra 90 e 95	> 95	88,20%	83,00%
	1.a.6	Copertura vaccinale antipneumococcico a 24 mesi	< 95	tra 90 e 95	> 95	96,20%	90,70%
	1.a.7	Copertura vaccinale esavalente 24 mesi per bambini residenti nel territorio di competenza	< 90	tra 90 e 95	> 95	96,20%	84,70%
	Promozione stili di vita sani 5	1.b.1	% di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	< 23	tra 23 e 33	> 33	N.V
1.b.2		% di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso	< 25	tra 25 e 45	> 45	N.V	N.V
1.b.3		% di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	< 25	tra 25 e 35	> 35	N.V	N.V
1.b.4		% di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno	< 3	tra 3 e 9	> 9	N.V	N.V
1.b.5		% di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	< 35	tra 35 e 55	> 55	N.V	N.V
Screening oncologici 3	1.c.1	Proporzione di persone che ha effettuato il test di screening di I livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	< 25	tra 25 e 50	> 50	29,10%	21%
	1.c.2	Proporzione di persone che ha effettuato il test di screening di I livello, in un programma organizzato per mammella	< 35	tra 35 e 60	> 60	56,90%	N.V
	1.c.3	Proporzione di persone che ha effettuato il test di screening di I livello, in un programma organizzato per colon retto	< 25	tra 25 e 50	> 50	33,10%	N.V
Sicurezza sul lavoro 4	1.d.1	Numero aziende ispezionate / numero aziende con dipendenti (VGP)	meno di 5	tra 5 e 10	più di 10	5,10%	5,20%
	1.d.2	Numero cantieri ispezionati / Numero cantieri notificati	meno di 20	tra 20 e 30	più di 30	22,10%	18,30%
	1.d.3	Numero aziende ispezionate / Numero personale UPG (uffici di Polizia Giudiziaria) SPSAL (Serv. Prev. e Sic. ambienti di lavoro)	meno di 40	tra 40 e 50	più di 50	28,00%	33,60%
	1.d.4	Numero sopralluoghi / Numero personale UPG (uffici di Polizia Giudiziaria) SPSAL (Serv. Prev. e Sic. ambienti di lavoro)	meno di 70	tra 70 e 90	più di 90	37,00%	36,00%

AREA	NR	OBIETTIVI	INTERVALLI DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI			RISULTATI 2019	RISULTATI 2020
			0%	50%	100%		
Sanità veterinaria 3	1.e.1	Raggiungimento della copertura % dei campioni effettuati per ricerca di residui di fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	NO		SI	SI	SI
	1.e.2	Raggiungimento della copertura % dei campioni di ovini e caprini testati per scrapie	NO		SI	SI	SI
	1.e.3	Raggiungimento della copertura % di campioni effettuati per la ricerca di residui di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale (Piano Nazionale Residui)	NO		SI	SI	SI
PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI – 30							
Appropriatezza area clinica 13	2.a.1	Tasso di ospedalizzazione per i DRG medici LEA standardizzato per età e per sesso – Ricoveri medici potenzialmente inappropriati	> 180	da 135 a 180	<135	102,12	65,64
	2.a.2	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1000 residenti	> 3	da 1,5 a 3	< 3	0,06	0,03
	2.a.3	Percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età > = 65 anni	> 4	da 2 a 4	< 2	obiettivo 2020	3,50%
	2.a.4	Percentuale di ricoveri effettuati in Day Surgery per i DRG dei LEA chirurgici	< 45	da 45 a 75	> 75	38,70%	39,09%
	2.a.8	Proporzione di intervento chirurgico entro 2 gg. a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano (VGP)	< 50	da 50 a 60	> 60	72,20%	61,05%
	2.a.14	Proporzione di infarti miocardici acuti (IMA) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminare (PTCA) entro 2 gg.	< 34	da 34 a 44	> 44	32,20%	N.V
	2.a.15	Mortalità a 30 gg. dal ricovero per un episodio di infarto miocardico acuto (IMA in diagnosi principale)	> 10,5	da 8,5 a 10,5	< 8,5	5,40%	N.V
	2.a.16	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni (VGP)	< 50	da 50 a 60	> 60	37,10%	25,74%
	2.a.17	Proporzione di parti con taglio cesareo primario (VGP) la % è variata con la DGR 395 - 2019 rispetto alla DGR 190- 2018 (<18%)	> 15		< 15	16,70%	16,85%

AREA	NR	OBIETTIVI	INTERVALLI DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI			RISULTATI 2019	RISULTATI 2020
			0%	50%	100%		
Efficacia assistenziale territoriale 12	2.c.1	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali x 1000 residenti	> 10	da 7 a 10	< 7	5,26	3,14
	2.c.2	Tasso di ricovero per scompenso cardiaco x 100.000 residenti 50 – 74 anni	> 195	da 155 a 195	<155	183,94	128,25
	2.c.3	Tasso di ricovero per diabete x 100.000 residenti 35– 74 anni	> 35	da 25 a 35	< 25	14,1	15,1
	2.c.4	Tasso di ospedalizzazione BPCO x 100.000 residenti 50 – 74 anni	> 35	da 25 a 35	< 25	26,06	13,74
	2.c.5	% di anziani in Cure Domiciliari con valutazione sul totale della popolazione (VGP)	< 4	da 4 a 8	> 8	6,40%	6,10%
	2.c.6	% di presa in carico con CIA (coef. di intensità assistenziale) > 0,13 per over 65 in C. D.	< 35	da 35 a 55	> 55	78%	59,33%
	2.c.7	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti maggiorenni	> 300	da 200 a 300	<200	176,11	142,22
	2.c.8	% di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 gg. per patologie psichiatriche	> 6	da 4 a 6	< 4	4,40%	3,70%
	2.c.9	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica x 100 residenti <14 anni	>10	da 7 a 10	<7	3,97	2,75
Efficacia percorso emergenza - urgenza 5	2.d.1	% di accessi in P.Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti	< 80	da 80 e 93	> 93	85,40%	86,70%
	2.d.2	% di accessi in P. Soccorso con codice VERDE visitati entro 1 ora	< 70	da 70 a 80	> 80	76,00%	73,90%
	2.d.3	% di accessi in P. Soccorso con codice VERDE non inviati al ricovero con tempi di perm. entro le 4 ore	< 70	da 70 a 80	>80	83,30%	86,03%
GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA – 25							
Efficienza prescrittiva farmaceutica 11	3.a.1	% di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (VGP)	< 74	da 74 a 76	>76	91,40%	92,06%
	3.a.2	% di utilizzo di farmaci biosimilari (mantenimento dei livelli di utilizzo per i attivi elencati)	< 80	da 80 a 95	>95	60,30%	81,68%
Appropriatezza prescrittiva farmaceutica 7	3.b.1	Consumo pro capite farmaci inibitori di Pompa Protonica (IPP)	>30	da 28 e 30	<28	35,95	38,61
	3.b.2	Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina – angiotensina (antiipertensivi)	>40	da 40 a 30	<30	51,99%	53,22%
	3.b.3	Consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSR)	>36	da 26 a 36	<26	21,62	21,68
	3.b.4	Consumo di farmaci antibiotici sul territorio (VGP)	>22	da 16 a 22	< 16	17,87	13,48
	3.b.5	% di pz. dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta – bloccanti alla dimissione	< 67	da 67 a 77	> 77	>90%	>90%
	3.b.6	% di pz. dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani	< 55	da 55 a 75	>75	>90%	>90%
	3.b.7	% di pz. dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	< 60	da 60 a 80	>80	>90%	>90%

AREA	NR	OBIETTIVI	INTERVALLI DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI			RISULTATI 2019	RISULTATI 2020
			0%	50%	100%		
Adeguatezza prescrittiva diagnostica 3	3.c.1	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)	< 30	da 20 a 30	> 20	N.V.	N.V.
	3.c.2	% di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi	> 8	da 6 a 8	< 6	N.V.	N.V.
Efficienza mobilità ospedaliera 4	3.d.1	recupero della mobilità passiva ospedaliera per alcuni ricoveri (elencati nella DGR) eseguiti in mobilità passiva dai residenti	< 4	da 4 a 12	> 12	9	15
	3.d.2	miglioramento del saldo di mobilità ospedaliera	< 0,58	da 0,58 a 0,62	>0,62	0,38	0,27
OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI – 20							
Cure Palliative 4	4.b.1	% di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= a3 giorni	< 50	da 50 a 85	> 85	100%	85,81%
	4.b.2	Consumo territoriale di farmaci oppiacei	< 1,6	da 1,6 a 2,1	> 2,1	1,22	1,23
Utilizzo dei flussi informativi 5	4.c.1	Trasmissione dei flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa	NO		SI	SI	SI
	4.c.2	n. % di errori che generano scarti sul totale delle SDO trasmesse	> 5	da 3 a 5	< 3	0,53%	0,32%
	4.c.3	n. % di errori che generano anomalie sul totale delle SDO trasmesse	>20	da 10 a 20	< 10	6,77%	2,41%
	4.c.4	Copertura del flusso NSIS sui contratti dei dispositivi medici	< 10	da 10 a 15	< 15	N.V.	N.V.
	4.c.5	Copertura del flusso NSIS sui consumi dei dispositivi medici	< 80	da 80 a 95	< 80	N.V.	N.V.
Risk Management 2	4.d.1	Adozione / atualiz. del Piano aziendale per la prev. del rischio clinico e invio del Piano Aziendale ASM in regione entro il 30 giugno di ogni anno	NO		SI		SI
	4.d.2	Relazione annuale stato di attuazione del Piano aziendale di prevenzione del rischio clinico. Trasmissione della relazione annuale entro il 28 febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento	NO		SI		SI
Controllo cartelle cliniche 1	4.e.1	Verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche e trasmissione in regione degli esiti nei tempi previsti	NO		SI		SI
Autorizzazione / Accredimento strutture sanitarie pubbliche 5	4.f.1	Verifica dell' Autorizzazione definitiva e/o di Accredimento per le strutture sanitarie-Centro Dialisi Ospedale distrettuale Tinchi-Ospedale Matera- Diagnostica per immagini c/o P.O. Policoro- Procreazione medicalmente assistita c/o P.O. Mt	NO		SI		SI
Contenimento della spesa del personale 3	4.h.1	Rispetto dei tempi di pagamento stabiliti dalla legislazione vigente per gli Enti del Servizio Sanitario	NO		SI		SI

5. TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE

5.1. COERENZA CON IL PIANO TRIENNALE ANTICORRUZIONE E RISULTATI RAGGIUNTI NEL 2020

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

A conferma di ciò, l'ANAC nel PNA 2019 ha rimarcato tale concetto: "Al fine di realizzare un'efficace strategia di prevenzione del rischio di corruzione è, infatti, necessario che i P.T.P.C.T. siano coordinati rispetto al contenuto di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'amministrazione".

Ma già con la Determinazione n. 12 del 28.10.2015 ha fornito alle PP.AA. indicazioni in ordine alla coerenza tra PTPC e Piano della performance sotto due profili:

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

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

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

Il percorso è articolato secondo il seguente modello operativo e funzionale:

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

Il Piano triennale di prevenzione della corruzione recepisce dinamicamente le previsioni del Piano della Performance, al fine di assicurare la integrazione ed il coordinamento tra le rispettive indicazioni".

L'ASM con deliberazione aziendale n. 73 del 31.01.2020 ha adottato il "Piano triennale per la prevenzione della corruzione e Trasparenza 2020-2022", allegando allo stesso i suddetti documenti:

- Allegato 1 REGISTRO DEI PROCESSI E DEI RISCHI. Schede mappatura dei processi, valutazione dei rischi di corruzione e individuazione misure.....
- Allegato 2 ATTUAZIONE E MONITORAGGIO del PTPC Reporting 2019
- Allegato 3 RELAZIONE ANNUALE DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE SULL'ESITO DELL'ATTIVITA' SVOLTA 2019
- Allegato 4 Piano Triennale Trasparenza ed Integrità Sezione specifica del PTPCT
- Allegato 4 A Stato di Attuazione 2020/2022 Tabelle riepilogative ed analitiche della pubblicazione dei dati Ai sensi del disposto del d.lgs. n. 33/2013, così come modificato dal d.lgs. n° 97/2016 e dalla delibera ANAC n° 1310
- ALLEGATO 5 Giornata della Trasparenza
- ALLEGATO 6 Consulta pubblica.

Ai fini della valutazione della performance organizzativa aziendale complessiva, sono stati individuati dalla Direzione Strategica Aziendale gli obiettivi strategici per la prevenzione della corruzione contenuti nel Piano Prevenzione Corruzione e Trasparenza 2020 – 2022 e riportati nel successivo quadro sinottico. Il rispetto delle misure stabilite nel Piano Prevenzione Corruzione e Trasparenza 2020 – 2022, in attuazione degli obiettivi strategici, costituisce obiettivo per i Dirigenti delle Aree definite a rischio, referenti del RPCT, ai fini della valutazione della performance individuale.

NUMERO OBIETTIVO	OBIETTIVO OPERATIVO	ATTIVITA'	INDICATORE	TG. 2020	Risultato 2020	FONTI E DATI	SOGGETTI COMPETENTI
1	Aggiornamento Piano triennale prevenzione della corruzione (PTPC) 2020	Redazione, adozione e pubblicazione PTPC 2020 entro il 31/01/2020	Approvazione formale del PTPC 2020 entro il 31/01/2020	SI	SI	Sito Aziendale	Direzione Strategica Responsabile Prevenzione Corruzione Dirigenti UU.OO. interessate
2	Monitoraggio aree a rischio	Monitoraggio dell'attuazione delle misure dal PTPC nelle UU.OO. a rischio previste attraverso la compilazione delle schede informatizzate	Numero U.O. che hanno adempiuto alla compilazione della scheda / Numero U.O. tenute all'adempimento	1	100%	Relazione Responsabile e Prevenzione Corruzione	Referenti aree a rischio
3	Diffusione Codice di Comportamento Aziendale	Formazione del personale inerente il Codice di Comportamento Aziendale	Almeno 1 giorno di formazione per tutto il personale dipendente	SI	SI	Relazione Responsabile Prevenzione Corruzione	Responsabile Prevenzione Corruzione Responsabile U.O. Formazione
4	Prevenzione di eventi corruttivi nel settore Contratti pubblici ex Det. 12/2015 ANAC	Report su Monitoraggio Applicazione "misure" previste dal PTPC per ciascuna area interessata	Numero di "misure" contenute nel PTPC realizzate / Numero di "misure" contenute nel PTPC	1	100%	Relazione Responsabile e Prevenzione Corruzione	Responsabile Prevenzione Corruzione Responsabile U.O.C. Economato e Provveditorato Responsabile U.O.C. Area Tecnica e Gestione del Patrimonio Responsabile U.O.C. Innovazione Tecnologica e Attività Informatiche
5	Formazione dei dipendenti sulla prevenzione della corruzione	Redazione del Piano di Formazione per la prevenzione della corruzione di carattere generale e di carattere specialistico	Predisposizione del Piano di Formazione	SI	100%	Relazione Responsabile e Prevenzione Corruzione	Responsabile Prevenzione Corruzione Responsabile U.O. Formazione

NUMERO OBIETTIVO	OBIETTIVO OPERATIVO	ATTIVITA'	INDICATORE	TG. 2020	Risultato 2020	FONTE E DATI	SOGGETTI COMPETENTI
6	Formazione dei dipendenti sulla prevenzione della corruzione	Attuazione del Piano di Formazione per la prevenzione della corruzione	Numero corsi-laboratori realizzati / numero totale corsi-laboratori programmati	1	100%	Relazione Responsabile e Prevenzione Corruzione	Responsabile Prevenzione Corruzione Responsabile U.O. Formazione

Nel corso del 2020 gli obiettivi operativi relativi al Piano Triennale Anticorruzione sono stati raggiunti, in toto. Le disposizioni sanitarie relative ai divieti di assembramenti non hanno consentito attività di formazione in presenza. Pertanto, l'attività formativa relativa alla prevenzione della corruzione è stata evasa con modalità "a distanza", garantendo il raggiungimento della totalità dei dipendenti.

5.2 COERENZA CON IL PIANO TRIENNALE DELLA TRASPARENZA E RISULTATI RAGGIUNTI NEL CORSO DEL 2020

La coerenza con il Piano Triennale della trasparenza è stata garantita attraverso il lavoro svolto con il Responsabile della Trasparenza ASM. Sono stati definiti alcuni obiettivi strategici ed operativi relativi all'empowerment con la evidenziazione dei risultati raggiunti nel corso dell'anno 2020.

L'Azienda Sanitaria di Matera, per la promozione e l'effettiva estrinsecazione dei valori etici dell'integrità, della legalità e della trasparenza, e per rafforzare il rapporto fiduciario con i cittadini, ha individuato i seguenti obiettivi strategici:

- assicurare all'utenza adeguata informazione sui servizi resi dall'Azienda, caratteristiche qualitative e dimensioni quantitative dei servizi resi, modalità di erogazione dei servizi;
- garantire l'integrità e la legalità dell'azione amministrativa, "rendendo conto" della correttezza ed efficacia degli atti, del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità;
- consentire il controllo diffuso sulla performance aziendale.

Con deliberazione aziendale n. 813 del 18.09.2010, la ASM ha nominato il dott. Achille Spada unico responsabile della Prevenzione della Corruzione e Responsabile della Trasparenza ed Integrità così come previsto dalla norma.

Al fine di garantire che l'organizzazione aziendale sia resa trasparente, con evidenza delle responsabilità per procedimento, processo e prodotto e che le unità organizzative siano, oltre che coordinate tra loro, rispondenti all'input ricevuto, il programma triennale per la trasparenza, adottato ai sensi dell'art. 11 del d.lgs. n. 150 del 2009, deve essere coordinato con il Piano per la Prevenzione della Corruzione in modo da assicurare un'azione sinergica ed osmotica tra le misure e garantire la coincidenza tra i periodi di riferimento.

Il Piano della Prevenzione della Corruzione dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera recepisce dinamicamente la regolamentazione del programma aziendale per la trasparenza.

Tutti i dirigenti, i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda, per la parte di propria competenza, partecipano al processo di gestione del rischio, attendono agli obblighi di pubblicazione di cui al Dlgs 33/2013, osservano le misure contenute nel P.T.P.C., segnalano le situazioni di illecito, segnalano casi di personale conflitto di interessi, prestano la loro collaborazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza.

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2020	RISULTATO 2020	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
OBIETTIVI DI EMPOWERMENT	Obiettivo strategico	Produzione indagine sulla soddisfazione degli utenti (Customer satisfaction) Adesione all'indagine sul clima interno	Almeno 25% Risposte al questionario sull' Indagine soddisfazione degli utenti pubblicata sul sito	35%	Indagine non effettuata a causa dell'emergenza Covid	Pubblicazione su sito aziendale Ufficio Pianificazione del Dip. Salute della Regione	URP Aziendale UU.OO Aziendali
OBIETTIVI DI EMPOWERMENT	Obiettivo strategico	Analisi dei reclami e ricerca e avvio istruttoria per ricerca soluzioni per il cittadino	N.reclami inviati/ n. reclami presi in carico n.reclami presi in carico/n. risposte al cittadino	100%% presa in carico 95% di riscontri ai cittadini	Presa in carico reclami da parte dell'Urp al 100%. Esito reclamo, trasmesso tempestivamente e ad utenti qualora trasmesso da Uffici interessati ad Urp	Pubblicazione su sito aziendale	URP Aziendale UU.OO Aziendali
Trasparenza	Rispettare la tempistica di pubblicazione e 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 trasparenza	Pubblicazione del 100% dei dati indicati nella normativa entro i termini indicati. Attestazione trasparenza OIV positiva (31.5.2021)	Sito aziendale Responsabile Trasparenza ASM Documento di attestazione trasparenza OIV	Dirigenti delle UU.OO
Comunity azien. – Blog talk	Rafforzamento della circolarità delle comunicazioni con i cittadini	Sondare l'interesse dei cittadini per la sezione trasparenza del sito az.	Organizz. della giornata della trasparenza	Organizzazione della settimana della trasparenza e accesso al blog	Trasformazione della settimana della trasparenza in giornata della trasparenza, regolarmente svolta	Sito aziendale Responsabile Trasparenza ASM	Dirigenti delle UU.OO

5.3 LA GIORNATA DELLA TRASPARENZA

L'UOSD "U.R.P. – Comunicazione – Ufficio Stampa – Privacy" – Prevenzione della Corruzione e Trasparenza dell'Azienda Sanitaria di Matera ha promosso dal 14/12 al 18/12/2020 "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, di poter partecipare al processo di costruzione di un più articolato sistema di trasparenza.

Il blog "La settimana della Trasparenza" ha inteso sondare l'interesse per la sezione Amministrazione Trasparente del sito aziendale attraverso i commenti e le opinioni che ciascuno ha espresso circa la facilità di reperibilità delle informazioni, la chiarezza, la completezza e la comprensibilità dei dati – oggetto del D.Lgs. 97/2016 - in essa contenuti.

6. PARI OPPORTUNITA' E BILANCIO DI GENERE

6.1 IL CUG AZIENDALE (Comitato Unico di Garanzia)

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

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

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

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

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

Con deliberazione aziendale n. 235 del 13/03/2019 l'Azienda ha approvato il Piano Triennale delle Azioni Positive 2019 – 2021 da promuovere all'interno dell'ASM per l'attuazione di:

- principio di parità e pari opportunità, impegnandosi a tutelare i diritti dei lavoratori aziendali
- valorizzazione del benessere lavorativo
- prevenzione e rimozione di ogni forma di discriminazione in ragione del sesso, della razza o dell'origine etnica, della religione o delle convinzioni personali, degli handicap, dell'età e delle tendenze sessuali.

Nel corso del 2020 sono stati effettuati vari incontri per l'aggiornamento del Piano delle Azioni Positive 2021 – 2023, oltre che per l'individuazione delle collaborazioni da attivare per perseguire gli obiettivi propri del CUG anche attraverso l'attivazione di eventi formativi per la conoscenza di fenomeni legati all'organizzazione del lavoro e alla discriminazione.

Le iniziative del CUG intraprese nel corso del 2020 sono riconducibili alle seguenti:

- 28 febbraio corso di formazione sul codice rosso rinviato per covid
- 29 luglio 2020 Ospedale Madonna delle Grazie "Inaugurazione della panchina rossa" e firma del protocollo d'intesa ASM-CUG e Ufficio della Consigliera di Parità
- Piano di azioni positive 2019/2021 obiettivo codice rosa: realizzazione della procedura di presa in carico delle donne e delle vittime di violenza
- Formazione ECM 28 novembre 2020 "la violenza reato contro le persone, una emergenza sanitaria" organizzata con AIGA, Ordine degli Avvocati di Matera, Ordine Psicologi, Ordine dei Medici

Si fornisce di seguito uno schema di sintesi del bilancio di genere in ASM al 31/12/2020, con riferimento alla dotazione organica ed agli incarichi dirigenziali gestionali strutturati.

ANALISI DI GENERE ANNO 2020	
Indicatori	Valori al 31/12/2020
% donne rispetto al totale del personale	62%
% dirigenti donne sul totale del dirigenti	38%
% dirigenti donne con incarico di struttura complessa sul totale delle strutture complesse	20%
% dirigenti donne con incarico di struttura semplice dipartimentale sul totale delle strutture semplici dipartimentali	30%
% di personale donna con rapporto a tempo indeterminato	61%
Età media del personale femminile dirigente	50,03
Età media del personale femminile comparto	49,64

Si fa presente che nella predisposizione della turnazione, è prassi consolidata il rispetto dell'alternanza dei turni tra coniugi con figli minori, specie con riferimento ai turni notturni, a tutela della maternità.

ALLEGATO 1 - LE RISORSE UMANE

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera rappresenta la principale azienda della provincia per numero di dipendenti, cui si aggiunge il personale con rapporto di convenzione costituito fondamentalmente da 175 Medici di Medicina Generale, 22 Pediatri di Libera Scelta, 126 Medici della Continuità Assistenziale, 30 Specialisti Interni, di cui 20 medici e 10 veterinari.

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 riduzione della spesa pubblica e dei conseguenti vincoli finanziari stabiliti a livello nazionale e recepiti dalla normativa regionale.

La progressiva riduzione di personale ha determinato crescenti difficoltà, con specifico riferimento a quelle aree e a quei settori in cui si sono registrate maggiori uscite di risorse umane, mettendo a repentaglio, in alcuni casi, la garanzia all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza. Tale situazione rende necessaria l'acquisizione di nuove unità di personale, in sostituzione di quelle a vario titolo cessate o in via di cessazione, anche in considerazione dell'attuazione delle recenti riforme avviate in tema di previdenza, con l'introduzione della cosiddetta "quota 100", che hanno incrementato notevolmente il numero di pensionamenti, aggravando ulteriormente le carenze di organico.

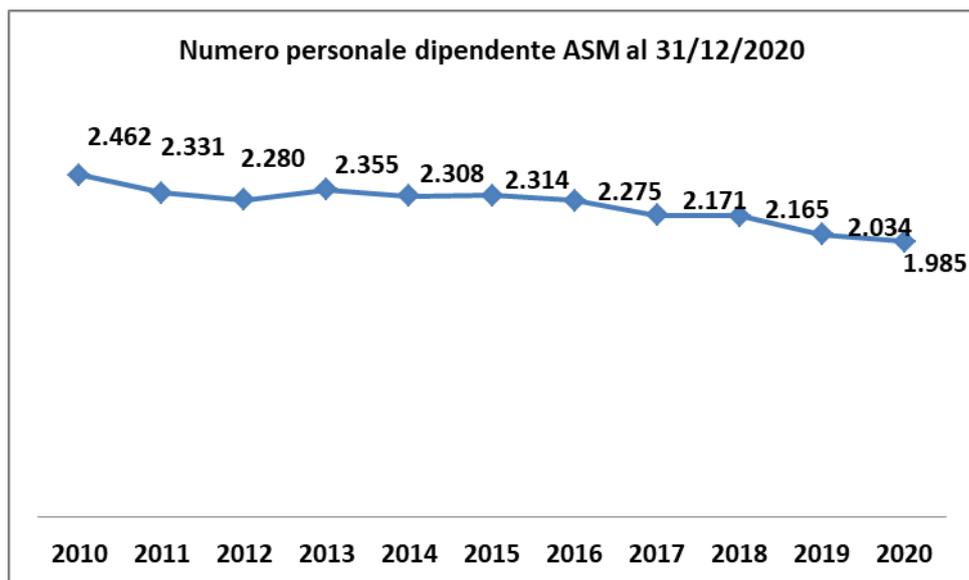
Per tale ragione l'ASM, con deliberazione aziendale n. 1203 del 30/12/2020, ha provveduto ad adottare in via definitiva, a seguito dell'approvazione regionale, ai sensi dell'art. 6 del D.lgs. 30.03.2001 n. 165 e del D.M. 08.05.2018 e in ottemperanza alle Delibere della Giunta Regionale di Basilicata n 798 del 6.11.2019 e n. 799 del 6.11.2019, il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale 2020/2021 dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera. L'attuazione del PTFP, sotto il profilo della capacità assunzionale, rimane, tuttavia, subordinata al rigoroso rispetto delle determinazioni della Regione Basilicata in ordine alla indicazione dei limiti di spesa di cui all'art. 20 comma 4 della L.R. n. 16/2012 di cui alla citata deliberazione di Giunta Regionale n. 798/2019, determinata in Euro 118.729.161,00 pari alla spesa lorda dell'anno 2018 al netto dei rimborsi dello stesso anno.

Conseguentemente, le assunzioni indicate per il triennio 2020-2022, nonché tutte le altre iniziative potranno essere disposte soltanto previa verifica, da effettuarsi di volta in volta, in merito alla compatibilità economica delle stesse con il rispetto del tetto di spesa del personale stabilito a livello regionale.

Nello specifico, il PTFP prende in considerazione le esigenze prevedibili nell'ambito della programmazione ordinaria avendo a riferimento gli obiettivi prefissati, ferme restando le azioni che l'Azienda si riserva di attivare per tutte le situazioni straordinarie a fronte delle quali vanno comunque garantiti i LEA (si citano ad es. le cessazioni dal servizio dei dipendenti al di fuori della programmazione ordinaria, la sospensione a vario titolo della prestazione lavorativa da parte del dipendente, ecc.) e per le quali saranno attivate le procedure di reclutamento del personale sempre nel rispetto dei vincoli di spesa sopra richiamati.

La tabella ed il grafico seguenti rappresentano in maniera efficace il trend decrescente del numero di personale dipendente, che in meno di un decennio ha evidenziato una contrazione netta di quasi 500 unità (-19%), sia nell'area della dirigenza (-14%), sia, in maggior misura, nell'area del comparto (-21%).

Personale presente al 31/12/19	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Scostamento	
AREA DIRIGENZA	557	529	517	514	524	523	515	520	516	488	481	-76	-14%
AREA COMPARTO	1.905	1.802	1.763	1.841	1.784	1.791	1.760	1.651	1.649	1.546	1.504	-401	-21%
Totale complessivo	2.462	2.331	2.280	2.355	2.308	2.314	2.275	2.171	2.165	2.034	1.985	-477	-19%



Come evidenziato nella tabella successiva, le donne costituiscono il 62% del personale dipendente complessivo. La fascia di età più rappresentata è 55 – 64, corrispondente al 35% del totale dei dipendenti, che sommata alla fascia immediatamente precedente e a quella immediatamente successiva costituisce il 73% del personale complessivo, evidenziando il progressivo invecchiamento delle risorse umane, i dipendenti con età inferiore a 35 anni rappresentano meno del 7%.

COMPOSIZIONE DEL PERSONALE ASM AL 31/12/2020 PER FASCE D'ETA' E GENERE					
Età	Femmine	Maschi	Totale	% Femmine	% Maschi
< 35	86	49	135	64%	36%
35 – 44	259	146	405	64%	36%
45 – 54	450	200	650	69%	31%
55 – 64	402	299	701	57%	43%
>=65	30	64	94	32%	68%
Totale	1.233	766	1.985	62%	38%

Si fornisce di seguito l'elenco di tutto il personale dipendente classificato per ruolo e figura professionale.

RUOLO	QUALIFICA	NUMERO
RUOLO AMMINISTRATIVO	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO-C	65
	COADIUTORE AMMINISTRATIVO ESPERTO –BS	15
	COADIUTORE AMMINISTRATIVO-B	38
	COLL.RE AMMINISTRATIVO PROF.LE –D	32
	COLL.RE AMMINISTRATIVO PROF.LE ESPERTO –DS	4
	COMMESSE-A	5
	DIRETTORE S.C. AMMINISTRATIVO	5
	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	5
	TOTALE	169
RUOLO PROFESSIONALE	DIRETTORE INGEGNERE	2
	DIRIGENTE ARCHITETTO	1
	DIRIGENTE AVVOCATO	1
	DIRIGENTE INGEGNERE	4
	TOTALE	8

RUOLO	QUALIFICA	NUMERO
RUOLO SANITARIO	COLL.PROF.SAN-INFERMIERE-D	741
	COLL.RE PROF. SAN.- FISIOTERAPISTA-D	39
	COLL.RE PROF. SAN.- RIAB.-D EDUC. PROF.LE	5
	COLL.RE PROF. SAN.-LOGOPEDISTA-D	13
	COLL.RE PROF. SAN.-ORTOTTISTA-D	1
	COLL.RE PROF. SAN.-TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA	4
	COLL.RE PROF.LE SAN-PERS. TECNICO -D ASS SANITARIO	8
	COLL.RE PROF.LE SAN-PERS. TECNICO -D DIETISTA	4
	COLL.RE PROF.LE SAN-PERS. TECNICO -D TEC. AUDIOME	4
	COLL.RE PROF.LE SAN-PERS. TECNICO -D TEC. PREVENZ.	23
	COLL.RE PROF.LE SAN-PERS.INFERM.-D OSTETRICA	29
	COLL.RE PROF.LE SAN-PERS.INFERM.-D PEDIATR	5
	COLL.RE PROF.LE SAN-PERS.INFERM.ESPERTO-DS	6
	COLL.RE PROF.LE SAN-TECNICO LABOR. BIOMED-D	47
	COLL.RE PROF.LE SAN-TECNICO RADIOLOGIA ME-D	50
	DIRETTORE FARMACISTA	1
	DIRETTORE MEDICO	30
	DIRETTORE VETERINARIO	2
	DIRIG. DELLE PROF. SANITARIE INFERMIER. E OSTETR.	2
	DIRIGENTE BIOLOGO	16
	DIRIGENTE CHIMICO	1
	DIRIGENTE FARMACISTA	11
	DIRIGENTE FISICO	1
	DIRIGENTE MEDICO	344
	DIRIGENTE PSICOLOGO	13
	DIRIGENTE VETERINARIO	38
TOTALE	1438	
RUOLO TECNICO	ASSISTENTE TECNICO –C	16
	AUSILIARIO SPECIALIZZATO –A	15
	COADIUTORE AAMMINISTRATIVO ESPERTO –BS	2
	COLL.RE PROF.LE ASSISTENTE SOCIALE –D	20
	COLL.RE TECNICO-PROF.LE –D	9
	COMMESSE-A	3
	DIRIGENTE INGEGNERE	1
	DIRIGENTE SOCIOLOGO	3
	OPE.RE SOCIO SANITARIO –BS	242
	OPE.RE TECNICO SPECIALIZZATO –BS	6
	OPE.RE TECNICO SPECIALIZZATO BS- AUTISTA AMB	4
	OPE.RE TECNICO SPECIALIZZATO -BS CALD VAP	2
	OPE.RE TECNICO SPECIALIZZATO BS-COORDINATORE	1
	OPE.RE TECNICO SPECIALIZZATO BS-ELETTRICISTA	2
	OPE.RE TECNICO SPECIALIZZATO BS-IDRAULICO	1
	OPE.RE TECNICO SPECIALIZZATO BS-PITTORE EDILE	1
	OPERATORE TECNICO –B	41
	OPERATORE TECNICO B – AUTISTA	1
TOTALE	370	
TOTALE ASM		1985

Con riferimento al turn over del personale dipendente nel 2020 si sono registrate 228 uscite e 180 ingressi; la quota più rilevante sia delle uscite che degli ingressi ha riguardato il personale medico e quello

infermieristico. In particolare con riferimento ai medici il numero degli usciti, pari a 69 a fronte di 56 entrati, mentre il personale del comparto sanitario in uscita è stato pari a 90 a fronte di 52 in entrata. Si fornisce di seguito la tabella riepilogativa degli entrati e degli usciti nel 2020 distinti per singolo profilo professionale.

Profilo professionale	Entrati Assunti	Usciti Dimessi
DIRIGENTI RUOLO AMMINISTRATIVO	3	1
DIRIGENTI RUOLO PROFESSIONALE	1	1
DIRIGENTI RUOLO TECNICO	0	2
DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	10	8
MEDICI	56	69
PROFILI RUOLO AMMINISTRATIVO	14	20
PROFILI RUOLO SANITARIO	52	90
PROFILI RUOLO TECNICO	44	37
Totale complessivo	180	228

Con riferimento alla tipologia del rapporto di lavoro al 31/12/2019 il personale dell'ASM risulta composto da 2.011 dipendenti a tempo indeterminato e 33 dipendenti a tempo determinato.

PERSONALE DIPENDENTE AL 31/12/2020					
Tipo Assunzione	RUOLO AMMINISTRATIVO	RUOLO PROFESSIONALE	RUOLO SANITARIO	RUOLO TECNICO	Totale complessivo
A Tempo Determinato	0	0	37	4	41
A Tempo Indeterminato	169	8	1.401	366	1.944
Totale complessivo	169	8	1.438	370	1.985

Nel 2019 il personale della ASM ha effettuato complessivamente 57.305 giorni di assenza, escluse le ferie, di cui 16.640 i maschi, pari al 29% e 40.665 le femmine, pari al 71%.

Nella tabella seguente si riporta l'analisi delle assenze del personale dipendente dell'ASM nel 2018 per singola tipologia, distinte tra maschi e femmine.

GIORNI DI ASSENZA DEL PERSONALE DIPENDENTE ANNO 2020					
TIPOLOGIA DI ASSENZA	Maschi	Femmine	TOTALE	% <i>maschi</i>	% <i>femmine</i>
MALATTIA	9.229	19.541	28.770	32%	68%
CONGEDO (ART. 42 C. S. D. LGS. 151/2001)					
LEGGE 104/92	4.681	9.572	14.253	32%	68%
MATERNITA', CONGEDO PARENTALE, MALATTIA FIGLIO	490	13.895	14.385	4%	96%
ALTRI PERMESSI E ASSENZE	770	593	1.363	56%	44%
SCIOPERO	9	5	14	64%	35%
ALTRE ASSENZE	265	174	439	60%	40%
FORMAZIONE	523	533	1.056	49%	50%
TOTALE	15.967	44.313	60.280	26%	74%

ALLEGATO 2 - L'ASSETTO STRUTTURALE E FUNZIONALE

ALL. 2.1 L' ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'ASM, all'atto della sua costituzione, ha ereditato dalle ex ASL (ASL n. 4 di Matera e ASL n. 5 di Montalbano Jonico) in essa confluite la gestione di 3 Presidi Ospedalieri: il P.O. di Matera, l'Ospedale di Tricarico e il Presidio Ospedaliero Unificato di Policoro, quest'ultimo composto a sua volta dai 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, si è fondato su una netta differenziazione tra l'assistenza ospedaliera per acuti e quella di tipo territoriale/distrettuale, per cui, sin da subito, il P.O. di Policoro è stato disarticolato in 3 distinti Ospedali: l'Ospedale per acuti di Policoro, l'Ospedale Distrettuale di Tinchì e l'Ospedale Distrettuale di Stigliano, mentre il P.O. di Matera ed l'Ospedale di Tricarico hanno mantenuto le rispettive vocazioni di Ospedale per acuti il primo ed Ospedale Distrettuale il secondo.

Con la L.R. n. 2/2017, di riordino del Sistema Sanitario Regionale, sono stati ridefiniti gli assetti strutturali e funzionali delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Basilicata.

Per effetto di tale Legge, l'assistenza ospedaliera per acuti dell'ASM è erogata da 2 presidi a gestione diretta, secondo un modello funzionale di rete integrata e attraverso il seguente assetto strutturale:

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

In applicazione dell'art. 2, comma 1b) della suddetta L.R. n. 2/2017, il Presidio Ospedaliero DEA di I livello "Ospedale Madonna delle Grazie di Matera" e il Presidio Ospedaliero di base di Policoro sede di PSA "Giovanni Paolo II", dal 01/01/2017 costituiscono un'unica articolazione ospedaliera per acuti. Il nuovo modello organizzativo prevede pertanto che l'assistenza ospedaliera per acuti sia erogata da un unico ospedale per acuti dotato di due presidi a gestione diretta, secondo un modello funzionale di rete integrata.

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 31/12/2020, i posti letto effettivi complessivi degli Ospedali per acuti della ASM ammontano a 462, di cui 394 ordinari e 68 DH/DS, distribuiti secondo lo schema riportato nella seguente tabella.

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

Al 31/12/2020, i posti letto complessivi effettivi degli Ospedali distrettuali della ASM ammontano a 123 posti letto ordinari, così distribuiti:

OSPEDALI DISTRETTUALI	ORDINARI
Ospedale Tricarico	99
Ospedale Stigliano	14
Ospedale Tinchì	
TOTALE	113

ALL. 2.2 L' ASSISTENZA TERRITORIALE

L'assistenza territoriale dell'ASM, nelle varie branche di attività in cui essa si articola, è erogata sia mediante presidi a gestione diretta, sia mediante strutture convenzionate.

Dal punto di vista macro-organizzativo l'assistenza territoriale dell'ASM, ai sensi dell' art. 34 della Legge Regionale 30 aprile n. 7/2014, nelle more della ridefinizione della governance del territorio Regionale della Basilicata, si articola 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.

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 che erogano attività di assistenza ai disabili psichici
- N. 2 SERT 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 8 posti letto attivi

Con riferimento alle strutture convenzionate, vi sono:

- N. 4 Centri Privati Accreditati che erogano attività di diagnostica strumentale e per immagini (ex art. 26 L. 833/78)
- N. 7 Centri Privati Accreditati che erogano attività di laboratorio (ex art. 26 L. 833/78)
- N. 7 Centri Privati accreditati che erogano attività di Fisiokinesi Terapia (ex art. 26 L. 833/78)
- N. 1 Medico singolo convenzionato che eroga attività clinica della branca cardiologica (ex art. 26 L. 833/78)
- N. 14 Residenze Psichiatriche (Case Alloggio e/o Gruppi Appartamento) che erogano attività residenziale di assistenza ai disabili psichici
- N. 6 centri di riabilitazione convenzionati (ex art. 26 L. 833/78), di cui 4 erogano attività di assistenza riabilitativa ambulatoriale, extramurale e/o domiciliare ed 2, oltre alle precedenti, anche attività di tipo semiresidenziale
- 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.

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 Tinchi, portando a compimento in soli 100 giorni, un importante investimento finanziato dalla Regione Basilicata. Tale intervento 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 mediante 157 Medici di Medicina Generale e 22 Pediatri di Libera Scelta.

Sul territorio aziendale operano 33 postazioni di continuità assistenziale, tra cui sono ricomprese le postazioni di guardia medica turistica, con 126 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 nel 2020 hanno operato n. 66 farmacie convenzionate aperte al pubblico.

ALL. 2.3 LA PREVENZIONE

Il Dipartimento di Prevenzione dell'ASM è stato istituito in attuazione della L.R. 3/99 che ne definisce funzioni, compiti ed obiettivi. Coerentemente con le linee di indirizzo della programmazione regionale, ed in particolare, ai sensi della L.R. n. 28/2008, le attività di prevenzione sono erogate dall'ASM attraverso due Dipartimenti:

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

Il Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana è la 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. o Servizi di seguito indicati:

1. Servizio Igiene , Epidemiologia e Sanità Pubblica (S.I.S.P.);
2. Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (S.I.A.N.);
3. Servizio Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (M.L.S.A.L.);
4. Servizio Prevenzione, Protezione ed Impiantistica nei Luoghi di Lavoro (S.P.P.I.L.L.).

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

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

Si inseriscono nel settore della prevenzione le attività svolte nell'ambito degli screening territoriali regionali coordinati dall'IRCCS CROB di Rionero in Vulture:

- Cervico Uterino
- Mammografico
- Colon – retto

ALLEGATO 3 - IL MODELLO ORGANIZZATIVO E L'ORGANIGRAMMA

Nel corso del 2020 quest'Azienda ha mantenuto l'assetto strutturale definito nell'Atto Aziendale adottato con deliberazione aziendale n. 906/2017, così come integrata da delibera n. 1099/2017 ed approvato dalla Giunta Regionale con D.G.R. n. 132 del 14/02/2018, e che ha tenuto conto delle modifiche e delle integrazioni dell'accordo programmatico interaziendale per la rimodulazione dei dipartimenti e delle strutture complesse interaziendali recepite di intesa con le altre Aziende del SSR.

Conseguentemente, l'organigramma dell'ASM riflette in maniera esplicita, sia sul piano formale che su quello sostanziale, la nuova configurazione organizzativa dell'assistenza ospedaliera per acuti prevista dalla L.R. n. 2/2017, caratterizzata dall'unico Ospedale per Acuti della Provincia di Matera, dotato dei due plessi di Matera e Policoro, in cui si è provveduto ad accorpate le Unità Operative Complesse per così dire "gemelle", con la sola eccezione di quelle strutture compatibili con gli standard previsti dal D.M. n. 70/2015 (Medicina Generale, Chirurgia Generale, Ortopedia, Radiologia).

L'assetto organizzativo dell'ASM di Matera è preposto a garantire prioritariamente le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza definiti dal Piano Sanitario Nazionale e da quello Regionale nel rispetto dei principi di efficacia, qualità, equità, appropriatezza ed economicità dell'intera attività aziendale.

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 nell'Accordo Programmatico Interaziendale, formalizzato con D.G.R. n. 624 del 14/05/2015 e s.m.i., i cui strumenti sono rappresentati da:
 - Dipartimenti Assistenziali Interaziendali;
 - Reti Integrate Interaziendali;
 - Strutture Complesse Interaziendali;
 - Coordinamenti o Programmi Interaziendali.

L'organizzazione aziendale, inoltre, in ottemperanza alle disposizioni normative regionali, si uniforma ai seguenti criteri:

- realizzazione di un modello organizzativo e procedurale flessibile, finalizzato a massimizzare la capacità dell'Azienda di rispondere con efficacia alla complessità ed alla dinamicità intrinseche al sistema sanitario;
- caratterizzazione strutturale e funzionale finalizzata alla realizzazione di una azienda "corta", "snella", a schema operativo tendenzialmente "orizzontale e integrato" con poca distanza fra vertice strategico e nucleo operativo;
- responsabilizzazione diffusa ai vari livelli della dirigenza aziendale, con la valorizzazione ed il coinvolgimento attivo delle risorse professionali nella logica del "management diffuso" che assicura visibilità sia dei risultati raggiunti sia dei conseguenti meccanismi di riconoscimento formale. In tal senso è obiettivo dell'Azienda favorire la crescita professionale delle proprie risorse umane attraverso la definizione di idonei percorsi di carriera;
- valorizzazione, potenziamento e omogeneizzazione dei processi di integrazione Ospedale – Territorio, attraverso la definizione e l'implementazione di specifici percorsi diagnostico-terapeutici integrati e multidisciplinari;

- aggregazione del maggior numero di specialità per aree funzionali omogenee secondo criteri di affinità e complementarità delle unità operative, e per strutture multipresidio, a dimensione multiprofessionale e polispecialistica, comprendendo l'area clinico-assistenziale medica, l'area clinico-assistenziale chirurgica e l'area dei servizi diagnostici e tecnologici;
- individuazione dei centri di responsabilità e realizzazione dell'autonomia loro attribuita e delle corrispondenti responsabilità organizzativa, gestionale e tecnico-professionale, clinica e di budget;
- determinazione delle dotazioni organiche correlate all'effettivo fabbisogno quali/quantitativo del personale in ragione dell'evoluzione dell'attività aziendale e della razionalizzazione dei servizi, nel rispetto dei vincoli e delle indicazioni definite dalla programmazione nazionale e regionale;
- adozione di strumenti e meccanismi di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati;
- valorizzazione delle risorse umane e professionali presenti nell'Azienda con rispetto delle pari opportunità tra uomo e donna;
- attivazione di sistemi di comunicazione interna ed esterna anche a garanzia della imparzialità e trasparenza dell'azione amministrativa, fatta salva la riservatezza riguardo al trattamento dei dati sensibili di cui alle leggi vigenti;
- sviluppo delle attività che consentano l'acquisizione di risorse finanziarie proprie anche mediante sperimentazioni.

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

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

L'organizzazione aziendale si articola in quattro macrolivelli:

- la direzione strategica, composta dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, a cui compete l'esercizio delle funzioni strategiche;
- la tecnostruttura a cui spetta garantire le funzioni di supporto al processo decisionale ed al processo produttivo;
- il management con il compito di fungere da collegamento tra direzione strategica e nucleo operativo, coincidente con le macro-articolazioni territoriali ed organizzative dell'Azienda previste dalla L.R. 39/2001 e s.m.i., ossia con i Direttori di Presidio, di Distretto e di Dipartimento;
- il nucleo operativo per la produzione ed erogazione di servizi e prestazioni assistenziali.

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.

Inoltre, in ottemperanza a quanto previsto dai CC.CC.NN.LL., sono attribuiti al personale appartenente alle categorie del ruolo del Comparto alcuni incarichi professionali individuati come Posizioni Organizzative e Coordinamenti 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.

L'Azienda si organizza, inoltre, in strutture dipartimentali e reti interaziendali per i percorsi specialistici clinico-terapeutici ad alta specialità individuati dalla programmazione regionale, nonché per le politiche della prevenzione e per i servizi di emergenza. Il disegno strutturale del sistema salute regionale, in cui si colloca l'organizzazione dell'Azienda, si incentra su modelli dipartimentali di varia tipologia, preordinati a dare attuazione alle funzioni sanitarie cui è preposta, favorendo l'integrazione professionale e organizzativa fra le singole strutture aziendali e interaziendali.

In conformità alle indicazioni programmatiche regionali, l'Atto Aziendale dell'ASM ha ridisegnato l'articolazione organizzativa aziendale, prevedendo accanto alla fase a regime, una fase transitoria, da attuare nell'immediato, per consentire il graduale passaggio al nuovo modello organizzativo, evitando ripercussioni negative sull'operatività e funzionalità dei servizi, con particolare riferimento a quelli assistenziali.

Si riporta di seguito l'articolazione organizzativa dell'ASM prevista per la fase transitoria dall'Atto Aziendale, vigente per tutto il 2020, che la Regione Basilicata, dapprima con D.G.R. n. 494 del 08/06/2018 ha esteso fino al 31/12/2020 e successivamente con DGR n. 895 del 04/12/2020 ha prolungato fino al 31/12/2022:

Dipartimento Multidisciplinare Medico

- U.O.C. Medicina Generale Matera
- U.O.C. Medicina Generale Policoro
- U.O.C. Nefrologia - dialisi e Centro Regionale Trapianti d'Organo
- U.O.C. Neurologia
- U.O.C. Pneumologia
- U.O.C. Geriatria
- U.O.C. Endocrinologia e Malattie Metaboliche
- U.O.C. Ematologia (a termine)
- U.O.S.D. Reumatologia
- U.O.S.D. Dialisi e Ambulatorio Nefrologia clinica Matera
- U.O.S.D. Dialisi Tinchi
- U.O.S.D. UTIIR
- U.O.S.D. Oncologia Medica
- U.O.S.D. Diabetologia Territoriale
- U.O.S.D. Stroke Unit
- U.O.S.D. Epatologia
- U.O.S.D. Coordinamento Regionale Trapianti
- U.O.S.D. Chemioterapia e Ematologia

Dipartimento Multidisciplinare Chirurgico

- U.O.C. Chirurgia Generale Matera
- U.O.C. Chirurgia Generale Policoro
- U.O.C. Ortopedia Matera
- U.O.C. Ortopedia Policoro
- U.O.C. Otorinolaringoiatria
- U.O.C. Oculistica
- S.I.C. Urologia (ASM - AOR S. Carlo - IRCCS CROB)
- U.O.C. Chirurgia Plastica (a termine)
- U.O.C. Chirurgia Vascolare (a termine)
- U.O.S.D. Gestione Integrata Patologie Oftalmiche
- U.O.S.D. Vestibologia e Gestione Integrata Attività di Otorinolaringoiatria
- U.O.S.D. Gastroenterologia Interventistica
- U.O.S.D. Day Surgery Ortopedia
- U.O.S.D. Chirurgia Senologica

- U.O.S.D. Traumatologia e Patologia della Colonna Vertebrale
- U.O.S.D. Endoscopia Digestiva
- U.O.S.D. Attività chirurgiche laparoscopiche Matera

Dipartimento Emergenza Accettazione

- U.O.C. Cardiologia e UTIC Matera
- U.O.C. Anestesia e rianimazione Matera
- U.O.C. Area Critica Intensiva Policoro
- U.O.C. Pronto Soccorso
- U.O.S.D. Degenza Cardiologia
- U.O.S.D. UTIC Matera
- U.O.S.D. UTIC Policoro
- U.O.S.D. Scopenso Cardiaco e Cardiologia Riab.
- U.O.S.D. Coordinamento Attività Anestesiologiche Matera
- U.O.S.D. Terapia Intensiva Generale Matera
- U.O.S.D. Coordinamento Attività Anestesiologiche Policoro
- U.O.S.D. Terapia Intensiva Generale Policoro
- U.O.S.D. Gestione Emergenza Accettazione

Dipartimento Servizi Diagnostici e di Supporto

- U.O.C. Patologia Clinica
- U.O.C. Radiologia Matera
- U.O.C. Radiologia Policoro
- U.O.C. Anatomia Patologica
- U.O.C. Servizio Immunotrasfusionale
- U.O.C. Farmacia Ospedaliera
- U.O.S.D. Laboratorio di Genetica
- U.O.S.D. Laboratorio Analisi Policoro/Tinchi
- U.O.S.D. Senologia Diagnostica
- U.O.S.D. Medicina Nucleare
- U.O.S.D. SIT Matera e Policoro – Centro Trombosi ed Emostasi

Dipartimento Materno Infantile

- U.O.C. Ostetricia e ginecologia Matera
- U.O.C. Ostetricia e ginecologia Policoro (a termine)
- U.O.C. Pediatria e neonatologia
- U.O.S.D. Gestione Integrata Attività Pediatriche
- U.O.S.D. Ecografia Ostetrico Ginecologica
- U.O.S.D. Endoscopia ginecologica e fisiopatologia della riproduzione

Dipartimento Salute Mentale

- U.O.C. Spazio Psichiatrico Diagnosi e Cura
- U.O.C. Centro Salute Mentale
- U.O.C. Neuropsichiatria Infantile
- U.O.C. Ser.D. - Servizio Dipendenze Patologiche
- U.O.C. Psicologia Clinica
- U.O.S.D. Spazio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e Centri Diurni Matera
- U.O.S.D. Centro Salute Mentale Matera
- U.O.S.D. Disturbi della Condotta Alimentare
- U.O.S.D. Neuropsichiatria Infantile Territoriale

Dipartimento Integrazione Ospedale - Territorio

- U.O.C. Direzione Sanitaria Ospedali per Acuti
- U.O.C. Direzione Distretto Matera
- U.O.C. Direzione Distretto Bradanica - Medio Basento
- U.O.C. Direzione Distretto Collina Materana – Metapontina
- U.O.C. Medicina Fisica e Riabilitazione

- U.O.C. Lungodegenza Medica Stigliano
- U.O.C. Organizzazione Servizi Sanitari di Base
- U.O.C. Prevenzione e Trattamento Malattie Apparato Respiratorio
- U.O.S.D. Pneumologia Territoriale
- U.O.S.D. Gestione rapporti MMG/PLS
- U.O.S.D. Coordinamento attività Domiciliari e Palliative e Ricoveri
- U.O.S.D. Cure Palliative - Hospice
- U.O.S.D. Coordinamento Attività di Gestione Appropriately Percorsi Riabilitativi
- U.O.S.D. Lungodegenza Tricarico
- U.O.S.D. Direzione Sanitaria Policoro
- U.O.S.D. Nutrizione Clinica e Dietologia
- U.O.S.D. Servizio Farmaceutico territoriale
- U.O.S.D. Area Cronicità: Integrazione Ospedale – Territorio
- U.O.S.D. Assistenza Integrativa

Dipartimento Prevenzione Salute Umana

- U.O.C. Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica
- U.O.C. Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro
- U.O.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
- U.O.C. Prevenzione Protezione e Impiantistica nei luoghi di Lavoro
- U.O.S.D. Coordinamento attività Igiene e Sanità Pubblica aree distrettuali
- U.O.S.D. Coordinamento attività Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro aree distrettuali

Dipartimento Prevenzione Sanità Animale

- U.O.C. Sanità Animale (Area A)
- U.O.C. Igiene della Produzione, Trasformazione, Commercializzazione, Conservazione e Trasporto degli Alimenti di Origine Animale e loro Derivati (Area B)
- U.O.C. Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (Area C)
- U.O.S.D. Coordinamento attività gestionali - sanitarie di emergenza veterinaria

Dipartimento Amministrativo

- U.O.C. Direzione Gestione e Sviluppo Risorse Umane
- U.O.C. Direzione Economico - Finanziaria
- U.O.C. Direzione Attività Tecniche e Gestione del Patrimonio
- U.O.C. Direzione Provveditorato ed Economato
- U.O.C. Direzione Attività Amministrative Ospedale per acuti
- U.O.C. Direzione Attività Amministrative Distrettuali
- U.O.C. Innovazione Tecnologica ed attività informatiche
- U.O.S.D. Gestione Bilancio

Staff Direzione 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
- U.O.S.D. Gestione Adempimenti Amministrativi Direzioni Sanitarie Ospedaliere (a termine).