

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE DELLA AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA ANNO 2019



SOMMARIO

PREMESSA	4
1. FINALITA' E PRINCIPI GENERALI DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE	5
1.1 PRESENTAZIONE DELLA RELAZIONE - FINALITA' E PRINCIPI GENERALI	5
2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI	7
2.1 PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA.....	7
2.1.1 LE RISORSE UMANE.....	8
2.1.2 L'ASSETTO STRUTTURALE	12
2.1.2.1 L' ASSISTENZA OSPEDALIERA	12
2.1.2.2 L' ASSISTENZA TERRITORIALE.....	13
2.1.2.3 LA PREVENZIONE.....	14
2.1.2.4 L'ORGANIGRAMMA.....	14
2.2 IL CONTESTO TERRITORIALE.....	19
2.3 IL CONTESTO DEMOGRAFICO	21
2.4 I RISULTATI DELLE ATTIVITA' SANITARIE RAGGIUNTI	23
2.4.1. ASSISTENZA OSPEDALIERA.....	23
2.4.1.1 PRESIDIO OSPEDALIERO DI MATERA.....	23
2.4.1.2 PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLICORO	46
2.4.1.3 OSPEDALE DISTRETTUALE DI TRICARICO	63
2.4.1.4 OSPEDALE DISTRETTUALE DI STIGLIANO	66
2.4.1.5 OSPEDALE DISTRETTUALE DI TINCHI.....	69
2.4.2. ASSISTENZA TERRITORIALE	70
2.4.2.1 SPECIALISTICA AMBULATORIALE TERRITORIALE.....	70
2.4.2.2 AREA DELLA CRONICITA' – INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO.....	75
2.4.2.3 PNEUMOLOGIA TERRITORIALE	76
2.4.2.4 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI).....	76
2.4.2.5 CURE PRIMARIE	77
2.4.2.6 ASSISTENZA RIABILITATIVA TERRITORIALE	78
2.4.2.7 ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE	79
2.4.2.8 ASSISTENZA CONSULTORIALE E DI PSICOLOGIA	80
2.4.2.9 SALUTE MENTALE ADULTI.....	82
2.4.2.10 SER.D.	85
2.4.2.11 ASSISTENZA PENITENZIARIA	87
2.4.3. PREVENZIONE.....	88
2.4.3.1 DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE COLLETTIVA DELLA SALUTE UMANA	88
2.4.3.2 DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DELLA SANITA' E BENESSERE ANIMALE.....	94
2.5 I RISULTATI ECONOMICI FINANZIARI	99
2.6 LA FORMAZIONE	101
2.7 QUALITA' ED ACCREDITAMENTO	102
2.7.1 LA VALUTAZIONE DELLA QUALITA' PERCEPITA – “CUSTOMER SATISFACTION”	103
3. OBIETTIVI – RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI	106
3.1 L'ALBERO DELLA PERFORMANCE	106
3.2 PERFORMANCE ORGANIZZATIVA.....	107
3.3 PERFORMANCE INDIVIDUALE	112
3.4 OBIETTIVI STRATEGICI E OPERATIVI	114

3.5. SISTEMA DI VALUTAZIONE	115
3.6. OBIETTIVI E PIANI OPERATIVI.....	117
4. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE.....	156
4.1. FASI, SOGGETTI TEMPI E RESPONSABILITÀ.....	156
4.3. PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE.....	159
5. TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE.....	160
5.1. COERENZA CON IL PIANO TRIENNALE ANTICORRUZIONE E RISULTATI RAGGIUNTI NEL CORSO DELL'ANNO 2019.	160
5.2 COERENZA CON IL PIANO TRIENNALE DELLA TRASPARENZA E RISULTATI RAGGIUNTI NEL CORSO DEL 2019	164
5.3 LA GIORNATA DELLA TRASPARENZA.....	165
6. PARI OPPORTUNITA' E BILANCIO DI GENERE	166
6.1 IL CUG AZIENDALE (Comitato Unico di Garanzia).....	166

PREMESSA

La misurazione delle performance delle aziende sanitarie e la loro comunicazione a tutti i portatori di interesse risultano un'esigenza particolarmente sentita, considerato il valore che la collettività attribuisce al "bisogno salute" e l'ingente ammontare di risorse pubbliche investite nel settore sanitario. In questo contesto assume rilevanza 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, in considerazione della assoluta gravità del momento attraversato dall'intera collettività mondiale per effetto 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 negli scorsi mesi, determinando un profondo sconvolgimento nella gestione delle attività istituzionali aziendali.

Non ha fatto eccezione l'iter di predisposizione della Relazione sulla Performance – Anno 2019, che ha subito significativi rallentamenti, anche in ragione dei ritardi conseguenti all'approvazione definitiva del bilancio d'esercizio 2019, la cui data di scadenza è stata più volte differita con successive e reiterate direttive nazionali e regionali.

A tal proposito con nota prot. n. 33824 del 25/06/2020, 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 2019, prorogandoli fino ad un mese dopo l'adozione definitiva del bilancio d'esercizio 2019.

Conseguentemente, per la redazione della presente Relazione, si è dovuto attendere l'adozione definitiva del Bilancio d'esercizio 2019, avvenuta di fatto con deliberazione n. 933 del 16/10/2020, con cui si è provveduto a modificare la precedente deliberazione aziendale n. 751 del 11/07/2020 di approvazione iniziale del bilancio d'esercizio 2019.

Ciò premesso, l'anno 2019 si è aperto per l'ASM con l'insediamento della nuova Direzione Generale, formalizzato con deliberazione aziendale n. 8 del 07/01/2019, di presa d'atto del contratto sottoscritto in data 07/01/2019 con il Vice-Presidente p.t. della Giunta Regionale, in esecuzione del DPGR n. 259 del 16/11/2018, che si è da subito caratterizzata per il forte impulso a delineare un progetto di evoluzione dell'Azienda e, contemporaneamente, alla riconduzione di numerosi procedimenti e questioni nell'alveo della correttezza e della trasparenza dell'azione amministrativa.

Il quadro generale all'interno del quale si è collocata la nuova gestione dell'ASM nell'anno considerato è segnato da importanti cambiamenti nel quadro politico - istituzionale sia a livello regionale, nella prima parte dell'anno, sia a livello nazionale, nella seconda, determinati dall'insediamento di nuove compagini di Governo, cui hanno fatto seguito importanti mutamenti negli indirizzi programmatici messi in campo sia a livello generale che locale.

In tale contesto il 2019 ha rappresentato un anno di grande transizione, in cui, a fronte degli ambiziosi programmi in campo economico e sociale formulati dal nuovo esecutivo a partire dalla seconda metà dell'anno, sono perdurati gli effetti delle strategie politiche poste in essere negli anni precedenti, che trovavano fondamento nell'esigenza di coniugare l'obiettivo di fornire sostegno alla crescita e risposte adeguate ai pressanti bisogni sociali, con quello di proseguire nel consolidamento delle finanze pubbliche, in uno scenario caratterizzato dal mantenimento di stringenti vincoli finanziari, posti in essere per far fronte all'elevato debito pubblico.

Tale strategia, che, a partire dal 2014 ha assicurato una progressiva riduzione dell'indebitamento netto rapporto deficit/PIL, passato dal 3% del 2014 all'1,6% del 2019, che rappresenta il livello più basso dal 2007, quando era stato dell'1,3% (Fonte: ISTAT), ha avuto come caposaldo, sia a livello nazionale che a livello regionale, il consolidamento degli interventi di razionalizzazione e contenimento della spesa pubblica e, nello specifico, della spesa sanitaria, necessari per consentire, da un lato, il rispetto dei vincoli di bilancio imposti dall'Europa e, dall'altro, la tenuta e la salvaguardia di un modello di stato sociale, che contraddistingue il nostro Paese, rappresentandone uno straordinario valore.

Il breve richiamo alle strategie di politica economica nazionale e, nello specifico alla sud richiamata normativa è necessario per contestualizzare la gestione della ASM nel 2019, che si è sviluppata lungo le stesse direttrici che hanno ispirato l'azione di Governo, sia a livello centrale che regionale, dando continuità ad un processo, avviato sin dal 2012, riconducibile alle seguenti parole chiave: rigore per lo sviluppo.

Tale slogan definisce il perimetro che ha orientato le strategie aziendali, indirizzate alla ricerca degli equilibri economici da rendere compatibili con la tutela dei Livelli Essenziali di Assistenza e con le esigenze di sviluppo e innovazione del sistema complessivo aziendale, a salvaguardia di un sistema sanitario universalistico, solidaristico ed equo.

Nel merito, l'Azienda Sanitaria di Matera, in ossequio a quanto previsto dalla normativa vigente (D.Lgs 150/2009 e dal D.Lgs n. 74 /2017 e s.m.i.), anche per l'anno 2019 si è 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 2019 è stato dato un forte impulso all'ammodernamento del sistema di misurazione e valutazione della Performance, 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 tale direzione, con deliberazione aziendale n. 1089 del 12/12/2019 è stato approvato il Nuovo Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance della ASM – ANNO 2020 -2022, in cui sono state recepite tutte le istanze sopra rappresentate, avviando un percorso virtuoso finalizzato, in ultima analisi, al recupero dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi erogati.

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 D.Lgs.74/2017, e dalle Linee Guida n.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, oltreché secondo le disposizioni contenute nel D. Lgs n. 74 del 25 maggio 2017, conclude il ciclo della performance dell'ASM relativo all'anno 2019, avviato con l'adozione del Piano della performance 2019 - 2021, formalizzata con deliberazione aziendale n. 55 del 29/01/2019, così come aggiornata con successiva deliberazione n. 733 del 07/08/2019.

Nel contesto del 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.

La Relazione sulla performance, coerentemente con le funzioni attribuite, persegue le seguenti finalità:

- è uno strumento di miglioramento della gestione grazie al quale l'azienda può riprogrammare obiettivi e risorse tenendo conto dei risultati ottenuti nell'anno precedente e migliorando progressivamente il funzionamento del ciclo della performance;
- è uno strumento di accountability attraverso cui l'Azienda può rendicontare a tutti gli stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel periodo considerato e gli eventuali scostamenti, con le relative cause, rispetto agli obiettivi programmati.

In riferimento alle finalità sopra descritte, la Relazione si configura come un documento ispirato ai principi di trasparenza, immediata intelligibilità, veridicità e verificabilità dei contenuti, partecipazione e coerenza interna ed esterna.

Con la presente Relazione, l'Azienda attesta il livello di raggiungimento per l'anno 2019 degli obiettivi strategici e/o operativi contenuti nel Piano della Performance 2019 – 2021, di cui alle successive deliberazioni aziendali n. 55/2019 e n. 733/2019, 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 viene 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 come 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 aree operative, assume il modello di sistema di rete integrata di persone, strutture, tecnologie e processi, finalizzata al soddisfacimento di tutte le parti interessate al più alto livello possibile, compatibilmente con la complessità e la sostenibilità del sistema stesso.

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

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

La gestione operativa dell'ASM è garantita da numerose strutture direttamente gestite, rappresentate da Unità Operative Complesse e Unità Operative Semplici, 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.

2.1.1 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 176 Medici di Medicina Generale, 25 Pediatri di Libera Scelta, 124 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.

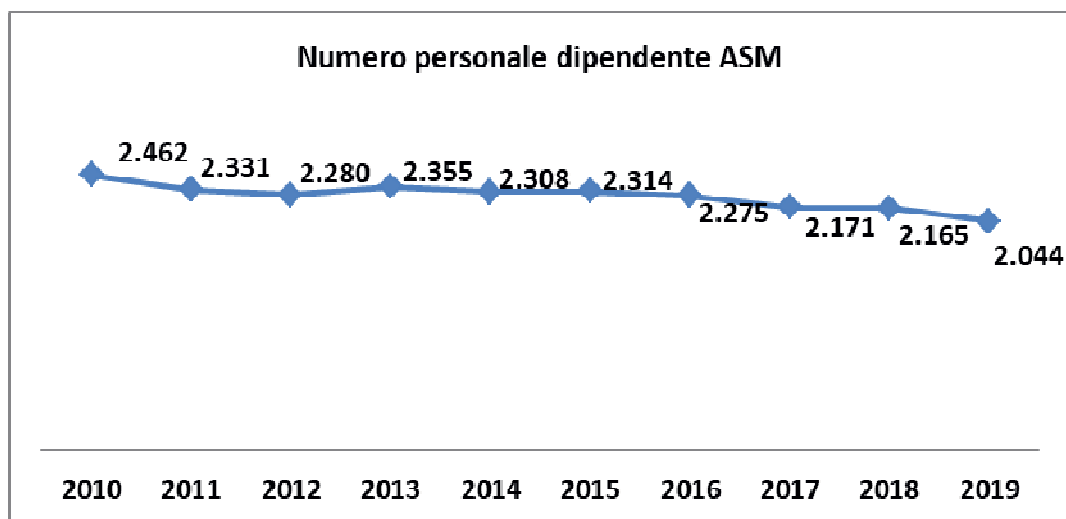
Per tale ragione l'ASM, con deliberazione aziendale n. 1163 del 31/12/2019, ha provveduto ad adottare in via definitiva, a seguito dell'approvazione regionale, ai sensi dell'art. 6 del D.lgs. 30.03.2001 n. 165 e del D.M. 08.05.2018 e in ottemperanza alle Delibere della Giunta Regionale di Basilicata n 798 del 6.11.2019 e n. 799 del 6.11.2019, il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale 2019/2021 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 2019-2021, 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 oltre 400 unità (-17%), sia nell'area della dirigenza (-13%), sia, in maggior misura, nell'area del comparto (-18%).

Personale presente al 31/12/2019	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Scostamento	
AREA DIRIGENZA	557	529	517	514	524	523	515	520	516	487	-70	-13%
AREA COMPARTO	1.905	1.802	1.763	1.841	1.784	1.791	1.760	1.651	1.649	1.557	-348	-18%
Totale complessivo	2.462	2.331	2.280	2.355	2.308	2.314	2.275	2.171	2.165	2.044	-418	-17%



Come evidenziato nella tabella successiva, le donne costituiscono il 61% del personale dipendente complessivo. La fascia di età più rappresentata è 55 – 64, corrispondente al 36% 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 solo il 6%.

COMPOSIZIONE DEL PERSONALE ASM AL 31/12/2019 PER FASCE D'ETA' E GENERE					
Età	Femmine	Maschi	Totale	% Femmine	% Maschi
< 35	81	51	132	61%	39%
35 – 44	275	152	427	64%	36%
45 – 54	444	201	645	69%	31%
55 – 64	410	331	741	55%	45%
>=65	34	65	99	34%	66%
Totale	1.244	800	2.044	61%	39%

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

RUOLO	FIGURA PROFESSIONALE	NUMERO
RUOLO AMMINISTRATIVO	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO-C	71
	COADIUTORE AMMINISTRATIVO ESPERTO –BS	15
	COADIUTORE AMMINISTRATIVO-B	42
	COLL.RE AMMINISTRATIVO PROF.LE –D	31
	COLL.RE AMMINISTRATIVO PROF.LE ESPERTO –DS	4
	COMMESSO-A	6
	DIRETTORE S.C. AMMINISTRATIVO	4
	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	2
	TOTALE	175
RUOLO PROFESSIONALE	DIRETTORE INGEGNERE	2
	DIRIGENTE ARCHITETTO	1
	DIRIGENTE AVVOCATO	1
	DIRIGENTE INGEGNERE	3
	TOTALE	7
RUOLO SANITARIO	COLL.PROF.SAN-INFERMIERE-D	768
	COLL.RE PROF. SAN.- FISIOTERAPISTA-D	45

RUOLO	FIGURA PROFESSIONALE	NUMERO
	COLL.RE PROF. SAN.- RIAB.-D EDUC. PROF.LE	5
	COLL.RE PROF. SAN.-LOGOPEDISTA-D	13
	COLL.RE PROF. SAN.-ORTOTTISTA-D	2
	COLL.RE PROF. SAN.-TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA	4
	COLL.RE PROF.LE SAN-PERS. TECNICO -D ASS SANITARIO	9
	COLL.RE PROF.LE SAN-PERS. TECNICO -D DIETISTA	3
	COLL.RE PROF.LE SAN-PERS. TECNICO -D IGENISTA DENT	1
	COLL.RE PROF.LE SAN-PERS. TECNICO -D TEC. AUDIOME	3
	COLL.RE PROF.LE SAN-PERS. TECNICO -D TEC. PREVENZ.	24
	COLL.RE PROF.LE SAN-PERS.INFERM.-D OSTETRICA	33
	COLL.RE PROF.LE SAN-PERS.INFERM.-D PEDIATR	6
	COLL.RE PROF.LE SAN-PERS.INFERM.ESPERTO-DS	8
	COLL.RE PROF.LE SAN-TECNICO LABOR. BIOMED-D	49
	COLL.RE PROF.LE SAN-TECNICO RADIOLOGIA ME-D	50
	DIRETTORE FARMACISTA	1
	DIRETTORE MEDICO	33
	DIRETTORE VETERINARIO	2
	DIRIG. DELLE PROF. SANITARIE INFERMIER. E OSTETR.	1
	DIRIGENTE BIOLOGO	13
	DIRIGENTE CHIMICO	1
	DIRIGENTE FARMACISTA	10
	DIRIGENTE MEDICO	358
	DIRIGENTE PSICOLOGO	16
	DIRIGENTE VETERINARIO	34
	OPE.RE PROF.LE DI II CAT. PERS. INF. GEN. ESP. C	1
	TOTALE	1.493
RUOLO TECNICO	ASSISTENTE TECNICO –C	19
	AUSILIARIO SPECIALIZZATO –A	19
	COADIUTORE AAMMINISTRATIVO ESPERTO –BS	2
	COLL.RE PROF.LE ASSISTENTE SOCIALE –D	22
	COLL.RE TECNICO-PROF.LE –D	9
	COMMESSE-A	3
	DIRIGENTE SOCIOLOGO	5
	OPE.RE SOCIO SANITARIO –BS	226
	OPE.RE TECNICO SPECIALIZZATO –BS	6
	OPE.RE TECNICO SPECIALIZZATO BS- AUTISTA AMB	4
	OPE.RE TECNICO SPECIALIZZATO -BS CALD VAP	3
	OPE.RE TECNICO SPECIALIZZATO BS-COORDINATORE	1
	OPE.RE TECNICO SPECIALIZZATO BS-ELETTRICISTA	2
	OPE.RE TECNICO SPECIALIZZATO BS-IDRAULICO	3
	OPE.RE TECNICO SPECIALIZZATO BS-PITTORE EDILE	1
	OPERATORE TECNICO –B	43
	OPERATORE TECNICO B – AUTISTA	1
	TOTALE	369
TOTALE COMPLESSIVO		2.044

Fonte: Conto Annuale

Con riferimento al turn over del personale dipendente nel 2019 si sono registrate 231 uscite e 88 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 63 è stato il doppio rispetto a quello degli entrati, mentre il personale del comparto sanitario in uscita è stato superiore a quello in entrata del +154%.

Si fornisce di seguito la tabella riepilogativa degli entrati e degli usciti nel 2019 distinti per singolo profilo professionale.

Profilo professionale	Entrati Assunti	Usciti Dimessi
DIRIGENTI RUOLO AMMINISTRATIVO	,00	1,00
DIRIGENTI RUOLO PROFESSIONALE	,00	,00
DIRIGENTI RUOLO TECNICO	,00	,00
DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	3,00	6,00
MEDICI	31,00	63,00
PROFILI RUOLO AMMINISTRATIVO	1,00	28,00
PROFILI RUOLO SANITARIO	41,00	104,00
PROFILI RUOLO TECNICO	12,00	29,00
Totale complessivo	88,00	231,00

Fonte: Conto Annuale

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 31/12/2019					
Tipo Assunzione	RUOLO AMMINISTRATIVO	RUOLO PROFESSIONALE	RUOLO SANITARIO	RUOLO TECNICO	Totale complessivo
A Tempo Determinato	1	0	29	3	33
A Tempo Indeterminato	174	7	1.464	366	2.011
Totale complessivo	201	7	1.562	392	2.044

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 2019					
TIPOLOGIA DI ASSENZA	Maschi	Femmine	TOTALE	% maschi	% femmine
MALATTIA	8.885	18.231	27.116	33%	67%
CONGEDO (ART. 42 C. S. D. LGS. 151/2001)		76	76	0%	100%
LEGGE 104/92	3.317	7.090	10.407	32%	68%
MATERNITA', CONGEDO PARENTALE, MALATTIA FIGLIO	620	13.972	14.592	4%	96%
ALTRI PERMESSI E ASSENZE	1.031	800	1.831	56%	44%
SCIOPERO	85	179	264	32%	68%
ALTRE ASSENZE	440	77	517	85%	15%
FORMAZIONE	2.157	2.332	4.489	48%	52%
TOTALE	16.535	42.757	59.292	28%	72%

2.1.2 L'ASSETTO STRUTTURALE

2.1.2.1 L'ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'ASM ha ereditato dalle ex ASL in essa confluite la gestione di 3 Presidi Ospedalieri: il P.O. di Matera, l'Ospedale di Tricarico 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, prevede una netta differenziazione tra l'assistenza ospedaliera per acuti e quella di tipo territoriale/distrettuale, per cui 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.

L'assistenza ospedaliera per acuti 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 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 con il seguente assetto strutturale:

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

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

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

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

Al 31/12/2019, i posti letto effettivi complessivi degli Ospedali per acuti della ASM ammontano a 492, 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	52	354
Presidio Ospedaliero Policoro	92	16	108
TOTALE	394	68	492

Al 31/12/2019, 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	24
Ospedale Tinchì	
TOTALE	123

2.1.2.2 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 macroorganizzativo 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 Tinchì, portando a compimento in soli 100 giorni, un importante investimento finanziato dalla Regione Basilicata. Tale intervento che ha consentito alla Regione Basilicata di essere la prima regione del meridione ad aver rispettato la tabella di marcia avviata dal Decreto Legge n. 211/2011 sulla chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e la loro riconversione in residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza.

Relativamente alla Medicina Generale, nell'Azienda operano mediante 175 Medici di Medicina Generale e 23 Pediatri di Libera Scelta.

Sul territorio aziendale operano 33 postazioni di continuità assistenziale, tra cui sono ricomprese le postazioni di guardia medica turistica) con 124 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 2019 hanno operato n. 64 farmacie convenzionate aperte al pubblico.

2.1.2.3 LA PREVENZIONE

Il Dipartimento di Prevenzione è stato istituito con la 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.), con sedi operative rispettivamente a Matera e a Montalbano J.co;
2. Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (S.I.A.N.), con sedi operative rispettivamente a Matera e a Montalbano J.co;
3. Servizio Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (M.L.S.A.L.), con sedi operative rispettivamente a Matera e a Montalbano J.co;
4. Servizio Prevenzione, Protezione ed Impiantistica nei Luoghi di Lavoro (S.P.P.I.L.L.), con sedi operative rispettivamente a Matera e a Montalbano J.co.

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

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

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

- Cervico Uterino
- Mammografico
- Colon – retto

2.1.2.4 L'ORGANIGRAMMA

Nel corso del 2019 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 accorpare le Unità Operative Complesse per così dire "gemelle", con la sola eccezione di quelle strutture compatibili con gli standard previsti dal D.M. n. 70/2015 (Medicina Generale, Chirurgia Generale, Ortopedia, Radiologia).

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:
 - o Dipartimenti Assistenziali Interaziendali;
 - o Reti Integrate Interaziendali;
 - o Strutture Complesse Interaziendali;
 - o 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 complementarietà 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 generale e nucleo operativo, coincidente con le macro-articolazioni territoriali ed organizzative dell'Azienda previste dalla L.R. 39/2001 e s.m.i., ossia con i Direttori di Presidio, di Distretto e di Dipartimento;
- il nucleo operativo per la produzione ed erogazione di servizi e prestazioni assistenziali.

L'organizzazione dell'Azienda è articolata nelle seguenti tipologie di Strutture Organizzative:

- Dipartimenti;
- Strutture Complesse (Unità Operative Complesse – U.O.C.);
- Strutture Semplici a valenza dipartimentale (Unità Operative Dipartimentali – U.O.S.D.);
- Strutture Semplici (Unità Operative Semplici sub articolazioni di strutture complesse – U.O.S.);

Per struttura organizzativa si intende ogni articolazione interna dell'Azienda caratterizzata da:

- autonomia definita nell'ambito delle competenze stabilite dalla programmazione aziendale;
- responsabilità funzionale e/o gestionale;
- attribuzione di risorse (umane, tecniche o finanziarie) dedicate ed amministrate in spazi fisici definiti ed omogenei.

Al loro interno, le strutture organizzative sono ulteriormente graduabili per livelli di complessità corrispondenti agli incarichi dirigenziali di tipo professionale. Tale graduazione degli incarichi dirigenziali è definita con appositi e separati atti.

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 resa necessaria 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 2019, che la Regione Basilicata con D.G.R. n. 494 del 08/06/2018 ha esteso fino al 31/12/2020:

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. UTIR
- U.O.S.D. Oncologia Medica
- U.O.S.D. Diabetologia Territoriale
- U.O.S.D. Stroke Unit
- U.O.S.D. Epatologia
- U.O.S.D. Coordinamento Regionale Trapianti
- U.O.S.D. Chemioterapia 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. Scompenso 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 Appropriata Percorsi Riabilitativi

- U.O.S.D. Lungodegenza Tricarico
- U.O.S.D. Direzione Sanitaria Policoro
- U.O.S.D. Nutrizione Clinica e Dietologia
- U.O.S.D. Servizio Farmaceutico territoriale
- U.O.S.D. Area Cronicità: Integrazione Ospedale – Territorio
- U.O.S.D. 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*).

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 è di 197.907 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 | - Tursi |
| - Garaguso | - Pisticci | - Valsinni |
| - Gorgoglione | - Policoro | |
| - Grassano | - Pomarico | |



Il livello di infrastrutturazione del territorio, stradale e ferroviario, è tuttora quantitativamente e qualitativamente non adeguato a garantire gli standard di prestazione necessari al consolidamento e allo sviluppo della qualità della vita, con particolare riferimento al soddisfacimento del fabbisogno assistenziale. Infatti, come emerge dalle graduatorie stilate tra le province 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.

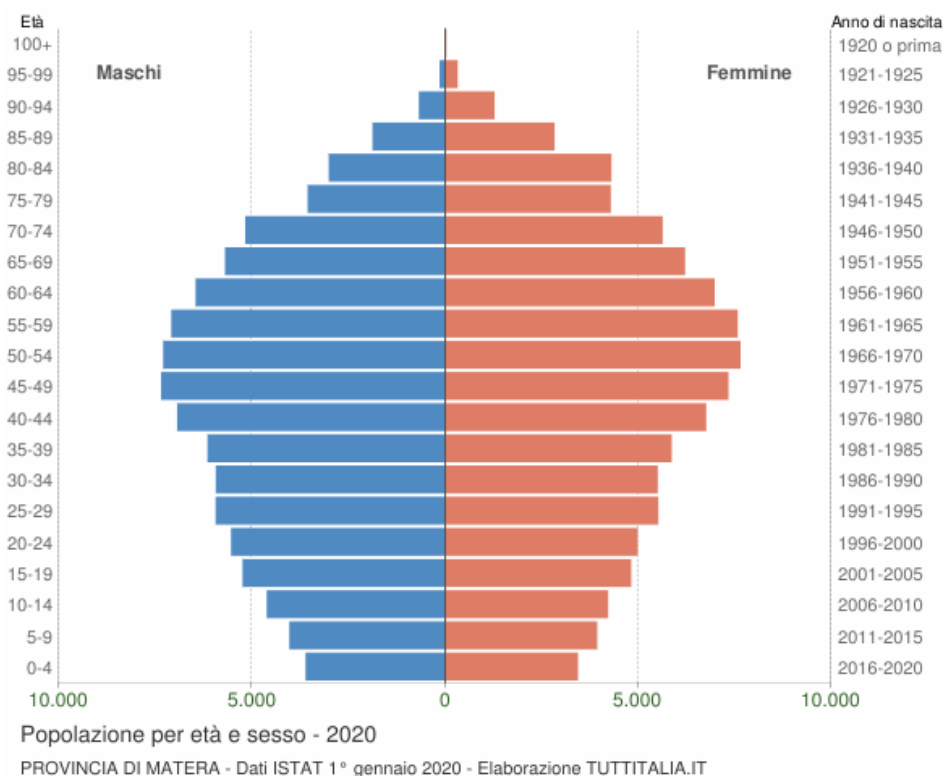
Tale assetto del territorio di fatto influenza le scelte e le strategie sanitarie ed in particolare il modello dell'offerta assistenziale da adottare, che è pensato e strutturato per garantire una risposta omogenea ed uniforme per tutta la popolazione di riferimento.

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 195.988 abitanti (FONTE ISTAT), distribuiti in 31 comuni, per una superficie complessiva pari a 3.478,89, evidenziando una densità .

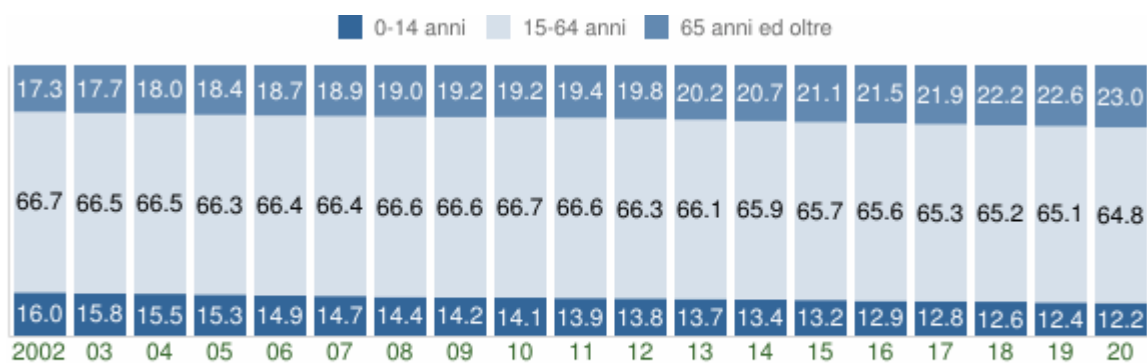
La tabella seguente riporta il numero di abitanti distinti per sesso e fasce di età quinquennali e la popolazione residente nella ASM di Matera al 31/12/2019 e relativa piramide di età.

Età	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
<= 5 a.	4.341	4.218	8.559
6 - 9 a.	3.313	3.159	6.472
10-14 a.	4.625	4.222	8.847
15-24 a.	10.797	9.809	20.606
25-34 a.	11.888	11.029	22.917
35-44 a.	13.100	12.628	25.728
45-54 a.	14.662	14.988	29.650
55-64 a.	13.559	14.559	28.118
65-74 a.	10.882	11.848	22.730
>= 75 a.	9.296	13.075	22.371
Totale	96.463	99.535	195.998



Sul territorio dell'ASM, esteso per 3.446 kmq, insiste una popolazione che, alla data del 31/12/2019, ammonta a 195.998 unità, con un decremento pari al -1%, rispetto all'anno precedente, di cui 96.463 uomini e 99.535 donne, con una densità territoriale pari a 56,9 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%.



Struttura per età della popolazione (valori %)

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

2.4 I RISULTATI DELLE ATTIVITA' SANITARIE RAGGIUNTI

2.4.1. ASSISTENZA OSPEDALIERA

All'interno del presente macro livello assistenziale sono stati riportati i risultati conseguiti oltre che dalle articolazioni organizzative degli Ospedali per Acuti, anche da quelle afferenti agli Ospedali Distrettuali, sia pure sotto il profilo meramente funzionale queste ultime afferiscano più propriamente all'assistenza territoriale. Tale scelta è stata effettuata al fine di assicurare una omogeneità di rappresentazione rispetto alla Relazione sulla Gestione allegata al Bilancio di esercizio 2019, che privilegia, quale criterio espositivo, quello economico, con specifico riferimento al modello LA, di rilevazione dei costi per Livello di Assistenza, per effetto del quale tutta l'attività ospedaliera, compresa quella post acuzie (Riabilitazione e Lungodegenza) è ricompresa nel macro livello assistenziale dell'assistenza territoriale.

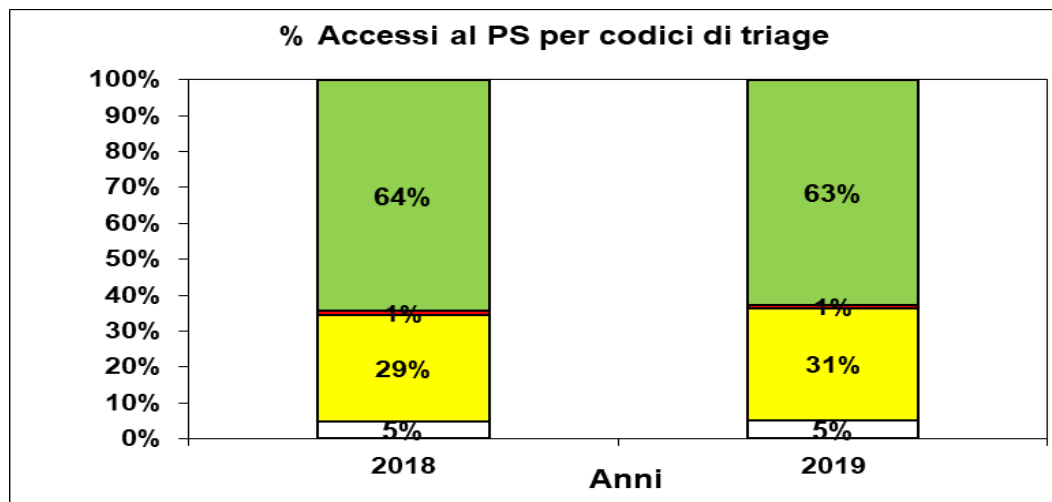
2.4.1.1 PRESIDIO OSPEDALIERO DI MATERA

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

ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO

Accessi in Pronto Soccorso

Accessi PS per Codice	2018	2019	Scostamento	
			Assoluto	%
Bianco	1.764	1.895	131	7%
Giallo	10.552	11.592	1.040	10%
Rosso	414	417	3	1%
Verde	23.053	23.348	295	1%
Totale accessi PS	35.783	37.252	1.469	4%



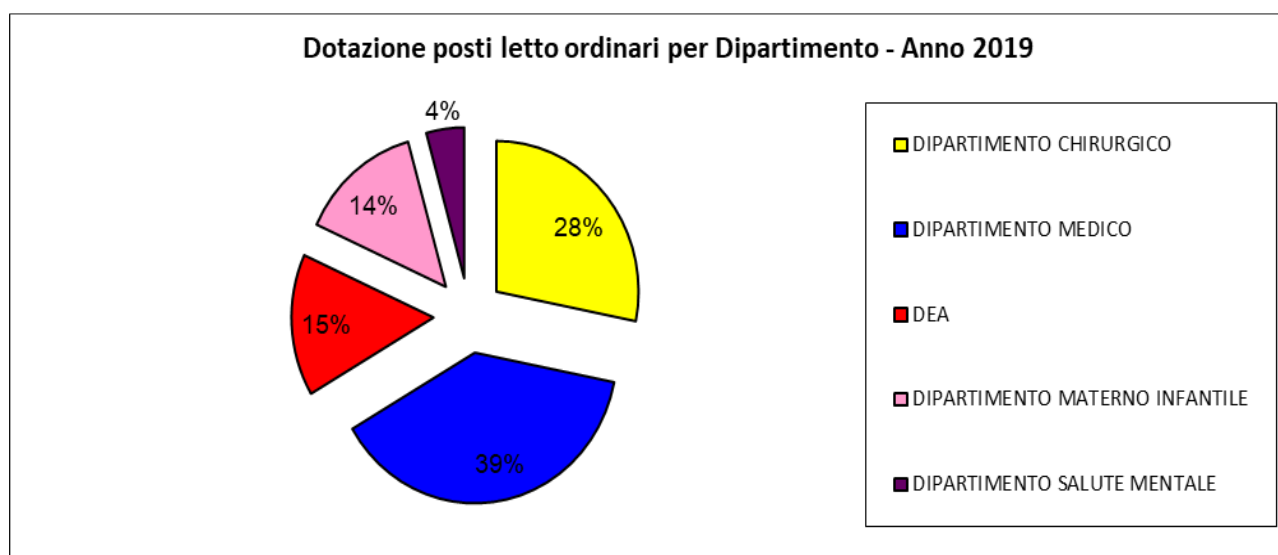
Accessi PS seguiti da ricovero	2018	2019	Scostamento	
			assoluto	%
Totale accessi PS seguiti da ricovero	7.851	7.673	-178	-2%

% Accessi PS seguiti da ricovero sul totale degli accessi	2018	2019	Scostamento
			%
Totale accessi PS seguiti da ricovero	21,9%	20,6%	-6%

ATTIVITA' DI DEGENZA

RICOVERI ORDINARI

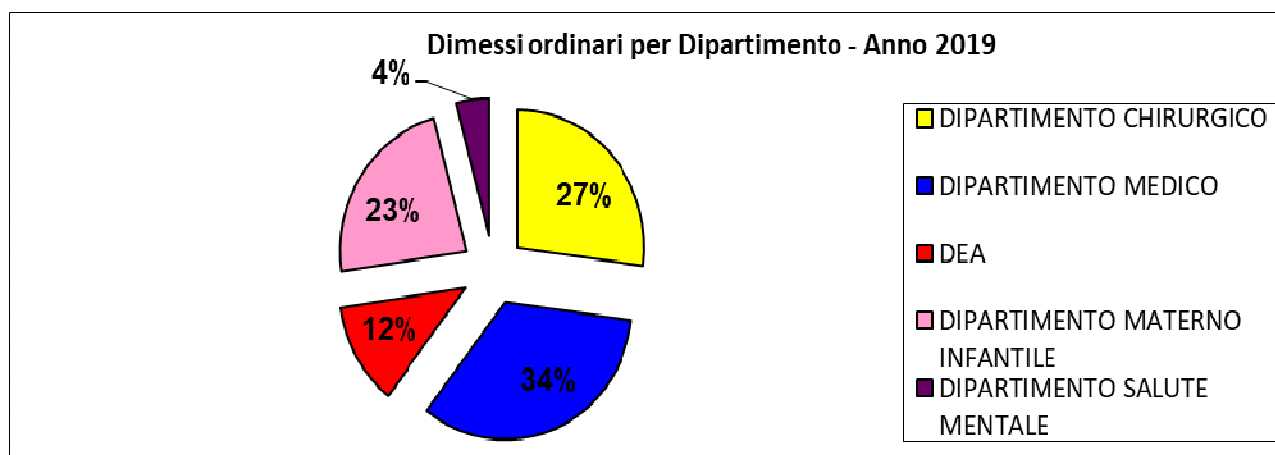
DOTAZIONE POSTI LETTO ORDINARI	2018	2019	Scostamento	
			assoluto	%
CARDIOLOGIA	20	20	0	0%
CHIRURGIA PLASTICA	6	6	0	0%
CHIRURGIA GENERALE	34	34	0	0%
EMATOLOGIA	4	4	0	0%
GERIATRIA	22	22	0	0%
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	23	23	0	0%
MEDICINA GENERALE	33	33	0	0%
NEFROLOGIA	8	8	0	0%
NEUROLOGIA	10	10	0	0%
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	6	6	0	0%
OCULISTICA	4	4	0	0%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	23	23	0	0%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	24	24	0	0%
OTORINOLARINGOIATRIA	6	6	0	0%
PEDIATRIA-NEONATOLOGIA	18	18	0	0%
PNEUMOLOGIA	16	16	0	0%
PSICHIATRIA	7	7	0	0%
TERAPIA INTENS-RIANIMAZIONE	8	8	0	0%
U.O. SUBINTENSIVA GENERALE	8	8	0	0%
UROLOGIA	12	12	0	0%
UTIC	10	10	0	0%
TOTALE	302	302	0	0%



Il numero dei posti letto ordinari del P.O. di Matera nel 2019 risulta coerente con gli standard fissati dalla programmazione regionale.

Nello specifico, nella Chirurgia Generale, sono ricompresi anche i posti letto della Chirurgia Vascolare.

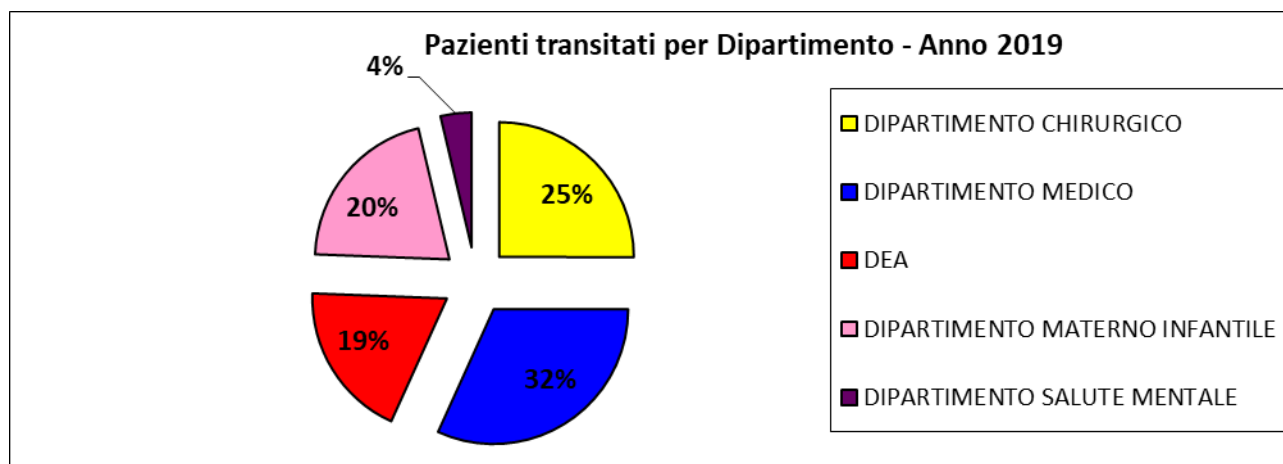
DIMESSI ORDINARI	2018	2019	Scostamento	
			Assoluto	%
CARDIOLOGIA	1.043	1.104	61	6%
CHIRURGIA PLASTICA	283	252	-31	-11%
CHIRURGIA GENERALE	1.390	1.206	-184	-13%
EMATOLOGIA	110	123	13	12%
GERIATRIA	920	947	27	3%
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	569	527	-42	-7%
MEDICINA GENERALE	1.235	1.196	-39	-3%
NEFROLOGIA	281	241	-40	-14%
NEUROLOGIA	489	486	-3	-1%
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	318	367	49	15%
OCULISTICA	49	23	-26	-53%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	933	846	-87	-9%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.607	1.504	-103	-6%
OTORINOLARINGOIATRIA	521	421	-100	-19%
PEDIATRIA-NEONATOLOGIA	1.449	1.345	-104	-7%
PNEUMOLOGIA	556	581	25	4%
PSICHIATRIA	168	144	-24	-14%
TERAPIA INTENS-RIANIMAZIONE	119	122	3	3%
U.O. SUBINTENSIVA GENERALE	192	193	1	1%
UROLOGIA	669	585	-84	-13%
UTIC	104	66	-38	-37%
TOTALE	13.005	12.279	-726	-6%



Nel 2019 i dimessi in regime ordinario registrati nel P.O. di Matera sono stati 12.279, con una diminuzione del -6% rispetto all'anno precedente, pari a -726 casi.

Si sottolinea come, per disposizioni organizzative interne, anche per l'anno 2019, come già nel 2018, i ricoveri effettuati dall'U.O. di Chirurgia Vascolare, sono stati attribuiti all'U.O. di Chirurgia Generale.

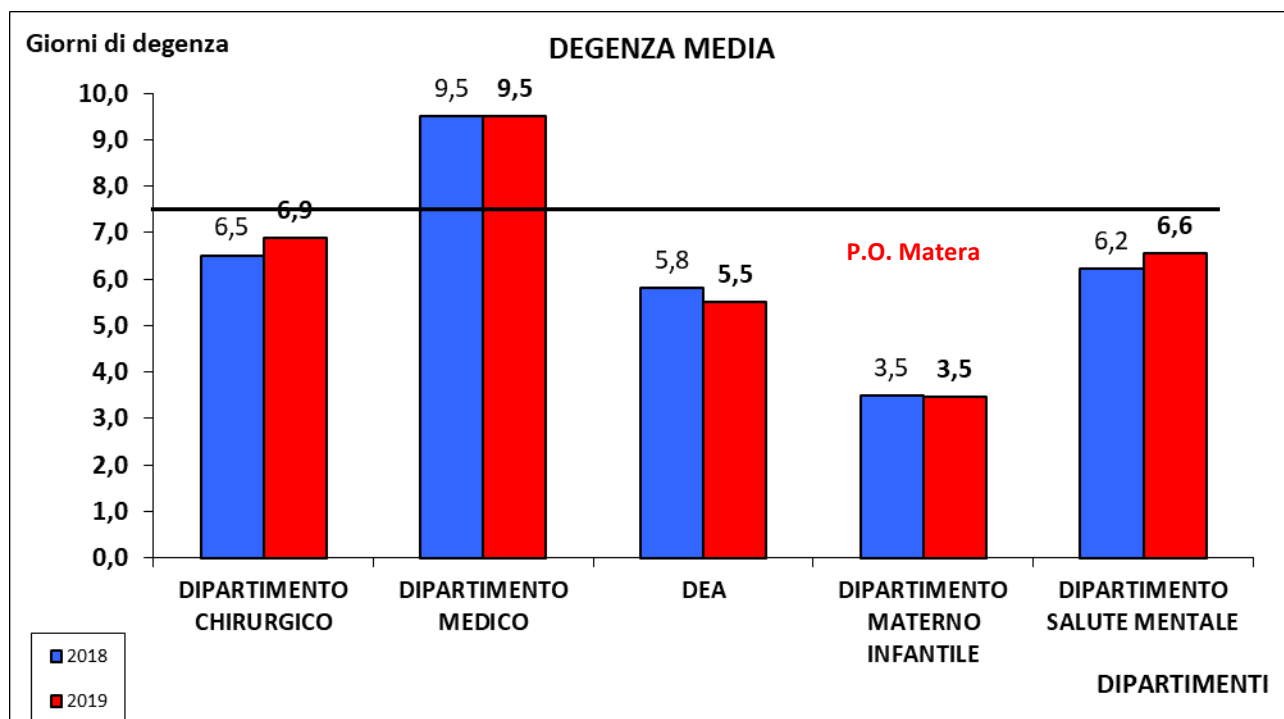
PAZIENTI TRANSITATI	2018	2019	Scostamento	
			Assoluto	%
CARDIOLOGIA	1.082	1.155	73	7%
CHIRURGIA PLASTICA	284	255	-29	-10%
CHIRURGIA GENERALE	1.476	1.279	-197	-13%
EMATOLOGIA	115	128	13	11%
GERIATRIA	981	1.003	22	2%
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	608	575	-33	-5%
MEDICINA GENERALE	1.325	1.292	-33	-2%
NEFROLOGIA	301	263	-38	-13%
NEUROLOGIA	510	508	-2	0%
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	321	367	46	14%
OCULISTICA	49	23	-26	-53%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	954	871	-83	-9%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.609	1.505	-104	-6%
OTORINOLARINGOIATRIA	527	425	-102	-19%
PEDIATRIA-NEONATOLOGIA	1.449	1.346	-103	-7%
PNEUMOLOGIA	581	612	31	5%
PSICHIATRIA	175	146	-29	-17%
TERAPIA INTENS-RIANIMAZIONE	394	363	-31	-8%
U.O. SUBINTENSIVA GENERALE	374	360	-14	-4%
UROLOGIA	685	597	-88	-13%
UTIC	678	716	38	6%
TOTALE	14.478	13.789	-689	-5%



La rilevazione dei pazienti transitati da ogni reparto è fondamentale per la valutazione dei livelli di performance relativa a ciascuno di essi, in quanto consente di misurare gli indicatori di attività effettivamente conseguiti con una accuratezza e una precisione maggiori rispetto agli stessi parametri calcolati sul numero dei dimessi.

Se si osservano, infatti, i dati relativi ad alcuni reparti, come la Rianimazione, l'UTIC o la Pneumologia, emerge con evidenza una sostanziale differenza tra il numero dei pazienti dimessi ed il numero dei pazienti transitati, dovuta alla specificità intrinseca a tali Unità Operative che, nella maggior parte dei casi, non dimettono direttamente i propri pazienti ma, dopo averli stabilizzati, li trasferiscono ad altri reparti che successivamente provvedono alle loro dimissioni. Per tale ragione i successivi indicatori di performance sono stati costruiti sul numero dei transiti, piuttosto che su quello dei dimessi.

DEGENZA MEDIA EFFETTIVA	2018	2019	Scostamento
			%
CARDIOLOGIA	6,4	6,2	-4%
CHIRURGIA PLASTICA	4,1	4,8	18%
CHIRURGIA GENERALE	8,7	8,8	2%
EMATOLOGIA	14,0	13,3	-5%
GERIATRIA	10,0	9,4	-6%
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	10,9	11,5	6%
MEDICINA GENERALE	9,9	10,1	2%
NEFROLOGIA	10,0	10,5	6%
NEUROLOGIA	5,7	5,9	3%
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	3,4	3,4	-1%
OCULISTICA	3,9	3,7	-7%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	6,5	7,0	8%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3,6	3,6	1%
OTORINOLARINGOIATRIA	3,5	3,6	4%
PEDIATRIA-NEONATOLOGIA	3,4	3,3	-4%
PNEUMOLOGIA	8,4	8,3	-1%
PSICHIATRIA	11,4	14,6	28%
TERAPIA INTENS-RIANIMAZIONE	6,9	6,8	-1%
U.O. SUBINTENSIVA GENERALE	4,4	4,5	2%
UROLOGIA	5,4	5,8	7%
UTIC	5,0	4,3	-15%
TOTALE	7,5	7,5	1%

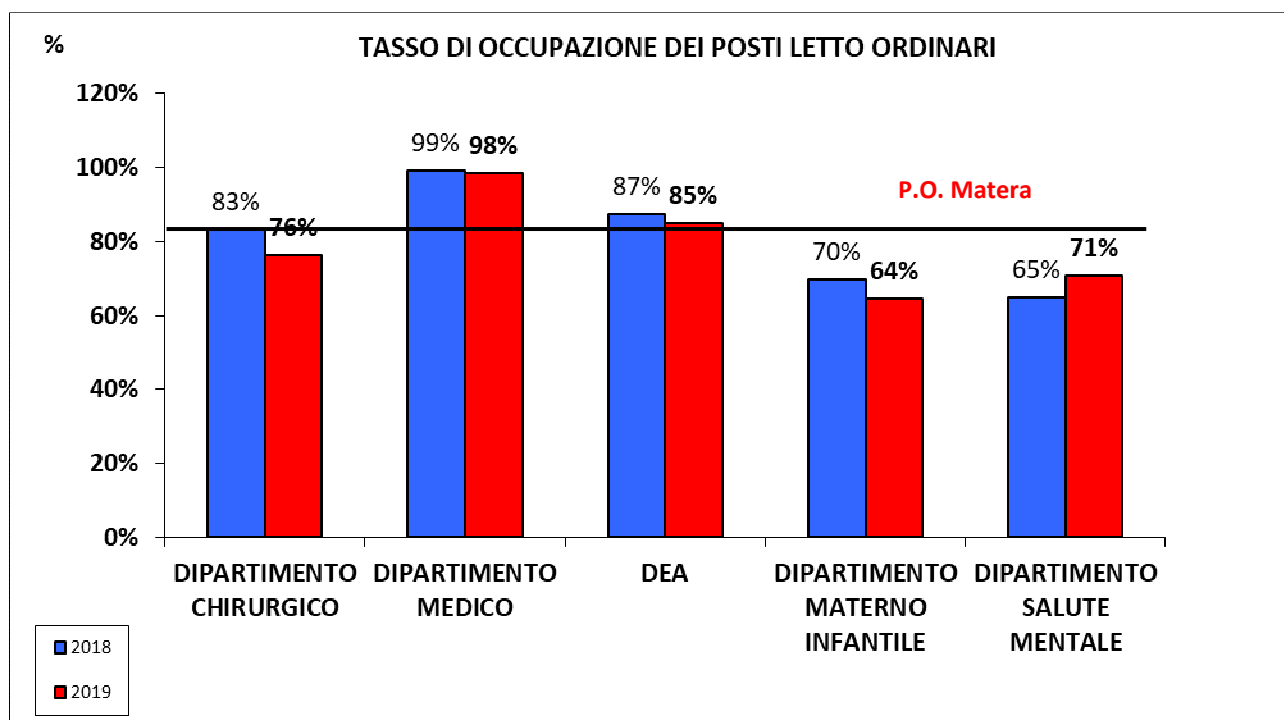


La degenza media esprime il numero medio di giornate di degenza per singolo ricoverato.

Tale indicatore misura il livello di funzionalità dell'ospedale, essendo legato alla produttività dei servizi, alla casistica trattata ed all'efficacia della risposta.

Nel 2019 la degenza media effettiva registrata nel P.O. di Matera è pari a 7,5 giorni, in analogia rispetto all'anno precedente, collocandosi lievemente al di sopra del target fissato dal D.M. 70/2015, pari a 7 giorni.

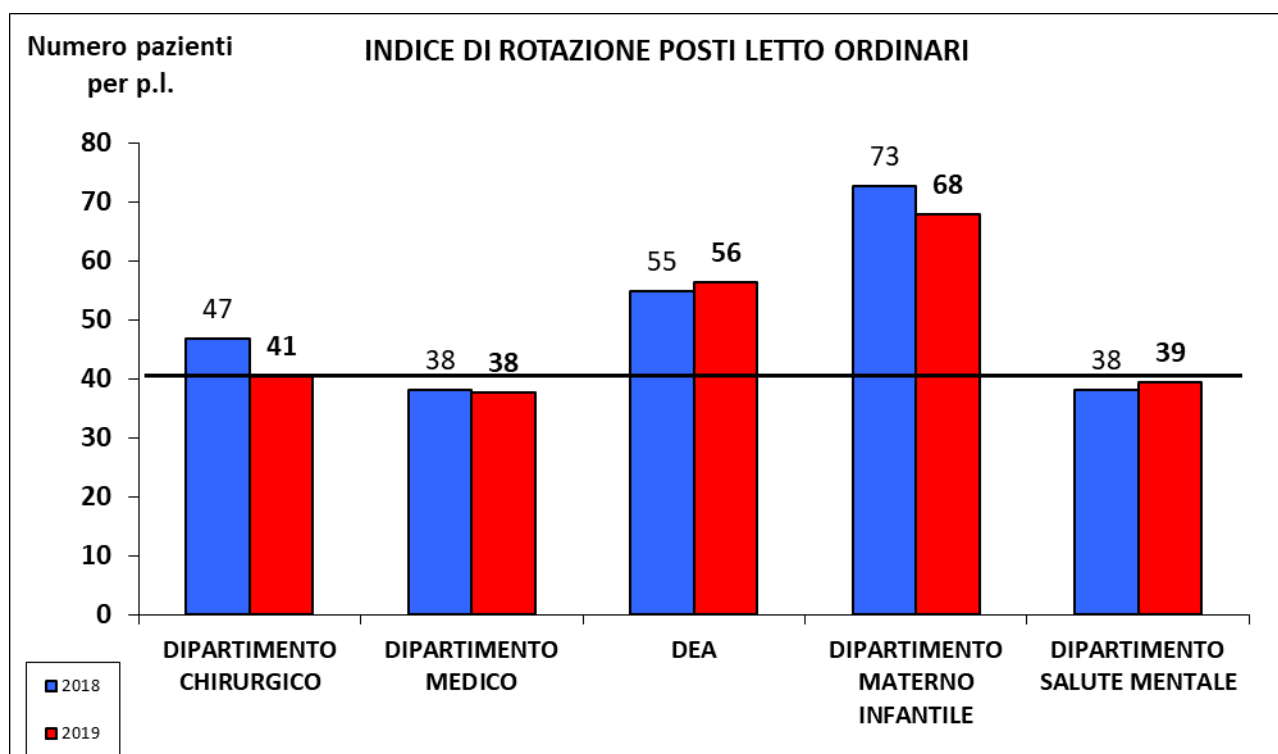
TASSO DI OCCUPAZIONE POSTI LETTO ORDINARI	2018	2019	Scostamento
			%
CARDIOLOGIA	94,8%	97,4%	3%
CHIRURGIA PLASTICA	53,2%	56,4%	6%
CHIRURGIA GENERALE	102,9%	90,9%	-12%
EMATOLOGIA	110,3%	116,5%	6%
GERIATRIA	122,6%	117,5%	-4%
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	79,1%	79,1%	0%
MEDICINA GENERALE	109,4%	108,7%	-1%
NEFROLOGIA	102,9%	94,9%	-8%
NEUROLOGIA	79,2%	81,7%	3%
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	50,0%	56,4%	13%
OCULISTICA	13,2%	5,8%	-56%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	73,9%	72,8%	-2%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	66,3%	62,5%	-6%
OTORINOLARINGOIATRIA	83,9%	70,6%	-16%
PEDIATRIA-NEONATOLOGIA	74,7%	67,0%	-10%
PNEUMOLOGIA	83,1%	86,6%	4%
PSICHIATRIA	77,9%	83,2%	7%
TERAPIA INTENS-RIANIMAZIONE	93,1%	84,7%	-9%
U.O. SUBINTENSIVA GENERALE	55,9%	55,1%	-1%
UROLOGIA	84,8%	78,7%	-7%
UTIC	93,7%	84,4%	-10%
TOTALE	88,3%	84,9%	-4%



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

Il tasso di occupazione dei posti letto ordinari del P.O. di Matera nel 2019 evidenzia un valore pari a circa l'84,9%, in aumento rispetto all'anno precedente, in cui lo stesso indicatore era pari a circa l'88,3%.

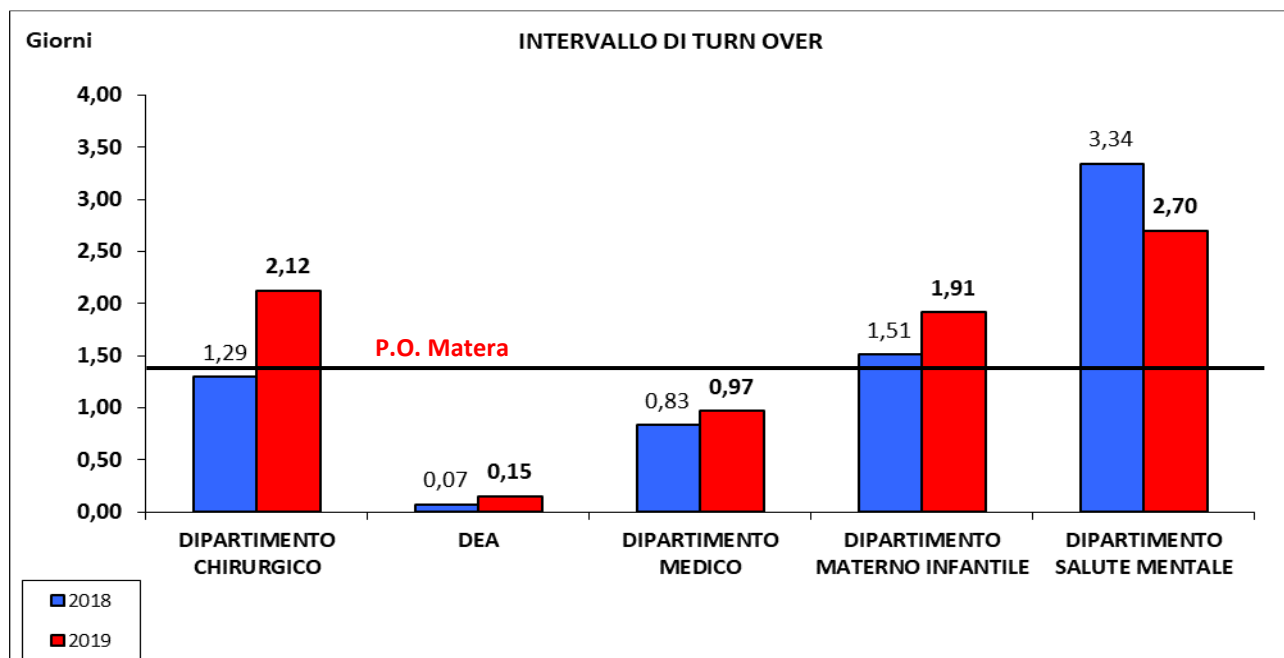
INDICE DI ROTAZIONE POSTI LETTO ORDINARI	2018	2019	Scostamento
			%
CARDIOLOGIA	54	58	7%
CHIRURGIA PLASTICA	47	43	-10%
CHIRURGIA GENERALE	43	38	-13%
EMATOLOGIA	29	32	11%
GERIATRIA	45	46	2%
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	26	25	-5%
MEDICINA GENERALE	40	39	-2%
NEFROLOGIA	38	33	-13%
NEUROLOGIA	51	51	0%
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	54	61	14%
OCULISTICA	12	6	-53%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	41	38	-9%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	67	63	-6%
OTORINOLARINGOIATRIA	88	71	-19%
PEDIATRIA-NEONATOLOGIA	81	75	-7%
PNEUMOLOGIA	36	38	5%
PSICHIATRIA	25	21	-17%
TERAPIA INTENS-RIANIMAZIONE	49	45	-8%
U.O. SUBINTENSIVA GENERALE	47	45	-4%
UROLOGIA	57	50	-13%
UTIC	68	72	6%
TOTALE	43	41	-5%



L'Indice di Rotazione dei posti letto ordinari indica il numero di ricoveri effettuati sullo stesso posto letto ovvero il numero medio di pazienti che ruotano sullo stesso letto, per cui si ha valenza positiva se esso aumenta e, al contrario, valenza negativa, se esso diminuisce.

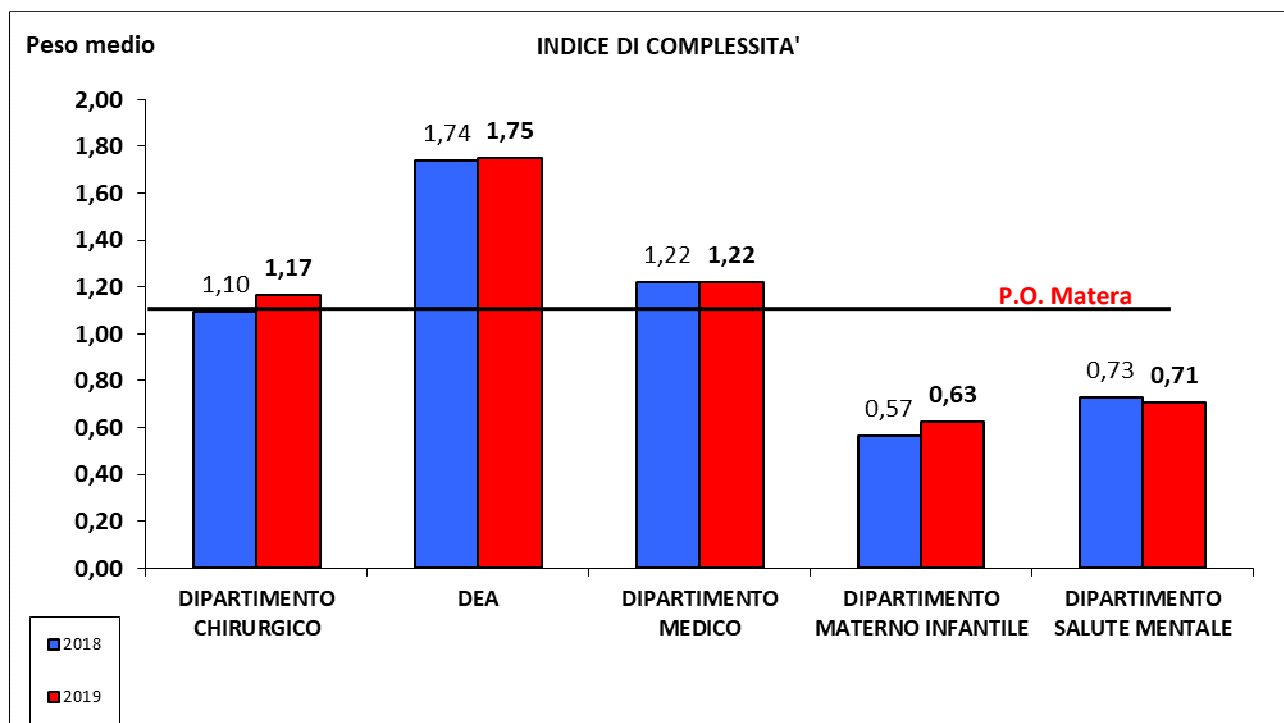
Nel 2019 l'indice di rotazione dei posti letto ordinari del P.O. di Matera è stato pari a 41, in lieve diminuzione rispetto all'anno precedente.

INDICE DI TURN OVER POSTI LETTO ORDINARI	2018	2019	Scostamento
			%
CARDIOLOGIA	0,35	0,16	-53%
CHIRURGIA PLASTICA	3,61	3,75	4%
CHIRURGIA GENERALE	-0,24	0,88	-462%
EMATOLOGIA	-1,30	-1,88	44%
GERIATRIA	-1,85	-1,40	-24%
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	2,89	3,05	6%
MEDICINA GENERALE	-0,85	-0,81	-5%
NEFROLOGIA	-0,28	0,57	-301%
NEUROLOGIA	1,49	1,32	-11%
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	3,41	2,60	-24%
OCULISTICA	25,88	59,83	131%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2,30	2,63	14%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1,84	2,18	19%
OTORINOLARINGOIATRIA	0,67	1,52	127%
PEDIATRIA-NEONATOLOGIA	1,15	1,61	41%
PNEUMOLOGIA	1,70	1,28	-24%
PSICHIATRIA	3,23	2,95	-9%
TERAPIA INTENS-RIANIMAZIONE	0,51	1,23	141%
U.O. SUBINTENSIVA GENERALE	3,45	3,64	6%
UROLOGIA	0,97	1,56	60%
UTIC	0,34	0,79	135%
TOTALE	0,99	1,35	36%



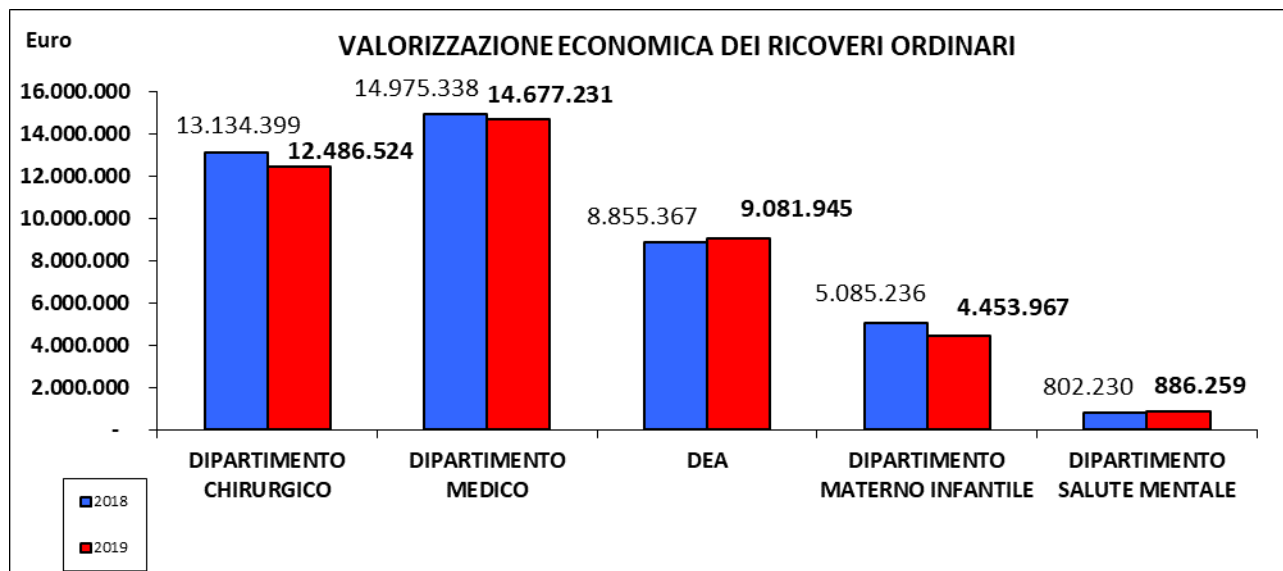
L'Indice di turn over dei posti letto ordinari, che misura il periodo di tempo (numero di giorni) intercorrente tra dimissione di un paziente e successiva ammissione di un nuovo paziente, calcolato sui pazienti effettivamente transitati sui posti letto dei singoli reparti, nell'anno 2019 è stato pari a 1,35 giorni, in crescita rispetto all'anno precedente del +36%. 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.

PESO MEDIO RICOVERI ORDINARI	2018	2019	Scostamento
			%
CARDIOLOGIA	1,57	1,37	-12%
CHIRURGIA PLASTICA	1,06	1,04	-2%
CHIRURGIA GENERALE	1,08	1,30	20%
EMATOLOGIA	2,04	1,96	-4%
GERIATRIA	1,01	0,98	-3%
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	1,15	1,14	0%
MEDICINA GENERALE	1,08	1,07	-1%
NEFROLOGIA	1,29	1,27	-1%
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	0,73	0,71	-3%
NEUROLOGIA	1,06	1,03	-3%
OCULISTICA	0,58	0,57	-1%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1,39	1,33	-4%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	0,59	0,63	6%
OTORINOLARINGOIATRIA	0,80	0,76	-4%
PEDIATRIA-NEONATOLOGIA	0,53	0,62	18%
PNEUMOLOGIA	1,48	1,49	1%
PSICHIATRIA	0,73	0,72	-2%
TERAPIA INTENS-RIANIMAZIONE	3,63	3,39	-7%
U.O. SUBINTENSIVA GENERALE	1,21	1,20	-1%
UROLOGIA	1,00	1,02	2%
UTIC	1,65	1,69	3%
TOTALE	1,07	1,12	5%



Il peso medio dei ricoveri ordinari del P.O. di Matera, calcolato escludendo il DRG 391 relativo ai “neonati sani”, nel 2019 è stato pari a 1,12, con un lieve incremento del +5% 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 tipologia di prestazioni erogate.

VALORE ECONOMICO RICOVERI ORDINARI	2018	2019	Scostamento	
			assoluto	%
CARDIOLOGIA	6.080.675	6.611.998	531.323	8,7%
CHIRURGIA PLASTICA	660.946	594.366	-66.580	-10,1%
CHIRURGIA GENERALE	4.814.881	5.253.859	438.978	9,1%
EMATOLOGIA	724.734	873.330	148.596	20,5%
GERIATRIA	2.665.422	2.734.591	69.169	2,6%
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	2.066.638	1.952.708	-113.930	-5,5%
MEDICINA GENERALE	4.048.446	3.840.784	-207.662	-5,1%
NEFROLOGIA	1.212.320	997.521	-214.799	-17,7%
NEUROLOGIA	1.526.588	1.406.435	-120.153	-7,9%
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	505.561	614.377	108.816	21,5%
OCULISTICA	57.230	31.180	-26.050	-45,5%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	4.446.825	3.899.061	-547.764	-12,3%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2.737.768	2.736.179	-1.589	-0,1%
OTORINOLARINGOIATRIA	990.088	751.064	-239.024	-24,1%
PEDIATRIA-NEONATOLOGIA	2.347.468	1.717.788	-629.680	-26,8%
PNEUMOLOGIA	2.731.190	2.871.862	140.672	5,2%
PSICHIATRIA	296.669	271.882	-24.787	-8,4%
TERAPIA INTENS-RIANIMAZIONE	1.536.304	1.478.500	-57.804	-3,8%
U.O. SUBINTENSIVA GENERALE	714.441	710.921	-3.520	-0,5%
UROLOGIA	2.164.429	1.956.994	-207.435	-9,6%
UTIC	523.947	280.526	-243.421	-46,5%
TOTALE	42.852.570	41.585.926	-1.266.644	-3,0%



Nel 2019 il valore economico dei ricoveri ordinari effettuati dall'Ospedale di Matera è stato pari a 41.585.926 milioni di euro, evidenziando un lieve decremento rispetto al 2018.

Pare opportuno sottolineare come la valorizzazione economica dei ricoveri è attribuita interamente ai reparti che effettuano le dimissioni dei pazienti, senza cioè tener conto degli eventuali transiti in altri reparti. In virtù di tale criterio di imputazione, determinato dalla procedura di elaborazione delle SDO, risulta sottodimensionata la valorizzazione economica dell'attività di alcuni reparti, quali in particolare la Terapia Intensiva-Rianimazione, l'UTIC, la Pneumologia, che sono tipicamente reparti di transito dei pazienti, e conseguentemente sopravvalutata l'attività dei reparti che procedono alle dimissioni degli stessi pazienti.

PRIMI 20 DRG ORDINARI P.O. MATERA - ANNO 2019							
MDC	DRG	Descrizione DRG	Tipo DRG	Peso	Numero Ric. Ord.	% sul totale	% cum
15	391	Neonato normale	M	0,160	777	6%	6%
14	373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	M	0,444	613	5%	11%
5	127	Insufficienza cardiaca e shock	M	1,027	503	4%	15%
4	87	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	M	1,224	456	4%	19%
19	430	Psicosi	M	0,767	325	3%	22%
5	557	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	C	2,243	253	2%	24%
18	576	Setticemia senza ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età > 17 anni	M	1,643	232	2%	26%
14	371	Parto cesareo senza CC	C	0,733	225	2%	28%
1	14	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	M	1,261	209	2%	29%
11	311	Interventi per via transuretrale senza CC	C	0,720	165	1%	31%
13	359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	C	0,978	156	1%	32%
11	316	Insufficienza renale	M	1,150	146	1%	33%
5	125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	M	0,700	145	1%	34%
8	544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	C	2,028	145	1%	35%
5	558	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	C	1,691	134	1%	37%
9	266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	C	0,967	124	1%	38%
23	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	M	0,258	113	1%	38%
4	85	Versamento pleurico con CC	M	1,370	110	1%	39%
6	183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	M	0,557	109	1%	40%
16	395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	M	0,855	107	1%	41%
		ALTRI DRG			7.232	59%	100%
		TOTALE			12.279	100%	

Nel 2019 i primi 3 DRG più frequenti erogati dal P.O. di Matera si riconfermano gli stessi dell'anno precedente, sia pure con un diverso ordine.

Nello specifico, il DRG ordinario più frequente erogato nel 2019 nel P.O. di Matera è stato il DRG 391 "Neonato normale" con 777 casi, l'anno precedente costituiva il terzo DRG per numerosità dei casi; tale DRG costituisce nel 2019 il 6% dell'intera casistica trattata. Al secondo posto vi è il DRG 373 "Parto vaginale senza diagnosi complicanti", che nel 2018 era al primo posto; tale DRG costituisce il 5% del totale dei ricoveri ordinari. Segue il DRG 127 "Insufficienza cardiaca e shock" con 503 casi, pari al 4% della produzione totale; tale DRG nel 2018 era il secondi in ordine di frequenza.

I primi 20 DRG costituiscono circa il 41% del totale dei ricoveri ordinari, in analogia all'anno precedente.

codice mdc	DESCRIZIONE MDC	2018		2019		Δ	
		NR	%	NR	%	NR	%
5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	1.846	14%	1.813	15%	-33	-2%
4	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	1.246	10%	1.248	10%	2	0%
14	Gravidanza, parto e puerperio	1.325	10%	1.165	9%	-160	-12%
6	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	1.092	8%	1.096	9%	4	0%
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	1.017	8%	974	8%	-43	-4%
8	Malattie e disturbi dell'apparato muscoloscheletrico e connettivo	999	8%	908	7%	-91	-9%
1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	767	6%	774	6%	7	1%
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	828	6%	736	6%	-92	-11%
7	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	522	4%	568	5%	46	9%
19	Malattie e disturbi mentali	520	4%	509	4%	-11	-2%
3	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso e della gola	520	4%	423	3%	-97	-19%
18	Malattie infettive e parassitarie (sistematiche)	395	3%	359	3%	-36	-9%
9	Malattie e disturbi della pelle, del sottocutaneo e della mammella	348	3%	343	3%	-5	-1%
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	252	2%	293	2%	41	16%
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	255	2%	242	2%	-13	-5%
23	Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	395	3%	195	2%	-200	-51%
16	Malattie e disturbi del sangue e degli organi ematopoietici e del sistema immunitari	165	1%	174	1%	9	5%
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e tumori poco differenziati	135	1%	136	1%	1	1%
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	138	1%	119	1%	-19	-14%
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	66	1%	83	1%	17	26%
2	Malattie e disturbi dell'occhio	90	1%	55	0%	-35	-39%
20	Uso di alcool o farmaci e disturbi mentali organici indotti da alcool o farmaci	10	0%	15	0%	5	50%
24	Traumi multipli significativi	18	0%	15	0%	-3	-17%
25	Infezioni da HIV.	12	0%	7	0%	-5	-42%
22	Ustioni	2	0%	2	0%	0	0%
	ALTRO	42	0%	27	0%	-15	-36%
	TOTALE	13.005	100%	12.279	100%	-726	-6%

L'analisi dei ricoveri ordinari per MDC, vale a dire per le categorie diagnostiche principali, erogati nel 2019 nel P.O. di Matera evidenzia come al primo posto in ordine di frequenza si confermano le Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (MDC 5) con 1.813 ricoveri, che rappresentano il 15% dell'intera produzione dell'Ospedale di Matera, con un decremento del -2% rispetto al 2018. Al secondo posto vi sono i ricoveri connessi con le Malattie e disturbi dell'Apparato Respiratorio (MDC 4), con 1.248 ricoveri che

rappresentano il 10% dell'intera produzione di ricoveri ordinari dell'Ospedale di Matera, evidenziando una perfetta analogia rispetto al 2018.

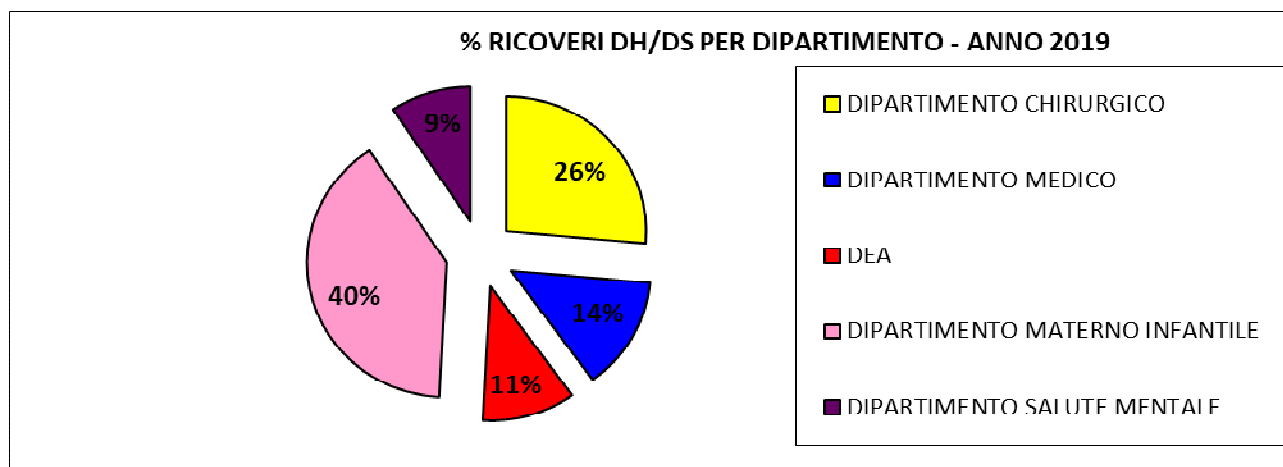
ATTIVITA' DI DAY HOSPITAL/DAY SURGERY P.O. MATERA

NUMERO RICOVERI DAY HOSPITAL/DAY SURGERY	2018	2019	Scostamento	
			assoluto	%
CARDIOLOGIA	165	175	10	6%
CHIRURGIA PLASTICA	90	50	-40	-44%
CHIRURGIA GENERALE	160	128	-31	-19%
EMATOLOGIA	170	165	-4	-2%
GASTROENTEROLOGIA - ENDOSCOPIA DIGEST.	6	7	1	17%
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	45	24	-21	-47%
MEDICINA GENERALE	51	55	4	8%
NEUROLOGIA	8	12	4	50%
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	91	128	37	41%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	129	117	-12	-9%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	592	619	27	5%
OTORINOLARINGOIATRIA	67	71	5	8%
PEDIATRIA-NEONATOLOGIA	52	25	-27	-52%
PSICHIATRIA	10	23	13	130%
UROLOGIA	75	55	-20	-27%
TOTALE	1.711	1.654	-54	-3%

Nel 2019 nel P.O. di Matera sono stati effettuati complessivamente 1.654 ricoveri in Day Hospital/Day Surgery, con un decremento di -54 ricoveri rispetto al 2018, pari al -3%.

La massiccia riduzione di DH avvenuta negli precedenti anni ha riguardato tutti i reparti, sia pure con percentuali differenti, e si colloca nell'ambito della strategia aziendale di riqualificazione dell'offerta ospedaliera e di recupero dell'appropriatezza nella scelta del setting assistenziale più idoneo rispetto sia ai bisogni dell'utenza sia alle esigenze di razionalizzazione delle risorse da parte dell'Azienda.

I reparti che fanno registrare il maggior numero di DH sono: l'Ostetricia Ginecologia con 619 ricoveri effettuati nel 2019, in aumento rispetto all'anno precedente, la Cardiologia con 175 DH, in crescita del +6% l'Ematologia e la Chirurgia rispettivamente con 164 e 129 ricoveri e un decremento rispettivamente del -2% e del -24% rispetto al 2018. Segue la Neuropsichiatria Infantile con 128 DH, in aumento del 41% rispetto al 2018 e l'Ortopedia con 117 DH/DS, in diminuzione del -9% rispetto al 2018. Tutti gli altri reparti si sono attestati al di sotto dei 100 ricoveri in DH/DS.



Nel 2019 la maggior parte dei ricoveri in DH/DS è stata effettuata dal Dipartimento Materno Infantile con il 40% del totale, seguito dal Dipartimento Chirurgico con il 26%, dal Dipartimento Medico con il 14% ed infine dal Dipartimento di Salute Mentale con il 9%.

VALORE ECONOMICO RICOVERI DH/DS	2018	2019	Scostamento	
			assoluto	%
CARDIOLOGIA	265.180	246.643	-18.537	-7%
CHIRURGIA PLASTICA	115.576	68.827	-46.749	-40%
CHIRURGIA GENERALE	162.698	139.753	-22.945	-14%
EMATOLOGIA	785.687	924.363	138.676	18%
GASTROENTEROLOGIA - ENDOSCOP. DIGEST.	3.575	3.964	389	11%
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	47.521	37.055	-10.466	-22%
MEDICINA GENERALE	64.776	54.935	-9.841	-15%
NEUROLOGIA	46.582	21.996	-24.586	-53%
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	47.829	64.219	16.390	34%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	184.772	186.563	1.791	1%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	626.552	637.432	10.880	2%
OTORINOLARINGOIATRIA	65.175	74.675	9.500	15%
PEDIATRIA-NEONATOLOGIA	16.383	12.125	-4.258	-26%
PSICHIATRIA	7.038	12.960	5.922	84%
UROLOGIA	72.578	48.727	-23.851	-33%
TOTALE	2.511.922	2.534.237	22.315	1%

La valorizzazione economica dei DH effettuati nell'Ospedale di Matera nel 2019 è stata pari complessivamente a 2.534.237 euro, in lievissimo aumento del +1% rispetto all'anno precedente.

MDC	DRG	Descrizione DRG	Tipo DRG	Peso	Numero DH	% sul totale	% cum
14	381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	C	0,457	198	12%	12%
13	359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	C	0,978	165	10%	22%
19	430	Psicosi	M	0,767	70	4%	26%
5	139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	M	0,522	69	4%	30%
14	380	Aborto senza dilatazione e raschiamento	M	0,389	59	4%	34%
13	369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	M	0,421	52	3%	37%
16	395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	M	0,855	50	3%	40%
6	162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	C	0,745	43	3%	43%
8	538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	C	0,942	36	2%	45%
5	118	Sostituzione di pacemaker cardiaco	C	1,053	36	2%	47%
5	131	Malattie vascolari periferiche senza CC	M	0,599	33	2%	49%
9	266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	C	0,967	33	2%	51%
17	403	Linfoma e leucemia non acuta con CC	M	1,862	31	2%	53%
17	404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	M	1,101	30	2%	55%
23	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	M	0,258	28	2%	57%

MDC	DRG	Descrizione DRG	Tipo DRG	Peso	Numero DH	% sul totale	% cum
19	431	Disturbi mentali dell'infanzia	M	0,487	27	2%	59%
8	225	Interventi sul piede	C	0,883	23	1%	60%
6	158	Interventi su ano e stoma senza CC	C	0,609	22	1%	61%
3	73	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	M	0,610	19	1%	62%
		ALTRI DRG			630	38%	100%
		TOTALE			1.654	100%	

Il DRG in DH più frequente erogato nel 2019 nel P.O. di Matera è stato, come nel 2018, il 381 “Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia” con 198 casi, che costituisce il 12% del totale dei DH effettuati. Al secondo posto c’è il DRG 359 “Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC” con 165 casi, che rappresentano il 10% del totale della casistica DH.

I primi 20 DRG costituiscono il 62% del totale dei DH.

ATTIVITA' CHIRURGICA P.O. MATERA

INTERVENTI CHIRURGICI												
	Degenza Ordinaria			Day Hospital			Ambulatorio			Totale		
	2018	2019	Δ%	2018	2019	Δ%	2018	2019	Δ%	2018	2019	Δ%
Cardiologia (MT)	1.642	1.830	11%	2	0	-100%	0	0		1.644	1.830	
Chirurgia generale (MT)	861	775	-10%	109	101	-7%	158	115	-27%	1.128	991	-12%
Chirurgia plastica (MT)	294	257	-13%	86	47	-45%	1.330	839	-37%	1.710	1.143	-33%
Chirurgia vascolare (MT)	201	200	0%	4	14	250%	0	0		205	214	
Gastroenterologia (MT)	314	276	-12%	17	5	-71%	164	156	-5%	495	437	-12%
Nefrologia (MT)	86	104	21%	0	0		4	6	50%	90	110	22%
Oculistica (MT)	32	19	-41%	0	0		2.024	2063	2%	2.056	2.082	1%
Ortopedia e traumatologia (MT)	801	686	-14%	113	109	-4%	217	199	-8%	1.131	994	-12%
Ostetricia e ginecologia (MT)	780	700	-10%	572	564	-1%	0	0		1.352	1.264	
Otorinolaringoiatria (MT)	406	349	-14%	29	41	41%	44	34	-23%	479	424	-11%
Pneumologia (MT)	4	3	-25%	0	0		0	0		4	3	
Rianimazione (MT)	317	246	-22%	4	2	-50%	203	207	2%	524	455	-13%
Urologia (MT)	521	462	-11%	45	26	-42%	36	18	-50%	602	506	-16%
Totale	6.259	5.907	-6%	981	909	-7%	4.180	3.637	-13%	11.420	10.453	-8%

Nel 2019 sono stati effettuati 10.455 interventi chirurgici, 971 in meno rispetto all’anno precedente (-9%), di cui il 57% in regime di ricovero ordinario, a fronte del 55% dell’anno precedente, il 9% in regime di day hospital in perfetta analogia rispetto al 2018, ed il rimanente 35% in regime ambulatoriale. Il raffronto con il 2018 evidenzia un decremento di interventi in tutti i setting assistenziali (ricovero ordinario, DS e ambulatoriale).

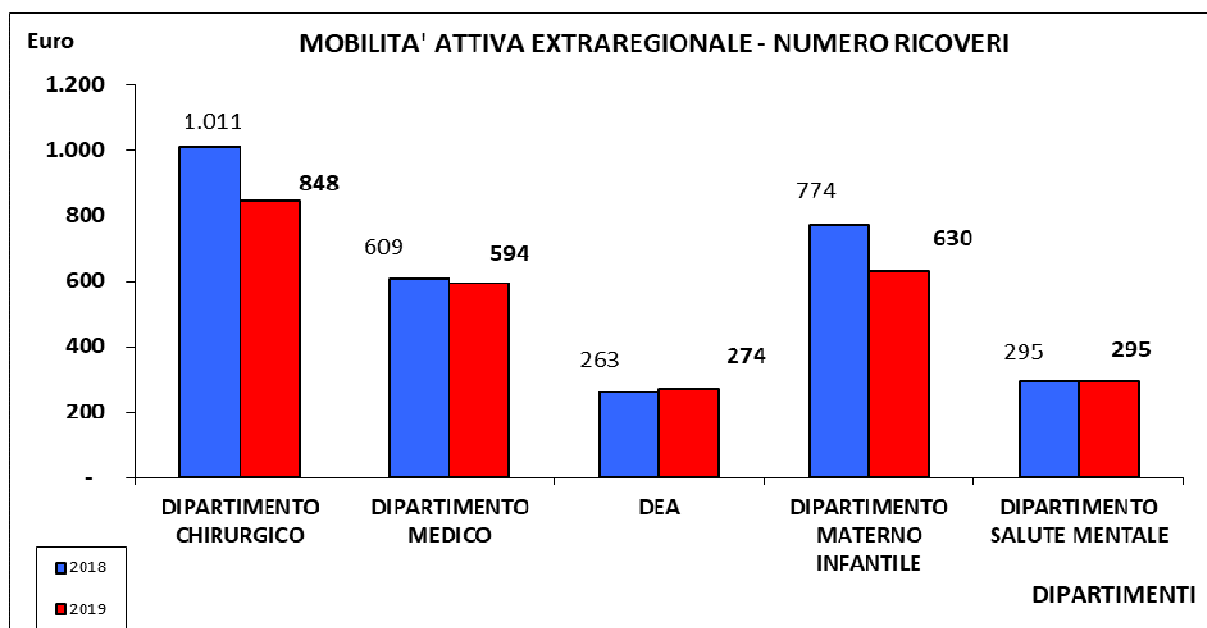
Nello specifico si registra un numero di interventi in regime ordinario, pari a 5.908, con 357 interventi in meno rispetto all’anno precedente; il numero degli interventi in Day Surgery è passato da 981 a 910, 71 in

meno rispetto al 2018, mentre il numero degli interventi ambulatoriali è passato da 4.180 del 2018 a 3.637 nel 2019, con una diminuzione di 507 interventi.

In tali report sono considerati anche gli interventi di emodinamica.

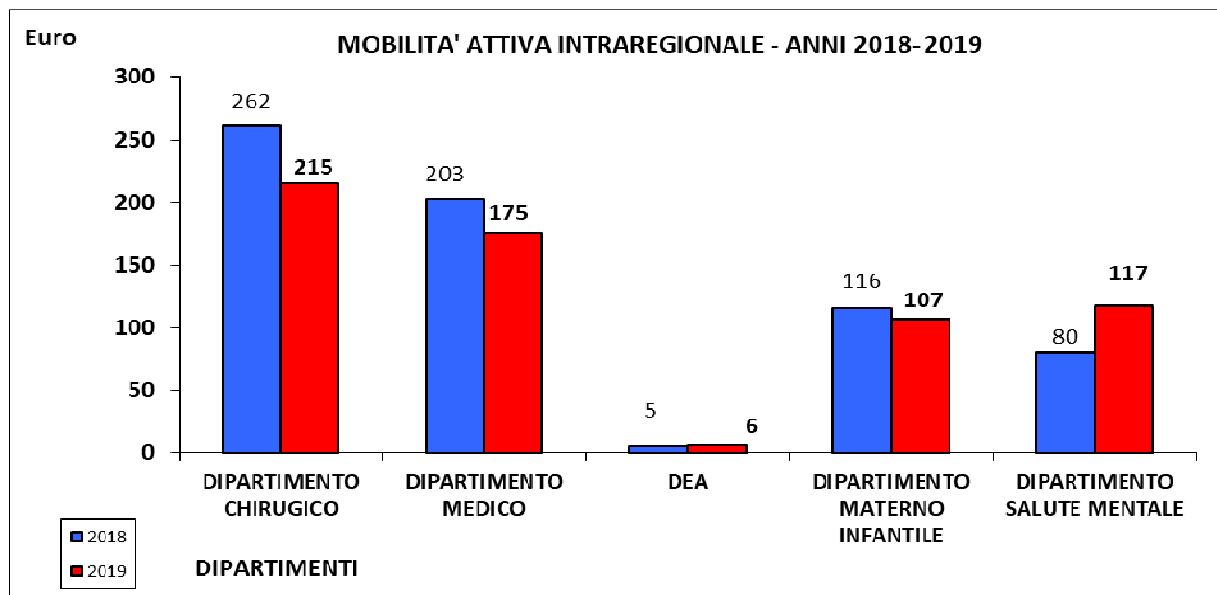
MOBILITA' OSPEDALIERA ATTIVA P.O. MATERA

MOBILITA' OSPEDALIERA ATTIVA EXTRAREGIONALE - NUMERO RICOVERI	2018	2019	Scostamento	
			assoluto	%
CARDIOLOGIA E UTIC	231	234	3	1%
CHIRURGIA PLASTICA	143	110	-33	-23%
CHIRURGIA GENERALE	268	242	-26	-10%
EMATOLOGIA	54	59	5	9%
GERIATRIA	81	90	9	11%
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	137	103	-34	-25%
MEDICINA GENERALE	167	168	1	1%
NEFROLOGIA E CRT	25	27	2	8%
NEUROLOGIA	57	52	-5	-9%
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	274	279	5	2%
OCULISTICA	5	5	0	0%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	231	193	-38	-16%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	521	488	-33	-6%
OTORINOLARINGOIATRIA	218	178	-40	-18%
PEDIATRIA-NEONATOLOGIA	253	142	-111	-44%
PNEUMOLOGIA	88	95	7	8%
PSICHIATRIA	21	16	-5	-24%
TERAPIA INTENS-RIANIMAZIONE	14	15	1	7%
U.O. SUBINTENSIVA GENERALE	18	25	7	39%
UROLOGIA	146	120	-26	-18%
TOTALE	2.952	2.641	-311	-11%



Il numero dei ricoveri erogati ad utenti provenienti da fuori Regione nel 2019 è stato pari a 2.641, evidenziando rispetto all'anno precedente, un decremento pari al -11%.

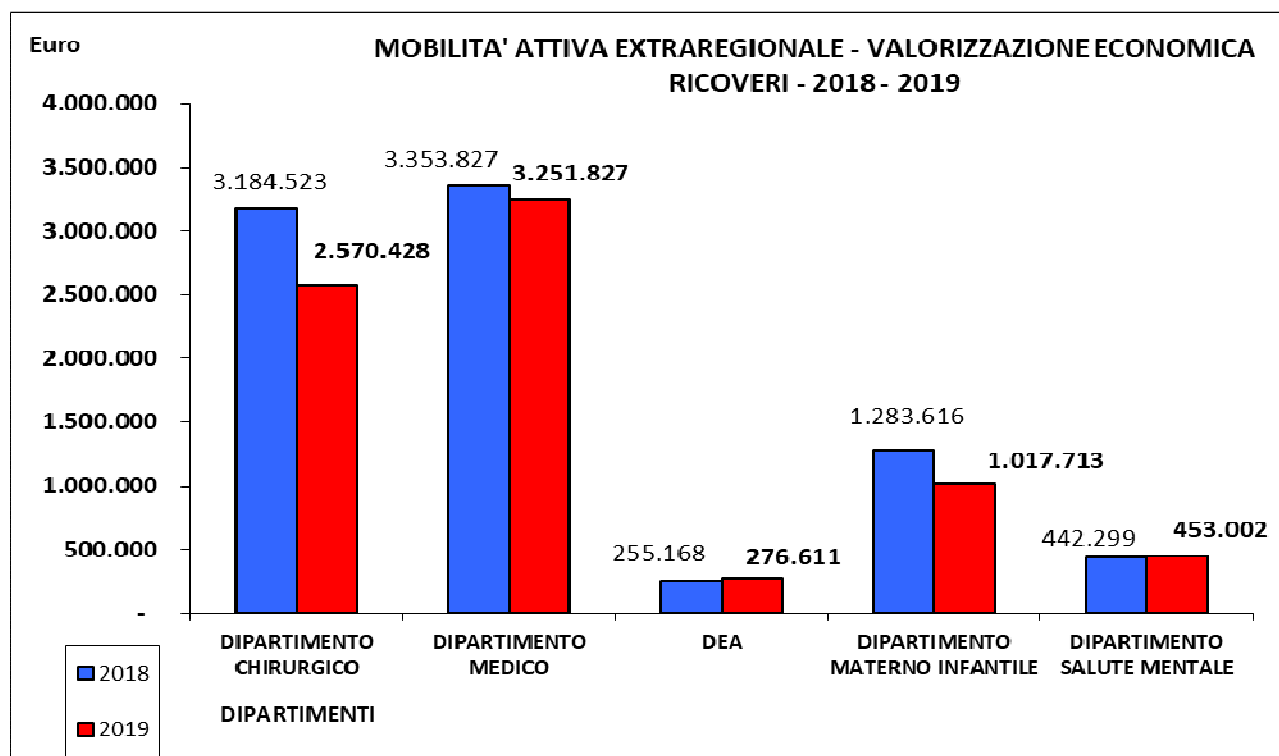
MOBILITA' OSPEDALIERA ATTIVA INTRAREGIONALE - NUMERO RICOVERI	2018	2019	Scostamento	
			assoluto	%
CARDIOLOGIA E UTIC	47	38	-9	-19%
CHIRURGIA PLASTICA	16	13	-3	-19%
CHIRURGIA GENERALE	125	87	-38	-30%
EMATOLOGIA	15	11	-4	-27%
GERIATRIA	16	12	-4	-25%
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	26	18	-8	-31%
MEDICINA GENERALE	27	32	5	19%
NEFROLOGIA E CRT	43	40	-3	-7%
NEUROLOGIA	19	15	-4	-21%
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	76	111	35	46%
GASTROENETROLOGIA	1		-1	-100%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	34	30	-4	-12%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	86	85	-1	-1%
OTORINOLARINGOIATRIA	47	39	-8	-17%
PEDIATRIA-NEONATOLOGIA	30	22	-8	-27%
PNEUMOLOGIA	10	9	-1	-10%
PSICHIATRIA	4	6	2	50%
TERAPIA INTENS-RIANIMAZIONE	4	2	-2	-50%
U.O. SUBINTENSIVA GENERALE	1	4	3	0%
UROLOGIA	39	46	7	18%
TOTALE	666	620	-46	-7%



Il numero dei ricoveri erogati ad utenti provenienti dall'ASP (mobilità intraregionale attiva) nel 2019 è stato pari a 620, evidenziando rispetto all'anno precedente, un decremento pari a -7%.

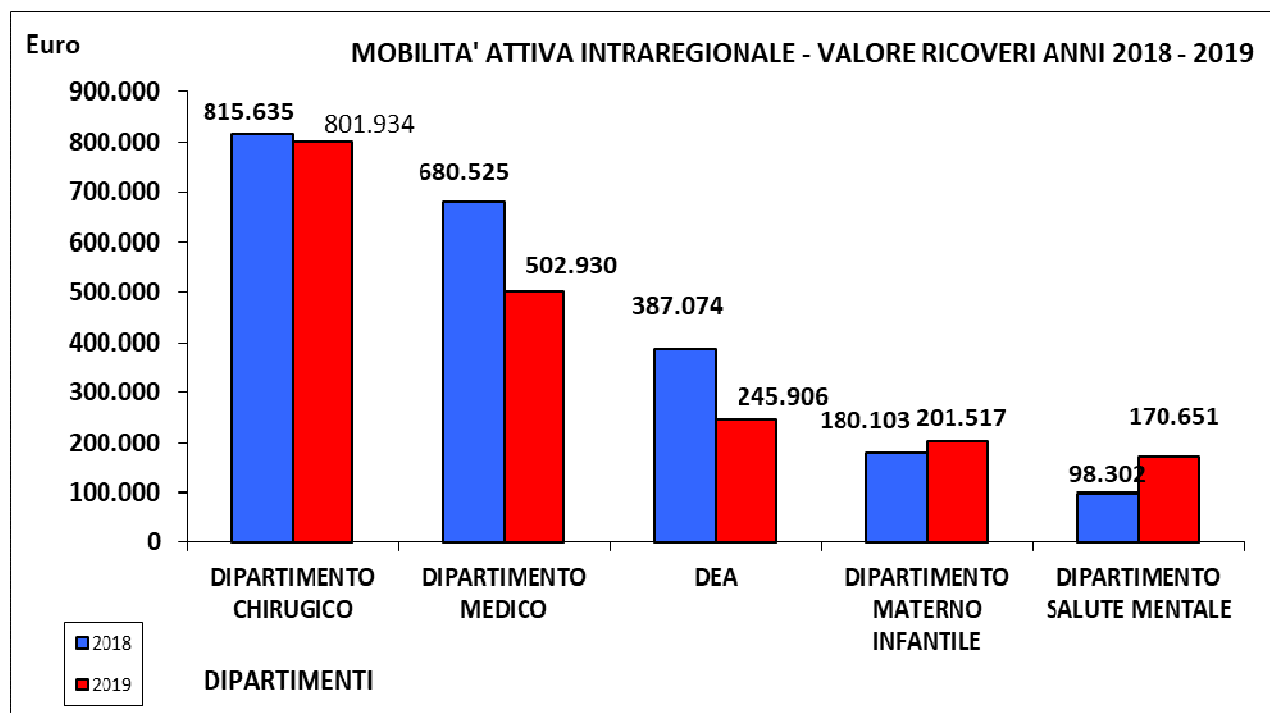
MOBILITA' OSPEDALIERA ATTIVA EXTRAREGIONALE - VALORE RICOVERI	2018	2019	Scostamento	
			assoluto	%
CARDIOLOGIA E UTIC	1.118.101	1.091.667	-26.434	-2%
CHIRURGIA PLASTICA	329.560	243.157	-86.403	-26%
CHIRURGIA GENERALE	938.397	999.689	61.292	7%
EMATOLOGIA	352.110	385.362	33.252	9%
GERIATRIA	232.556	262.273	29.717	13%
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	516.286	374.822	-141.464	-27%
MEDICINA GENERALE	493.544	509.703	16.159	3%
NEFROLOGIA E CRT	109.435	100.394	-9.041	-8%
NEUROLOGIA	163.139	131.150	-31.989	-20%
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	407.620	429.896	22.276	5%
OCULISTICA	4.259	9.794	5.535	130%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.070.577	721.599	-348.978	-33%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	798.413	744.717	-53.696	-7%
OTORINOLARINGOIATRIA	397.216	225.201	-172.015	-43%
PEDIATRIA-NEONATOLOGIA	485.203	272.996	-212.207	-44%
PNEUMOLOGIA	368.657	396.456	27.799	8%
PSICHIATRIA	34.679	23.106	-11.573	-33%
TERAPIA INTENS-RIANIMAZIONE	197.317	178.465	-18.852	-10%
U.O. SUBINTENSIVA GENERALE	57.852	98.146	40.294	70%
UROLOGIA	444.514	370.988	-73.526	-17%
TOTALE	8.519.433	7.569.581	-949.852	-11%

I ricavi relativi alla valorizzazione economica dei ricoveri effettuati a pazienti fuori regione nel 2019 sono stati pari a 7.569.581 euro, evidenziando un decremento di -949.852 euro rispetto al 2018, pari al -11%.



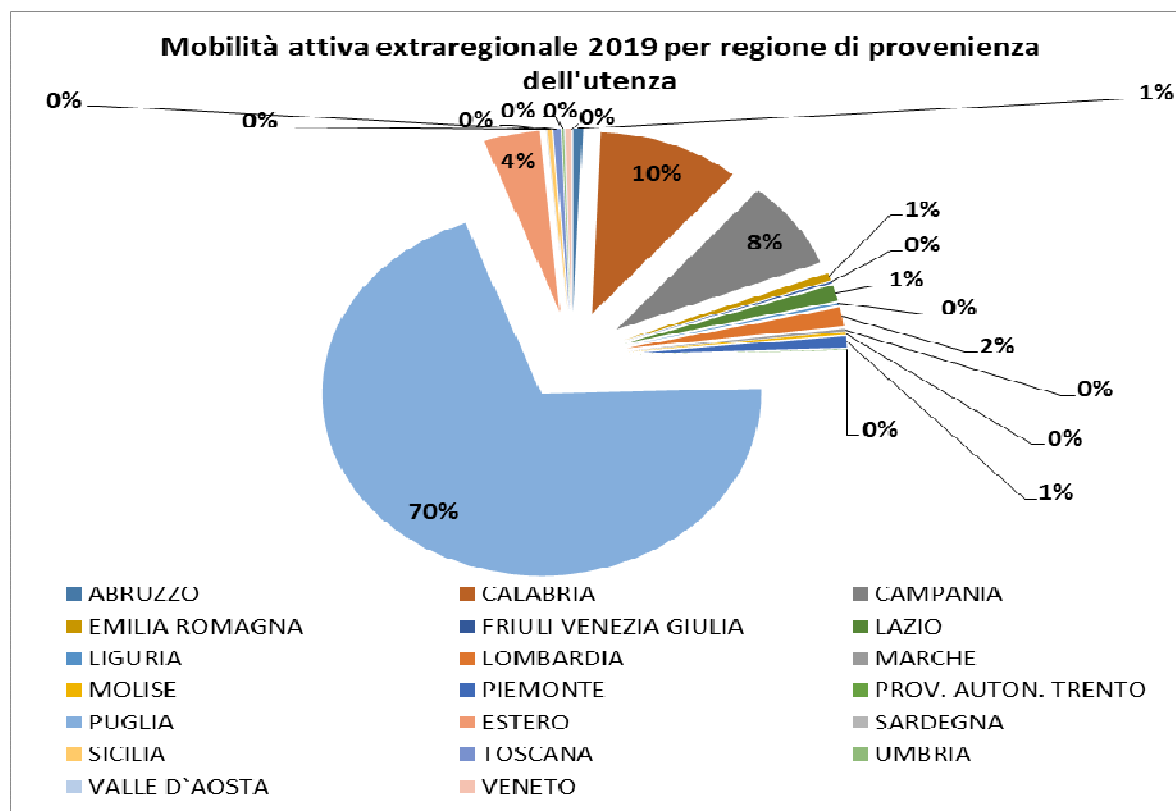
MOBILITA' OSPEDALIERA ATTIVA INTRAREGIONALE - VALORE RICOVERI	2018	2019	Scostamento	
			assoluto	%
CARDIOLOGIA E UTIC	294.919	202.877	-92.042	-31%
CHIRURGIA PLASTICA	35.221	33.084	-2.137	-6%
CHIRURGIA GENERALE	389.331	366.220	-23.111	-6%
EMATOLOGIA	97.879	87.649	-10.230	-10%
GERIATRIA	62.774	32.009	-30.765	-49%
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	102.305	64.087	-38.218	-37%
MEDICINA GENERALE	90.792	101.139	10.347	11%
NEFROLOGIA E CRT	169.545	149.466	-20.079	-12%
NEUROLOGIA	35.771	32.447	-3.324	-9%
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	92.300	152.123	59.823	65%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	164.362	135.832	-28.530	-17%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	126.105	163.286	37.181	29%
OTORINOLARINGOIATRIA	83.172	80.045	-3.127	-4%
PEDIATRIA-NEONATOLOGIA	53.997	38.231	-15.766	-29%
PNEUMOLOGIA	121.458	36.133	-85.325	-70%
PSICHIATRIA	6.002	18.528	12.526	209%
TERAPIA INTENS-RIANIMAZIONE	88.071	31.190	-56.881	-65%
U.O. SUBINTENSIVA GENERALE	4.085	11.839	7.754	190%
UROLOGIA	143.548	186.753	43.205	30%
TOTALE	2.161.638	1.922.938	-238.700	-11%

Il valore economico dei ricoveri in mobilità attiva intraregionale (effettuati a pazienti della provincia di Potenza) nel 2019 è stato pari a € 1.922.938, con un decremento rispetto al 2018 di 238.700 euro, pari al -11%.



INDICE DI ATTRAZIONE	2018	2019	scostamento
CARDIOLOGIA E UTIC	21,2%	20,2%	-5%
CHIRURGIA PLASTICA	42,6%	40,7%	-5%
CHIRURGIA GENERALE	25,4%	24,7%	-3%
EMATOLOGIA	24,7%	27,8%	11%
GERIATRIA	10,5%	10,8%	2%
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	26,5%	22,0%	-21%
MEDICINA GENERALE	15,1%	16,0%	6%
NEFROLOGIA E CRT	24,2%	27,8%	13%
NEUROLOGIA	15,3%	13,5%	-14%
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	85,6%	78,8%	-9%
OCULISTICA	10,2%	21,7%	53%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	25,0%	23,2%	-8%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	27,6%	27,0%	-2%
OTORINOLARINGOIATRIA	45,1%	44,1%	-2%
PEDIATRIA-NEONATOLOGIA	18,9%	12,0%	-58%
PNEUMOLOGIA	17,6%	17,9%	2%
PSICHIATRIA	14,0%	13,2%	-7%
TERAPIA INTENS-RIANIMAZIONE	15,1%	13,9%	-9%
U.O. SUBINTENSIVA GENERALE	9,9%	15,0%	34%
UROLOGIA	24,9%	25,9%	4%
TOTALE	24,6%	23,5%	-5%

Nel 2019 l'indice di attrazione ospedaliera complessiva dell'Ospedale Madonna delle Grazie, che tiene conto sia dell'attrazione extraregionale che di quella intraregionale, è stato pari al 23,5%, in calo del -5% rispetto al 2018. In altre parole fatto pari a 100 il totale dei ricoveri erogati dall'ASM nel 2019, 23 di essi è stata effettuata su pazienti provenienti da comuni situati al di fuori della provincia di Matera, sia in Basilicata (mobilità intraregionale attiva) che soprattutto nelle altre Regioni Italiane (mobilità extraregionale attiva).



REGIONI DI PROVENIENZA DELL'UTENZA	NUMERO RICOVERI			VALORE RICOVERI		
	2018	2019	Δ %	2018	2019	Δ %
ABRUZZO	6	18	200%	9.806	37.623	284%
CALABRIA	280	276	-1%	890.261	869.029	-2%
CAMPANIA	173	207	20%	454.222	499.624	10%
EMILIA ROMAGNA	12	18	50%	31.841	30.859	-3%
FRIULI VENEZIA GIULIA	2	4	100%	10.407	10.680	3%
LAZIO	29	37	28%	75.654	114.808	52%
LIGURIA	5	5	0%	4.234	16.150	281%
LOMBARDIA	46	44	-4%	144.389	127.756	-12%
MARCHE	2	6	200%	6.787	12.635	86%
MOLISE	2	6	200%	4.472	17.684	295%
PIEMONTE	18	26	44%	75.258	83.009	10%
PROV. AUTON. TRENTO		1			763	
PUGLIA	2.217	1.845	-17%	6.328.151	5.358.492	-15%
ESTERO	128	108	-16%	400.317	279.018	-30%
SARDEGNA		1			662	
SICILIA	10	9	-10%	26.458	34.417	30%
TOSCANA	12	13	8%	16.701	39.009	134%
UMBRIA	2	4	100%	4.122	15.071	266%
VALLE D'AOSTA		1			246	
VENETO	8	12	50%	36.353	22.046	-39%
Totale complessivo	2.952	2.641	-11%	8.519.433	7.569.581	-11%

La Regione da cui proviene la maggior parte della mobilità ospedaliera attiva extaregionale dell'Ospedale di Matera è la Puglia, che costituisce il 70% del totale, seguita dalla Calabria che rappresenta il 10% del totale, la Campania che rappresenta il 8%, gli Stati esteri che rappresentano il 4% dei casi.

ATTIVITA' SPECIALISTICA AMBULATORIALE P.O. MATERA

SPECIALISTICA AMBULATORIALE PRESIDIO OSPEDALIERO MATERA				
NUMERO PRESTAZIONI				
SERVIZIO	2018	2019	SCOSTAMENTO	
Anatomia Patologica	7.713	8.020	307	4%
Anestesia e Rianimazione	1.723	1.925	202	12%
Attività Distrettuali	10.665	9.402	-1.263	-12%
Cardiologia - Angiologia	902	724	-178	-20%
Cardiologia - Scompenso cardiaco	5	0	-5	-100%
Cardiologia Medica	15.828	13.010	-2.818	-18%
Centro Diabetologico	7.331	7.525	194	3%
Centro Riferimento Trapianti	2.671	2.246	-425	-16%
Centro Trasfusionale	22.995	25.628	2.633	11%
Chirurgia	6.297	1.891	-4.406	-70%
Chirurgia Plastica	11.541	15.982	4.441	38%
Chirurgia Vascolare	3.354	2.902	-452	-13%
Ematologia	5.076	5.306	230	5%
Endocrinologia	4.381	4.389	8	0%

SERVIZIO	2018	2019	SCOSTAMENTO	
Endoscopia Digestiva	4.211	4.507	296	7%
Fisioterapia	16.946	18.929	1.983	12%
Genetica (Laboratorio)	11.663	11.154	-509	-4%
Geriatria	1.493	1.468	-25	-2%
Geriatria territoriale	218	241	23	11%
Ginecologia	6.597	7.258	661	10%
Laboratorio di Analisi	306.718	311.189	4.471	1%
Malattie Infettive	1.453	1.092	-361	-25%
Medicina	3.506	3.441	-65	-2%
Medicina Nucleare	5.062	3.063	-1.999	-39%
Nefrologia	41.241	41.138	-103	0%
Neurologia	11.768	12.456	688	6%
Neuropsichiatria Infantile	3.545	4.224	679	19%
Nutrizione clinica e dietetica	4.375	4.005	-370	-8%
Oculistica	11.907	12.035	128	1%
Oncologia	10.003	8.931	-1.072	-11%
Ortopedia	10.570	10.219	-351	-3%
Otorinolaringoiatria	6.611	7.605	994	15%
Pediatria	3.223	2.657	-566	-18%
Pneumologia	9.642	10.798	1.156	12%
Pronto Soccorso	0	272	272	0%
Psichiatria	2.783	4.917	2.134	77%
Psicologia	0	972	972	0%
Radiologia	22.075	25.135	3.060	14%
Reumatologia	4.782	4.780	-2	0%
Risonanza Magnetica	4.612	4.497	-115	-2%
Senologia	10.268	8.921	-1.347	-13%
Servizio D.C.A.	295	440	145	49%
Urologia	8.588	7.839	-749	-9%
Totale complessivo	597.707	633.133	35.426	6%

Le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate nel 2019 dai servizi del P.O. di Matera sono state complessivamente 633.133, evidenziando un incremento del +6% rispetto all'anno precedente. Tale incremento ha riguardato, sia pure con percentuali differenti, oltre la metà dei servizi ospedalieri.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE PRESIDIO OSPEDALIERO MATERA				
VALORE PRESTAZIONI €				
SERVIZIO	2018	2019	SCOSTAMENTO	
Anatomia Patologica	326.940	345.848	18.908	6%
Anestesia e Rianimazione	146.310	120.762	-25.548	-17%
Attività Distrettuali	27.520	24.257	-3.263	-12%
Cardiologia - Angiologia	37.386	29.934	-7.452	-20%
Cardiologia - Scompenso cardiaco	189	0	-189	-100%
Cardiologia Medica	372.739	307.310	-65.429	-18%

SERVIZIO	2018	2019	SCOSTAMENTO	
Centro Diabetologico	103.243	106.605	3.362	3%
Centro Riferimento Trapianti	33.002	55.753	22.751	69%
Centro Trasfusionale	319.516	352.613	33.097	10%
Chirurgia	57.447	26.463	-30.984	-54%
Chirurgia Plastica	155.725	181.482	25.757	17%
Chirurgia Vascolare	82.119	69.368	-12.751	-16%
Ematologia	66.767	70.631	3.864	6%
Endocrinologia	93.590	94.359	769	1%
Endoscopia Digestiva	298.235	329.088	30.853	10%
Fisioterapia	157.640	175.417	17.777	11%
Genetica	899.587	857.674	-41.913	-5%
Geriatria	66.029	64.929	-1.100	-2%
Geriatria territoriale	4.310	5.291	981	23%
Ginecologia	134.653	173.265	38.612	29%
Laboratorio di Analisi	1.918.238	1.994.305	76.067	4%
Malattie Infettive	31.745	25.276	-6.469	-20%
Medicina	100.745	99.640	-1.105	-1%
Medicina Nucleare	1.179.313	629.960	-549.353	-47%
Nefrologia	2.284.168	2.165.541	-118.627	-5%
Neurologia	159.830	170.615	10.785	7%
Neuropsichiatria Infantile	60.710	71.648	10.938	18%
Nutrizione clinica e dietetica	63.761	57.627	-6.134	-10%
Oculistica	1.445.916	1.495.044	49.128	3%
Oncologia	124.947	108.452	-16.495	-13%
Ortopedia	284.622	270.541	-14.081	-5%
Otorinolaringoiatria	105.652	124.801	19.149	18%
Pediatria	44.092	37.242	-6.850	-16%
Pneumologia	233.186	259.883	26.697	11%
Pronto Soccorso	0	6.610	6.610	0%
Psichiatria	39.319	68.415	29.096	74%
Psicologia	0	17.806	17.806	0%
Radiologia	1.166.499	1.231.452	64.953	6%
Reumatologia	80.253	83.140	2.887	4%
Risonanza Magnetica	831.223	795.351	-35.872	-4%
Senologia	322.337	310.516	-11.821	-4%
Servizio D.C.A.	6.038	8.292	2.254	37%
Urologia	209.980	183.628	-26.352	-13%
Totale complessivo	14.036.199	13.606.834	-429.365	-3%

Il valore economico delle prestazioni specialistiche erogate dai servizi dell'Ospedale di Matera nel 2019 è stato pari a 13.606.834 euro, con un decremento, pari a -3% rispetto all'anno precedente.

2.4.1.2 PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLICORO

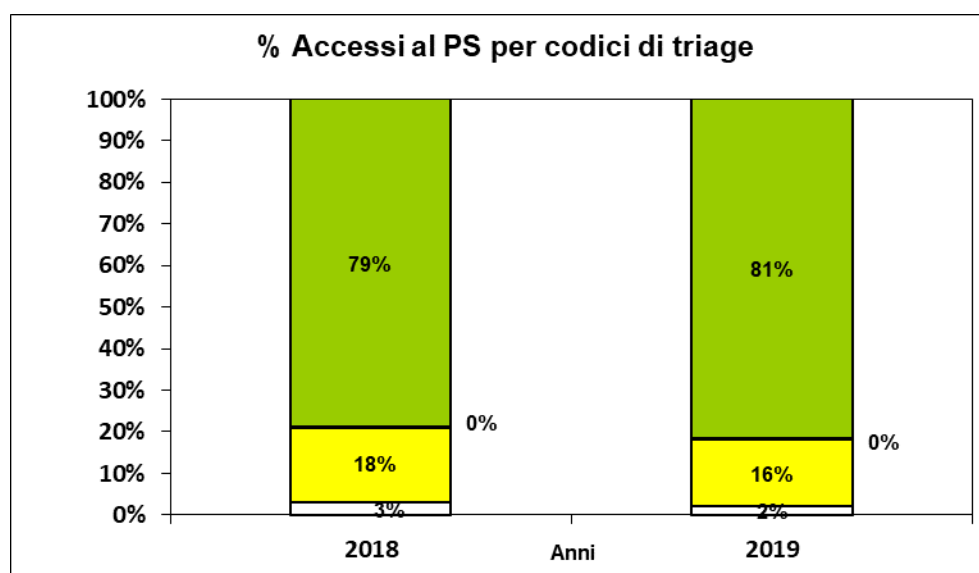
Il Presidio Ospedaliero di Policoro, quale articolazione dell'Ospedale per Acuti dell'ASM, è Ospedale per Acuti sede di Pronto Soccorso Attivo.

ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO P.O. POLICORO

Accessi in Pronto Soccorso

Accessi PS P.O. Policoro	2018	2019	Scostamento	
			assoluto	%
Bianco	869	625	-244	-28%
Giallo	5.362	4.836	-526	-10%
Rosso	93	126	33	35%
Verde	23.403	24.595	1192	5%
Totale accessi PS	29.727	30.182	455	2%

Nel 2019 sono stati registrati complessivamente 30.182 accessi nel P.O. di Policoro, sostanzialmente in aumento rispetto l'anno precedente. Dai dati riportati si rileva che nel 2019 hanno avuto accesso mediamente 83 pazienti al giorno, in linea con l'anno precedente.



Accessi PS seguiti da ricovero	2018	2019	Scostamento	
			assoluto	%
Totale accessi PS seguiti da ricovero	4.006	4.172	166	4%
Indicatori di performance PS	2018	2019	Scostamento	
% accessi PS seguiti da ricovero / totale accessi al PS	13,5%	13,8%	3%	

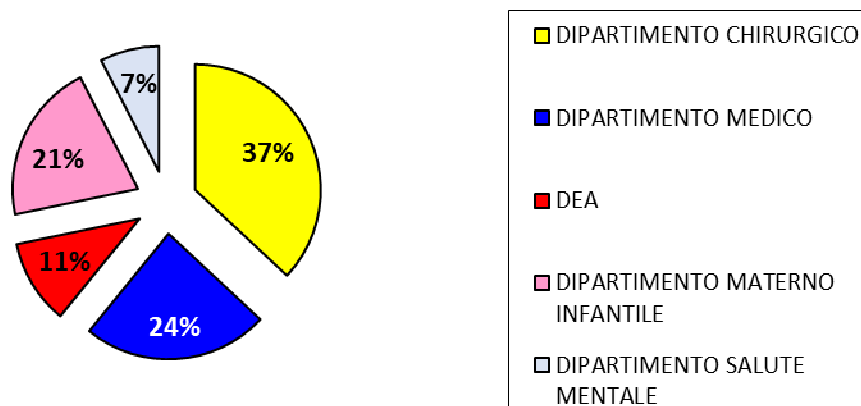
ATTIVITA' DI DEGENZA P.O. POLICORO

RICOVERI ORDINARI

DOTAZIONE POSTI LETTO ORDINARI	2018	2019	Scostamento	
			assoluto	%
CARDIOLOGIA	2	2	0	0%
CHIRURGIA GENERALE	18	18	0	0%
MEDICINA GENERALE	22	22	0	0%
ORTOPEDIA	14	14	0	0%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	12	12	0	0%
OTORINOLARINGOIATRIA	2	2	0	0%
PEDIATRIA	7	7	0	0%
PSICHIATRIA	7	7	0	0%
TERAPIA INTENSIVA	4	4	0	0%
UTIC	4	4	0	0%
TOTALE	92	92	0	0%

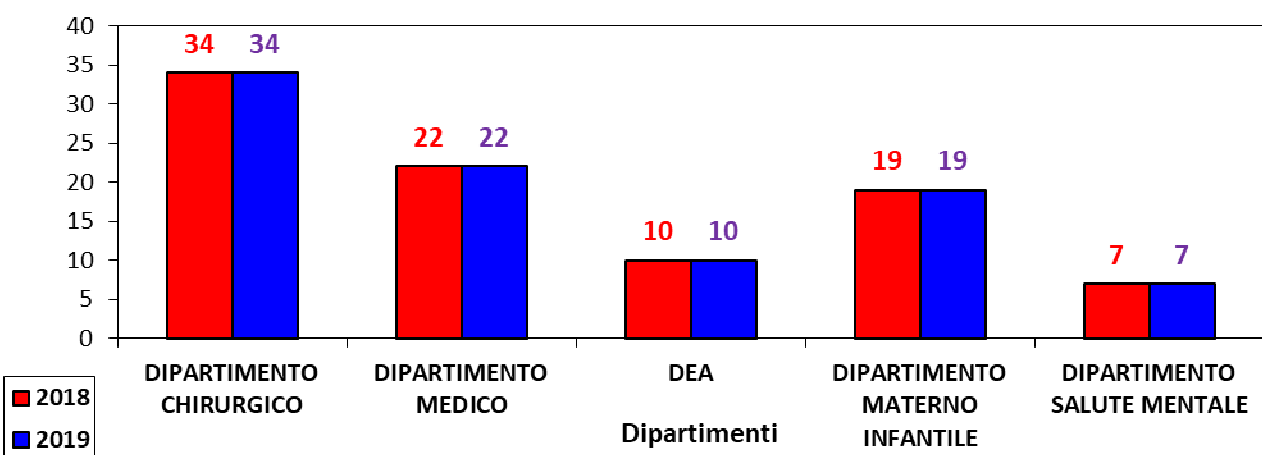
I posti letto ordinari effettivi dei vari reparti del P.O. di Policoro, nel 2019, pari complessivamente a 92, non hanno subito variazioni rispetto all'anno precedente.

Dotazione posti letto ordinari per Dipartimento - Anno 2019



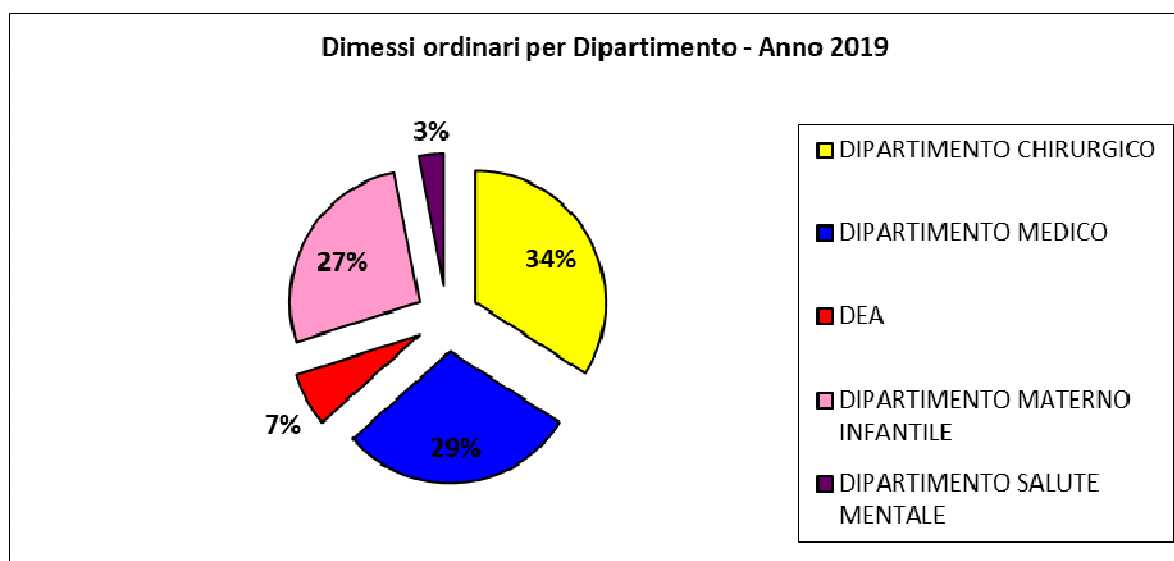
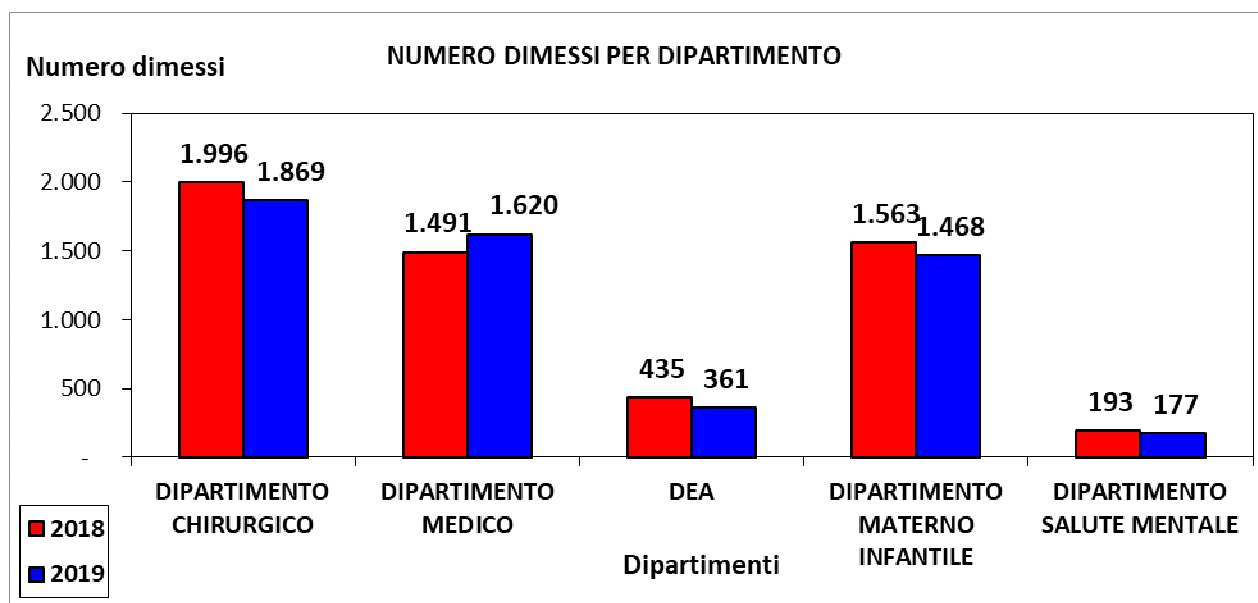
Numero posti letto

DOTAZIONE POSTI LETTO PER DIPARTIMENTO



DIMESSI ORDINARI	2018	2019	Scostamento	
			assoluto	%
CARDIOLOGIA	129	83	-46	-36%
CHIRURGIA GENERALE	1.171	1.074	-97	-8%
MEDICINA GENERALE	1.491	1.620	129	9%
ORTOPEDIA	575	548	-27	-5%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	727	676	-51	-7%
OTORINOLARINGOIATRIA	250	247	-3	-1%
PEDIATRIA	836	792	-44	-5%
PSICHIATRIA	193	177	-16	-8%
TERAPIA INTENSIVA	84	75	-9	-11%
UTIC	222	203	-19	-9%
TOTALE	5.678	5.495	-183	-3%

Nel 2019 i ricoveri ordinari effettuati nel P.O. di Policoro sono stati 5.495, facendo registrare un decremento rispetto al 2018 di -183 ricoveri, pari al -3%.

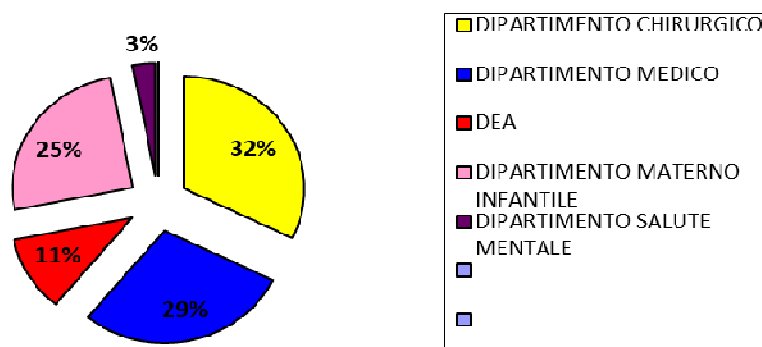


PAZIENTI TRANSITATI	2018	2019	Scostamento	
			assoluto	%
CARDIOLOGIA	140	91	-49	-35%
CHIRURGIA GENERALE	1.197	1.086	-111	-9%
MEDICINA GENERALE	1.552	1.683	131	8%
ORTOPEDIA	577	561	-16	-3%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	730	677	-53	-7%
OTORINOLARINGOIATRIA	252	247	-5	-2%
PEDIATRIA	838	797	-41	-5%
PSICHIATRIA	194	178	-16	-8%
TERAPIA INTENSIVA	244	170	-74	-30%
UTIC	383	378	-5	-1%
TOTALE	6.107	5.868	-239	-4%

La rilevazione dei pazienti transitati da ogni reparto è fondamentale per la valutazione dei livelli di performance relativa a ciascuno di essi, in quanto consente di misurare gli indicatori di attività effettivamente conseguiti con una accuratezza e una precisione maggiori rispetto agli stessi parametri calcolati sul numero dei dimessi.

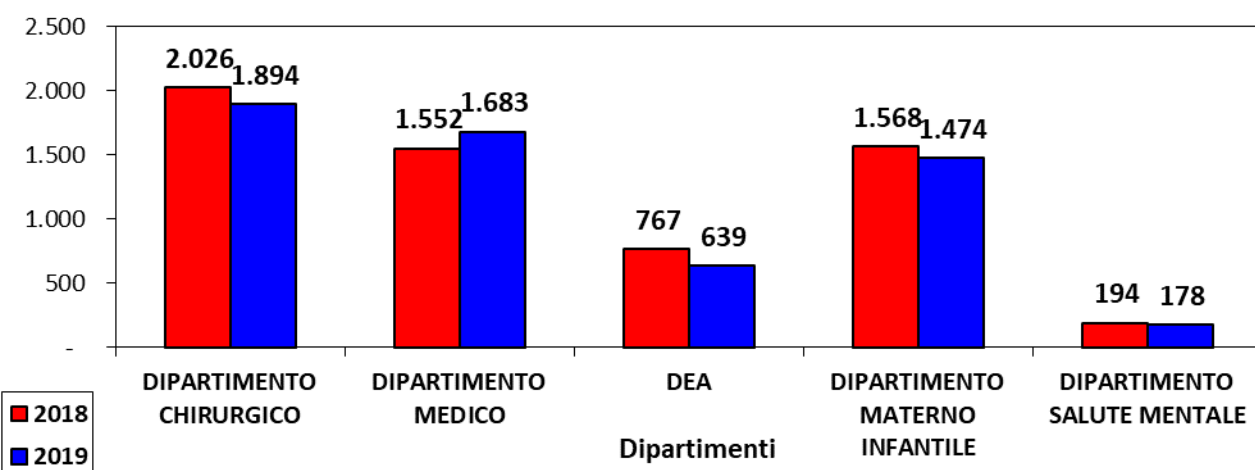
Il trend del numero dei pazienti transitati nel 2019 evidenzia un lieve decremento del -4% rispetto al 2018. I transiti nel 2019 nel P.O. di Policoro sono stati 5.868.

Pazienti transitati per Dipartimento - Anno 2019



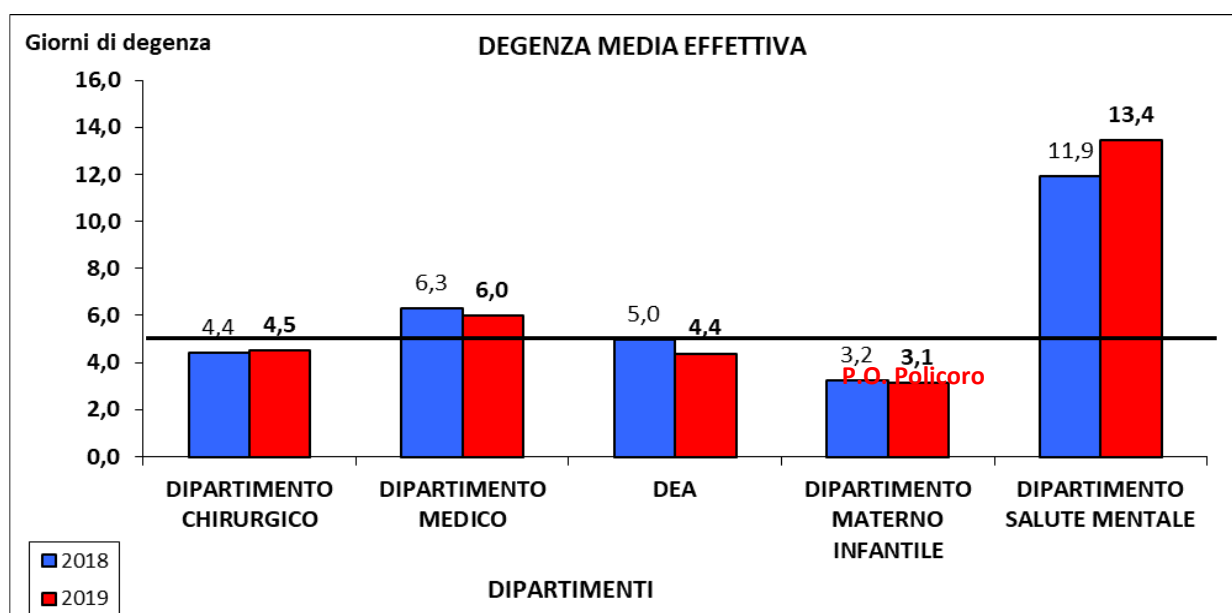
Numero transitati

NUMERO PAZIENTI TRANSITATI PER DIPARTIMENTO



DEGENZA MEDIA EFFETTIVA	2018	2019	Scostamento
			%
CARDIOLOGIA	3,0	2,3	-23%
CHIRURGIA GENERALE	4,3	4,3	0%
DH TRASFUSIONALE	0,0	0,0	0%
MEDICINA GENERALE	6,3	6,0	-5%
ORTOPEDIA	6,0	6,4	6%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3,0	2,9	-2%
OTORINOLARINGOIATRIA	1,3	1,4	3%
PEDIATRIA	3,5	3,3	-4%
PSICHIATRIA	11,9	13,4	13%
TERAPIA INTENSIVA	8,7	6,7	-22%
UTIC	3,3	3,8	14%
TOTALE	5,1	5,1	0%

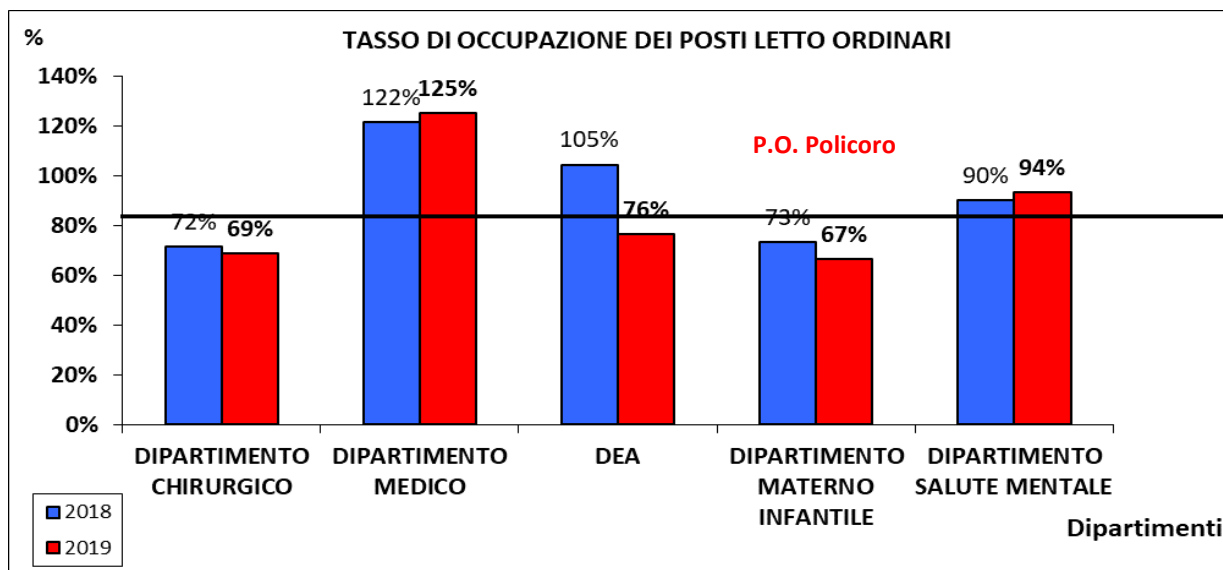
Nel 2019 la degenza media effettiva registrata nel Presidio Ospedaliero di Policoro è pari a 5,1 giorni, perfetta analogia rispetto all'anno precedente.



TASSO DI OCCUPAZIONE POSTI LETTO ORDINARI	2018	2019	Scostamento
			%
CARDIOLOGIA	57,7%	28,9%	-50%
CHIRURGIA GENERALE	77,5%	70,5%	-9%
MEDICINA GENERALE	121,9%	125,3%	3%
ORTOPEDIA	68,0%	70,0%	3%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	49,4%	44,9%	-9%
OTORINOLARINGOIATRIA	45,5%	45,9%	1%
PEDIATRIA	114,3%	104,3%	-9%
PSICHIATRIA	90,4%	93,7%	4%
TERAPIA INTENSIVA	145,2%	78,6%	-46%
UTIC	87,6%	98,2%	12%
TOTALE	85,9%	83,9%	-2%

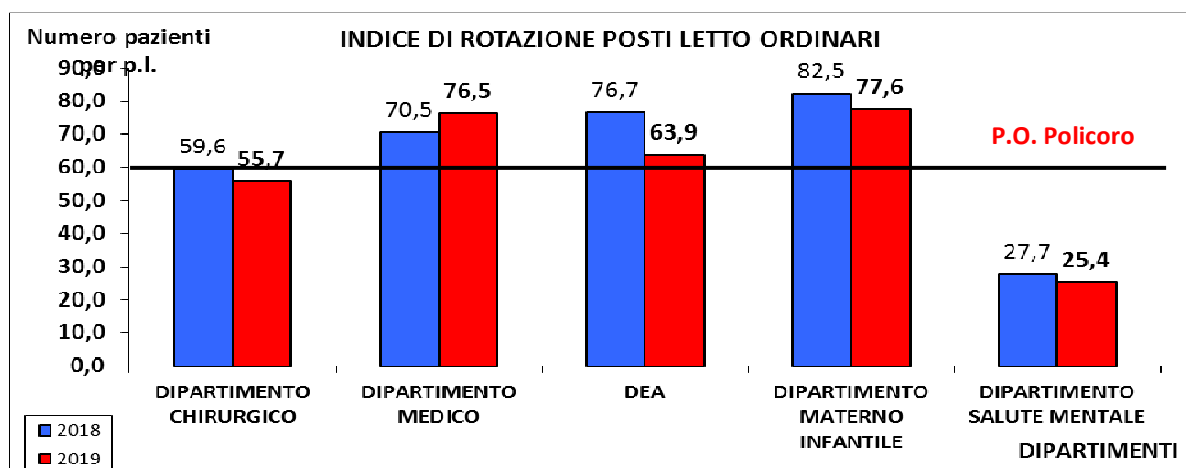
Il tasso di occupazione dei posti letto ordinari considera le giornate di degenza effettivamente coperte rispetto alle giornate di degenza teoricamente possibili, pertanto esprime la capacità di saturazione dei posti letto.

L'analisi del tasso di occupazione dei posti letto ordinari del P.O. di Policoro nel 2019 evidenzia un lieve decremento rispetto all'anno precedente (-2%), collocandosi al di sotto del 90%, che costituisce il target dettato dal D.M. 70/2015.



INDICE DI ROTAZIONE POSTI LETTO ORDINARI	2018	2019	Scostamento
			%
CARDIOLOGIA	70	46	-35%
CHIRURGIA GENERALE	67	60	-9%
DH TRASFUSIONALE	0	0	0%
MEDICINA GENERALE	71	77	8%
ORTOPEDIA	41	40	-3%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	61	56	-7%
OTORINOLARINGOIATRIA	126	124	-2%
PEDIATRIA	120	114	-5%
PSICHIATRIA	28	25	-8%
TERAPIA INTENSIVA	61	43	-30%
UTIC	96	95	-1%
TOTALE	62	60	-3%

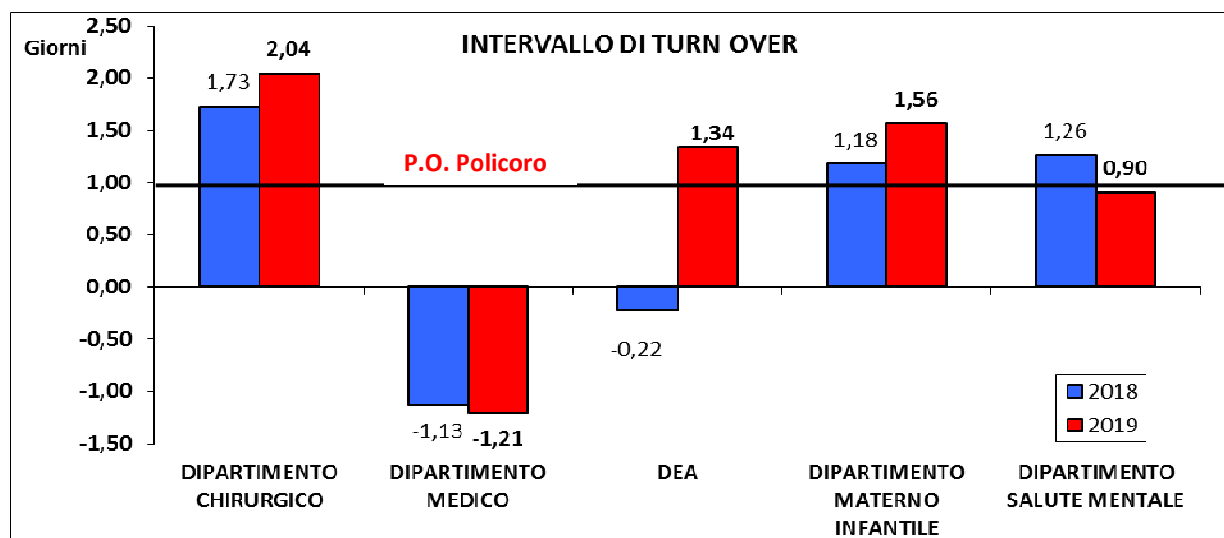
L'indice di rotazione dei posti letto ordinari, che indica il numero di ricoveri effettuati sullo stesso posto letto ovvero il numero medio di pazienti che ruotano sullo stesso letto, nel 2019 per l'Ospedale di Policoro è stato pari a 60, in riduzione del -3% rispetto al 2018.



INDICE DI TURN OVER POSTI LETTO ORDINARI	2018	2019	Scostamento
			%
CARDIOLOGIA	2,21	5,70	158%
CHIRURGIA GENERALE	1,23	1,79	45%
DH TRASFUSIONALE	0,00	0,00	0%
MEDICINA GENERALE	-1,13	-1,21	7%
ORTOPEDIA	2,83	2,73	-4%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3,03	3,57	18%
OTORINOLARINGOIATRIA	1,58	1,60	1%
PEDIATRIA	-0,44	-0,14	-68%
PSICHIATRIA	1,26	0,90	-28%
TERAPIA INTENSIVA	-2,70	1,84	-168%
UTIC	0,47	0,07	-85%
TOTALE	0,83	0,98	18%

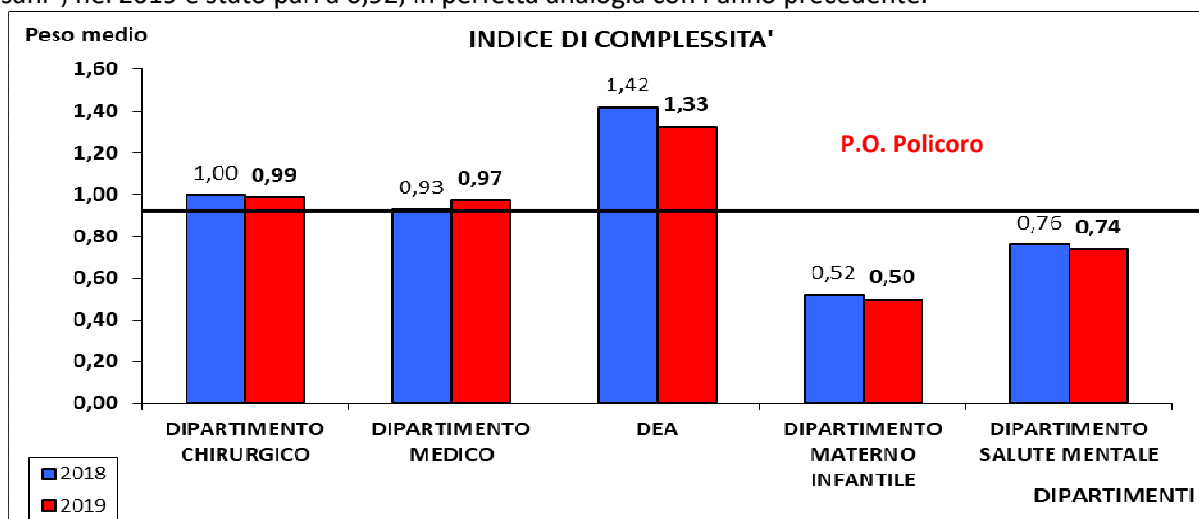
L'indice di turn over, che misura il periodo di tempo (numero di giorni) intercorrente tra la dimissione di un paziente e la successiva ammissione di un nuovo paziente sullo stesso letto, calcolato sui pazienti effettivamente transitati sui posti letto dei singoli reparti, nell'anno 2019 è stato pari per il P.O. di Policoro a 0,98 giorni, evidenziando un incremento del +18% rispetto all'anno precedente.

Il suddetto intervallo non dovrebbe superare i 3 giorni; in tal senso l'Ospedale di Policoro evidenzia una performance di tutto rispetto.



PESO MEDIO RICOVERI ORDINARI	2018	2019	Scostamento
			%
CARDIOLOGIA	1,41	1,42	0,7%
CHIRURGIA GENERALE	0,88	0,84	-4,5%
MEDICINA GENERALE	0,97	1,02	5,2%
ORTOPEDIA	1,32	1,40	0,0%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	0,55	0,54	-1,8%
OTORINOLARINGOAITRIA	0,82	0,77	-6,1%
PEDIATRIA	0,46	0,43	-6,5%
PSICHIATRIA	0,76	0,74	-2,6%
TERAPIA INTENSIVA	2,55	2,00	-21,6%
UTIC	1,00	1,04	4,0%
TOTALE	0,92	0,92	0,0%

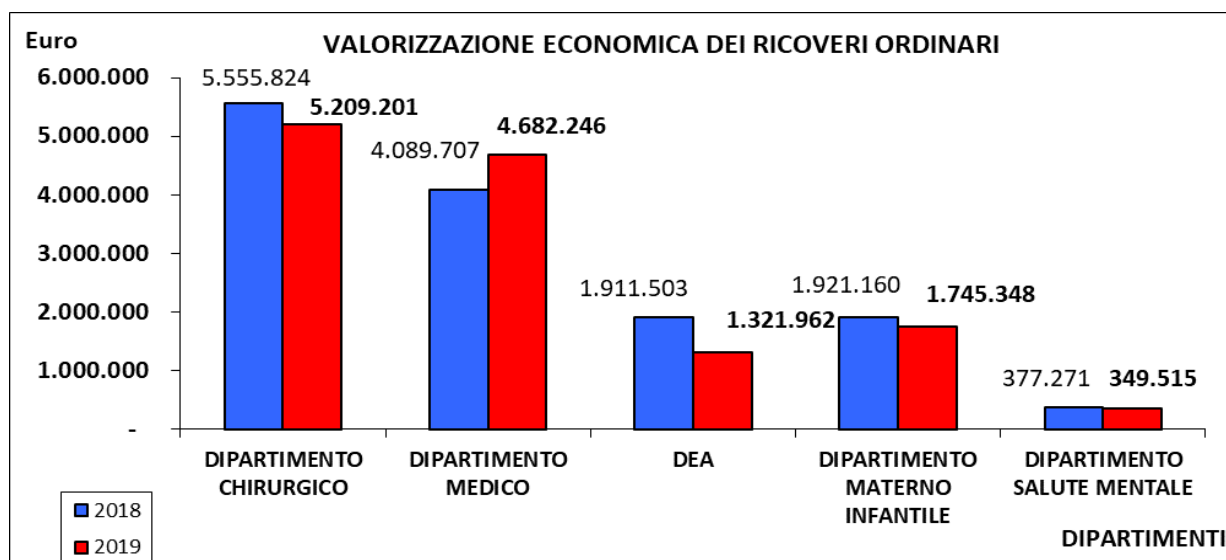
Il peso medio dei ricoveri ordinari del P.O. di Policoro, calcolato escludendo il DRG 391 relativo ai “neonati sani”, nel 2019 è stato pari a 0,92, in perfetta analogia con l’anno precedente.



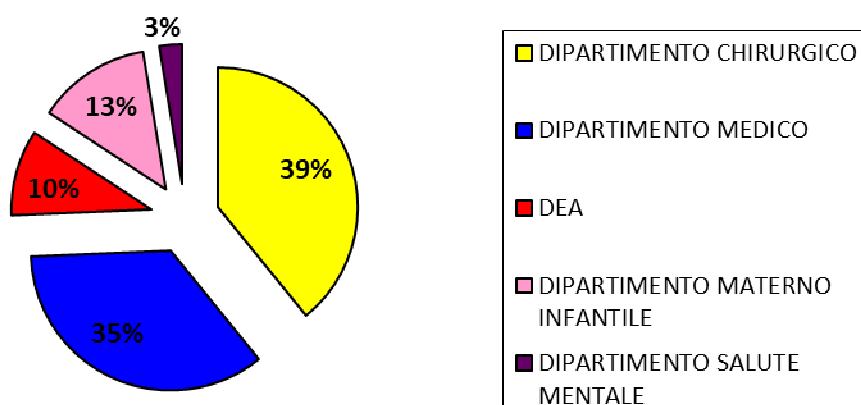
VALORE ECONOMICO RICOVERI ORDINARI	2018	2019	Scostamento	
			assoluto	%
CARDIOLOGIA	521.492	306.450	-215.042	-41,2%
CHIRURGIA GENERALE	2.517.056	2.174.449	-342.607	-13,6%
MEDICINA GENERALE	4.089.707	4.682.246	592.539	14,5%
ORTOPEDIA	2.565.542	2.633.139	67.597	2,6%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.114.413	999.065	-115.348	-10,4%
OTORINOLARINGOIATRIA	473.226	401.613	-71.613	-15,1%
PEDIATRIA	806.747	746.283	-60.464	-7,5%
PSICHIATRIA	377.271	349.515	-27.756	-7,4%
TERAPIA INTENSIVA	783.487	423.337	-360.150	-46,0%
UTIC	606.524	592.175	-14.349	-2,4%
TOTALE	13.855.465	13.308.272	-547.193	-3,9%

Nel 2019 il valore economico dei ricoveri effettuati dall’Ospedale di Policoro è stato poco più di 13 milioni di euro, evidenziando un decremento rispetto all’anno precedente pari al -3,9%.

Pare opportuno sottolineare come la valorizzazione economica dei ricoveri è attribuita interamente ai reparti che effettuano le dimissioni dei pazienti, senza cioè tener conto degli eventuali transiti in altri reparti.



Valorizzazione economica dei ricoveri per Dipartimento - Anno 2019



PRIMI 20 DRG ORDINARI P.O. POLICORO - ANNO 2019

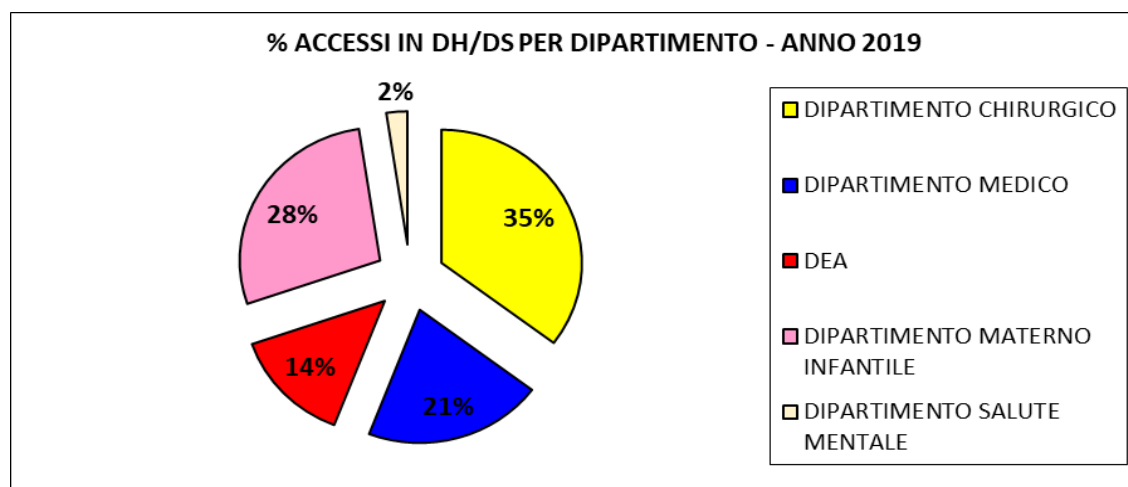
MDC	DRG	Descrizione DRG	Tipo DRG	Peso	Numero Ric. Ord.	% sul totale	% cum
15	391	Neonato normale	M	0,16	418	6%	6%
4	87	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	M	1,22	366	5%	11%
14	373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	M	0,44	293	4%	15%
5	127	Insufficienza cardiaca e shock	M	1,03	245	4%	19%
6	162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	C	0,74	195	3%	22%
14	371	Parto cesareo senza CC	C	0,73	162	2%	24%
16	395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	M	0,86	155	2%	26%
1	524	Ischemia cerebrale transitoria	M	0,77	153	2%	28%
19	430	Psicosi	M	0,77	141	2%	29%
8	211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	C	1,72	118	1%	31%
7	494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	C	0,89	96	1%	32%
8	544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	C	2,03	93	1%	33%
3	55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	C	0,82	78	1%	34%
6	181	Occlusione gastrointestinale senza CC	M	0,56	77	1%	35%
6	160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	C	1,1	71	1%	37%
1	14	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	M	1,26	71	1%	38%
6	184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	M	0,3	66	1%	38%
7	208	Malattie delle vie biliari senza CC	M	0,67	65	1%	39%
3	60	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	C	0,4	62	1%	40%
7	204	Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	M	1,05	55	1%	41%
		ALTRI DRG			2.515	59%	100%
		TOTALE			5.495	100%	

Nel 2019, come nel 2018, il DRG più frequente tra i ricoveri ordinari è il 391 "Neonato normale" con 418 casi che costituiscono il 6% del totale dei ricoveri, in lieve decremento del -7% rispetto all'anno precedente. Al secondo posto per il 2019, diversamente dal 2018, in cui primeggiava il DRG 373 "Parto vaginale senza diagnosi complicanti", si attesta il DRG 87 "Edema polmonare e insufficienza respiratoria", con 366 ricoveri che costituisce il 5% del totale, in sostanziale aumento del 45%.

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

NUMERO RICOVERI DAY HOSPITAL	2018	2019	Scostamento	
			assoluto	%
CARDIOLOGIA	95	86	-9	-9%
CHIRURGIA GENERALE	140	150	10	7%
DH TRASFUSIONALE	100	107	7	7%
MEDICINA GENERALE	11	21	10	91%
ORTOPEDIA	63	65	2	3%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	148	173	25	17%
OTORINOLARINGOIATRIA	3	4	1	33%
PEDIATRIA	0	0	0	0%
PSICHIATRIA	35	15	-20	-57%
UTIC	0	0	0	0%
TOTALE	595	621	26	4%

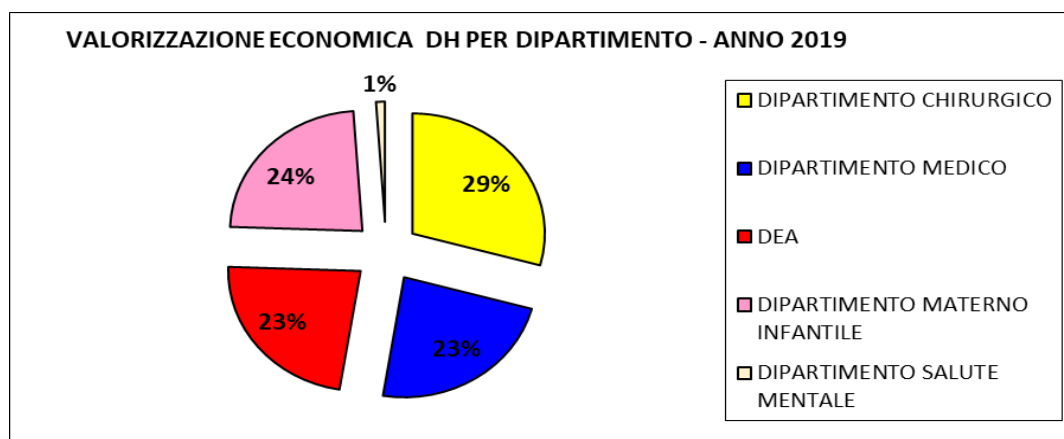
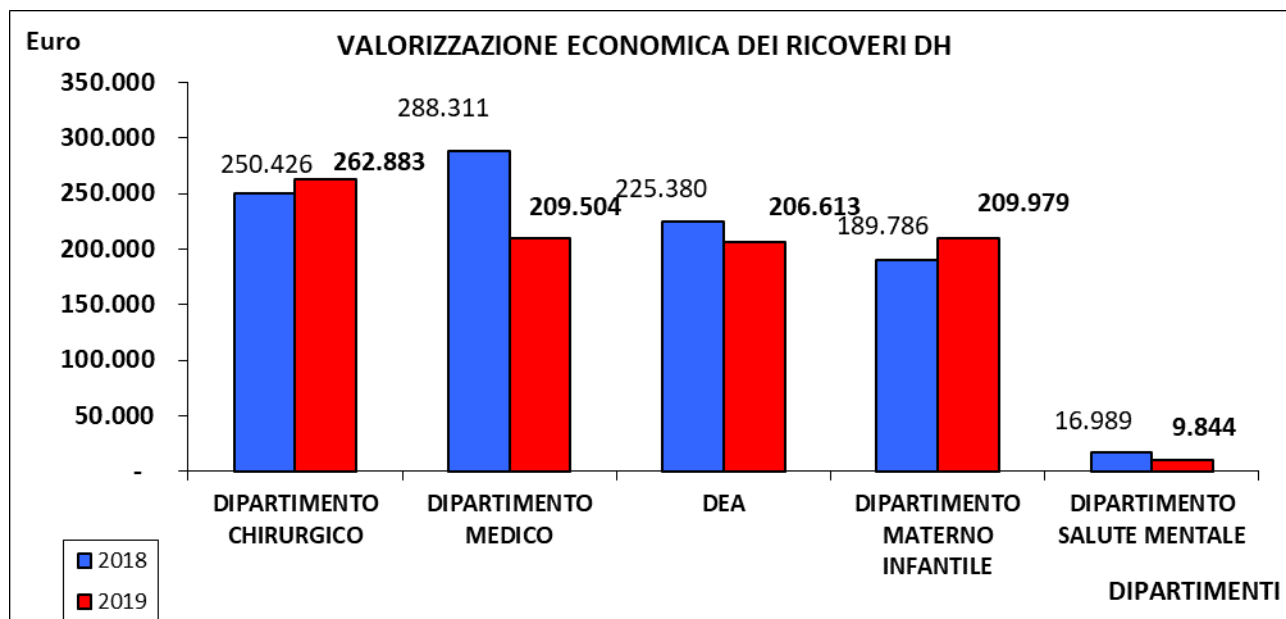
Nel 2019 nell'Ospedale di Policoro sono stati effettuati complessivamente 621 ricoveri in Day Hospital/Day Surgery, in aumento rispetto al 2018, con un incremento di 26 ricoveri, pari al +4%.



VALORIZZAZIONE ECONOMICA RICOVERI DAY HOSPITAL	2018	2019	Scostamento	
			assoluto	%
CARDIOLOGIA	225.380	206.613	-18.767	-8%
CHIRURGIA GENERALE	136.804	146.656	9.852	7%
DH TRASFUSIONALE	286.003	157.591	-128.412	-45%
MEDICINA GENERALE	2.308	51.913	49.605	2149%
ORTOPEDIA	109.812	111.712	1.900	2%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	189.786	209.979	20.193	11%
OTORINOLARINGOIATRIA	3.811	4.515	704	18%
PEDIATRIA	0	0	0	0%
PSICHIATRIA	16.989	9.844	-7.145	-42%
UTIC	0	0	0	0%
TOTALE	970.892	898.823	-72.069	-7%

La valorizzazione economica dei DH effettuati nell'Ospedale di Policoro nel 2019 è stata pari a 898.8823 euro, in diminuzione rispetto all'anno precedente del -7%.

Tale andamento riflette fedelmente l'andamento del numero dei ricoveri precedentemente descritto.



PRIMI 20 DRG DH P.O. POLICORO - ANNO 2019							
MDC	DRG	Descrizione DRG	Tipo DRG	Peso	Numero DH	% sul totale	% cum
13	359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	C	0,9785	99	16%	16%
16	395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	M	0,8552	93	15%	31%
14	381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	C	0,4568	49	8%	39%
9	270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	C	0,7668	44	7%	46%
5	118	Sostituzione di pacemaker cardiaco	C	1,0532	35	6%	52%
8	227	Interventi sui tessuti molli senza CC	C	0,8846	33	5%	57%
8	503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	C	0,9222	26	4%	61%

MDC	DRG	Descrizione DRG	Tipo DRG	Peso	Numero DH	% sul totale	% cum
8	538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	C	0,9419	25	4%	65%
8	256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	M	0,6224	23	4%	69%
9	267	Interventi perianali e pilonidali	C	0,5312	21	3%	72%
5	127	Insufficienza cardiaca e shock	M	1,027	20	3%	75%
13	369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	M	0,4208	16	3%	78%
8	241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	M	0,8096	15	2%	80%
5	117	Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione	C	1,0645	14	2%	83%
19	430	Psicosi	M	0,7668	11	2%	84%
12	342	Circoncisione, età > 17 anni	C	0,5593	10	2%	86%
17	410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	M	0,7539	9	1%	87%
5	515	Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	C	4,0897	8	1%	89%
8	229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	C	0,7372	6	1%	90%
9	266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	C	0,9665	5	1%	90%
		ALTRI DRG			59	10%	100%
		TOTALE			621	38%	

I DRG DH più frequente effettuato nel 2019 nel P.O. di Policoro è il 359 "Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC" con 99 casi, che rappresentano il 16% del totale dei DH, in linea con l'anno precedente.

I primi 20 DRG costituiscono il 90% del totale dei DH erogati.

ATTIVITA' CHIRURGICA P.O. POLICORO

INTERVENTI P.O. POLICORO												
	Degenza Ordinaria			Day Hospital			Ambulatorio			Totale		
	2018	2019	Δ%	2018	2019	Δ%	2018	2019	Δ%	2018	2019	Δ%
Cardiologia (P)	95	95	0%	60	61	2%	0	0		155	156	1%
Chirurgia (P)	697	624	-10%	136	144	6%	46	41	-11%	879	809	-8%
Endoscopia (P)	0	0		0	0		309	352	14%	309	352	14%
Medicina (P)	2	1	-50%	0	0		0	0		2	1	-50%
Oculistica (P)	0	0		0	0		503	495	-2%	503	495	-2%
Ortopedia (P)	469	462	-1%	61	62	2%	64	47	-27%	594	571	-4%
Ostetricia e ginecologia (P)	335	295	-12%	139	171	23%	8	10	25%	482	476	-1%
Otorino (P)	262	245	-6%	2	3	50%	23	44	91%	287	292	2%
Rianimazione (P)	9	2	-78%	0	0		34	12	-65%	43	14	-67%
Totale	1.869	1.724	-8%	398	441	11%	987	1.001	1%	3.254	3.166	-3%

Nel 2019 sono stati effettuati 3.166 interventi chirurgici, con un decremento di -88 interventi: di tali interventi il 54%, pari a 1.724, sono stati effettuati in regime di ricovero ordinario, in calo rispetto all'anno precedente di -145 interventi, pari al -8%; 441 in regime di day hospital, 43 ricoveri in più rispetto all'anno precedente e 1.001 in regime ambulatoriale, 14 ricoveri in più rispetto al 2018, pari al +1%.

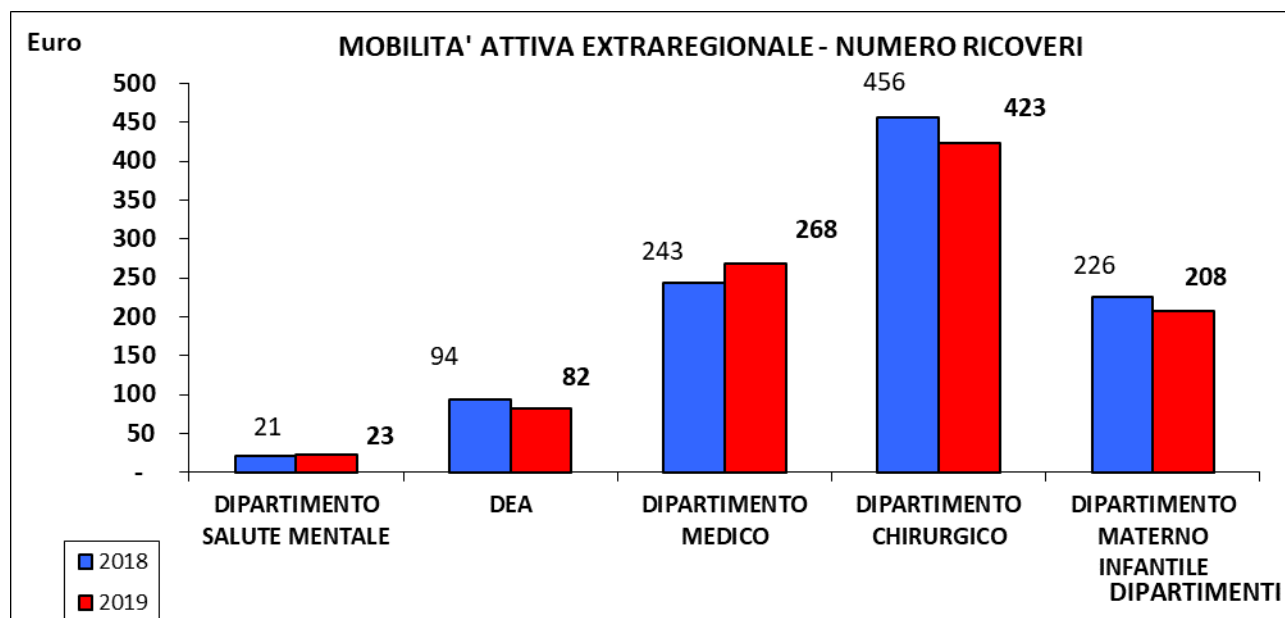
La tendenza in atto evidenzia lo spostamento del setting assistenziale dal regime ordinario al day hospital e a quello ambulatoriale, in linea con gli indirizzi nazionali e regionali.

Ciò è particolarmente evidente per l'Oculistica che utilizza ormai in via esclusiva il regime ambulatoriale per l'esecuzione dei propri interventi in alternativa al DH.

MOBILITA' OSPEDALIERA ATTIVA EXTRAREGIONALE P.O. POLICORO

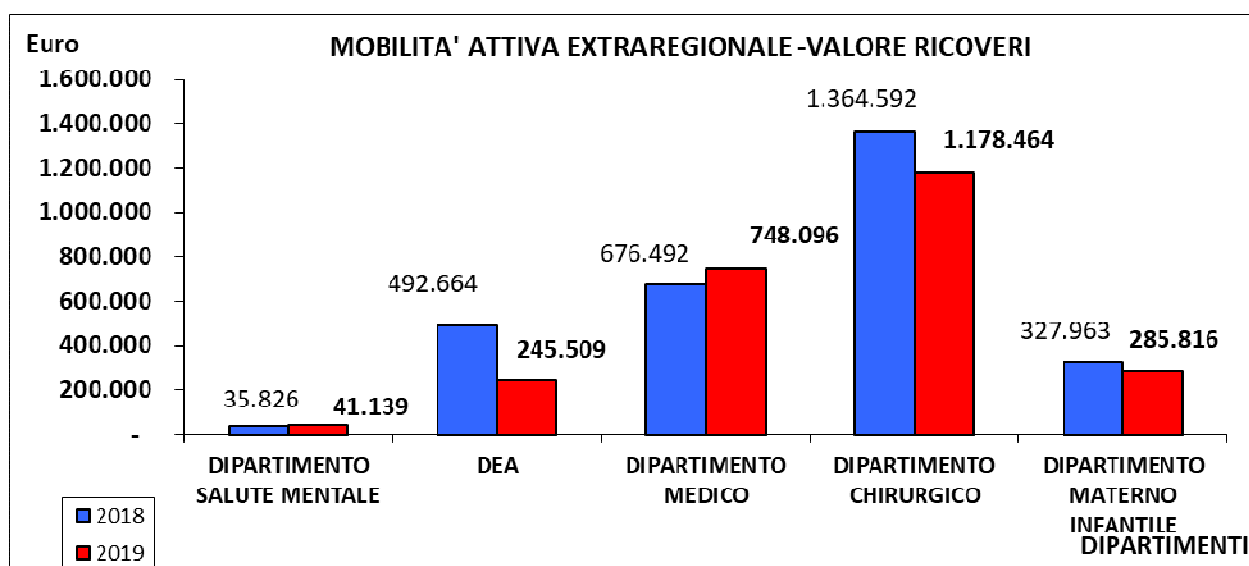
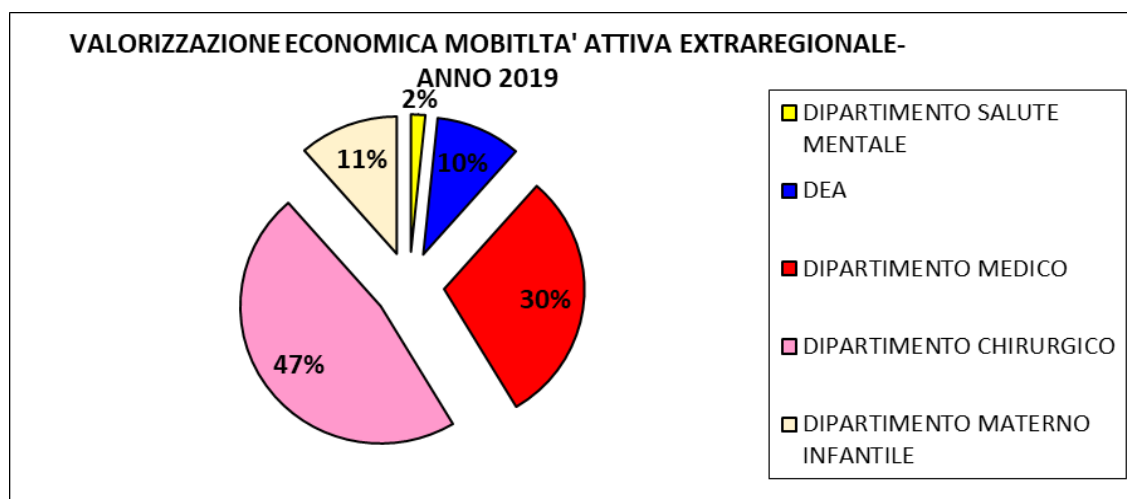
MOBILITA' OSPEDALIERA ATTIVA EXTRAREGIONALE	2018	2019	Scostamento	
			assoluto	%
CARDIOLOGIA (P)	35	20	-15	-43%
CHIRURGIA GENERALE (P)	241	219	-22	-9%
DH TRASFUSIONALE	0	0	0	0%
MEDICINA GENERALE (P)	243	268	25	10%
ORTOPEDIA (P)	150	146	-4	-3%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA (P)	154	134	-20	-13%
OTORINOLARINGOIATRIA	65	58	-7	-11%
PEDIATRIA (P)	72	74	2	3%
PSICHIATRIA (P)	21	23	2	10%
TERAPIA INTENSIVA (P)	29	29	0	0%
UTIC (P)	30	33	3	10%
TOTALE	1.040	1.004	-36	-3%

Il numero dei ricoveri erogati ad utenti provenienti da fuori Regione nel 2019 è stato pari a 1.004, evidenziando rispetto all'anno precedente, un decremento del -3%.



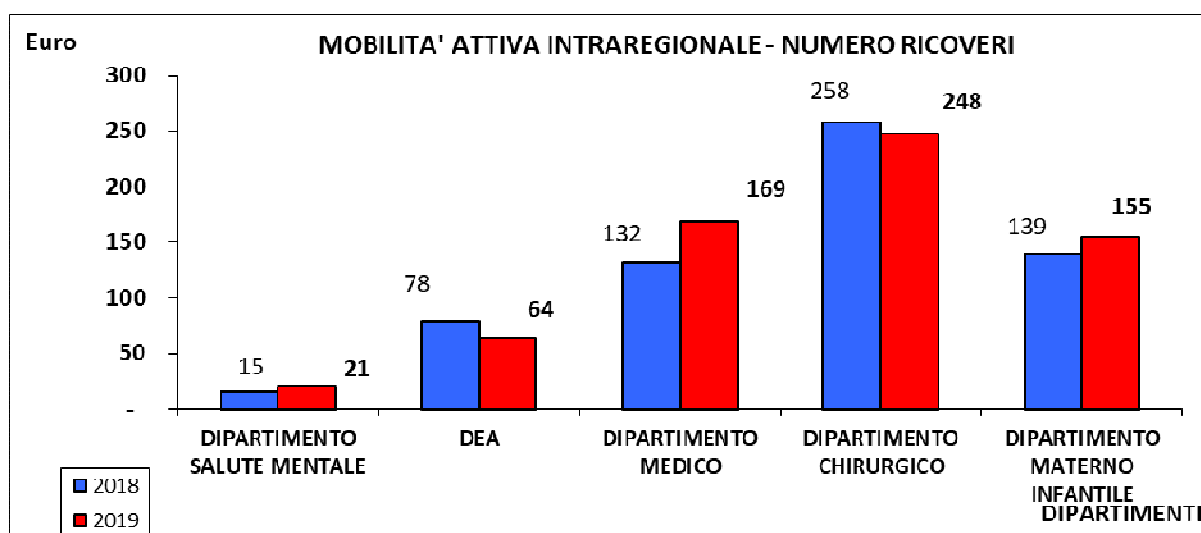
MOBILITA' OSPEDALIERA ATTIVA EXTRAREGIONALE - VALORE RICOVERI	2018	2019	Scostamento	
			assoluto	%
CARDIOLOGIA (P)	147.072	59.759	-87.313	-59%
CHIRURGIA GENERALE (P)	537.018	468.893	-68.125	-13%
DH TRASFUSIONALE	0	0	0	0%
MEDICINA GENERALE (P)	676.492	748.096	71.604	11%
ORTOPEDIA (P)	692.423	625.580	-66.843	-10%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA (P)	228.817	183.236	-45.581	-20%
OTORINOLARINGOIATRIA	135.151	83.991	-51.160	-38%
PEDIATRIA (P)	99.146	102.580	3.434	3%
PSICHIATRIA (P)	35.826	41.139	5.313	15%
TERAPIA INTENSIVA (P)	239.194	83.798	-155.396	-65%
UTIC (P)	106.397	101.952	-4.445	-4%
TOTALE	2.897.536	2.499.024	-398.512	-14%

I ricavi relativi alla valorizzazione economica dei ricoveri importati da fuori regione nel 2018 dal P.O. di Policoro sono stati pari a 2.499.024 euro, evidenziando un decremento rispetto al 2018, nella misura del -14%.



MOBILITA' OSPEDALIERA ATTIVA INTRAREGIONALE	2018	2019	Scostamento	
			assoluto	%
CARDIOLOGIA (P)	38	28	-10	-26%
CHIRURGIA GENERALE (P)	182	178	-4	-2%
DH TRASFUSIONALE	0	0	0	0%
MEDICINA GENERALE (P)	132	169	37	28%
ORTOPEDIA (P)	57	53	-4	-7%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA (P)	104	109	5	5%
OTORINOLARINGOIATRIA	19	17	-2	-11%
PEDIATRIA (P)	35	46	11	31%
PSICHIATRIA (P)	15	21	6	40%
TERAPIA INTENSIVA (P)	14	15	1	7%
UTIC (P)	26	21	-5	-19%
TOTALE	622	657	35	6%

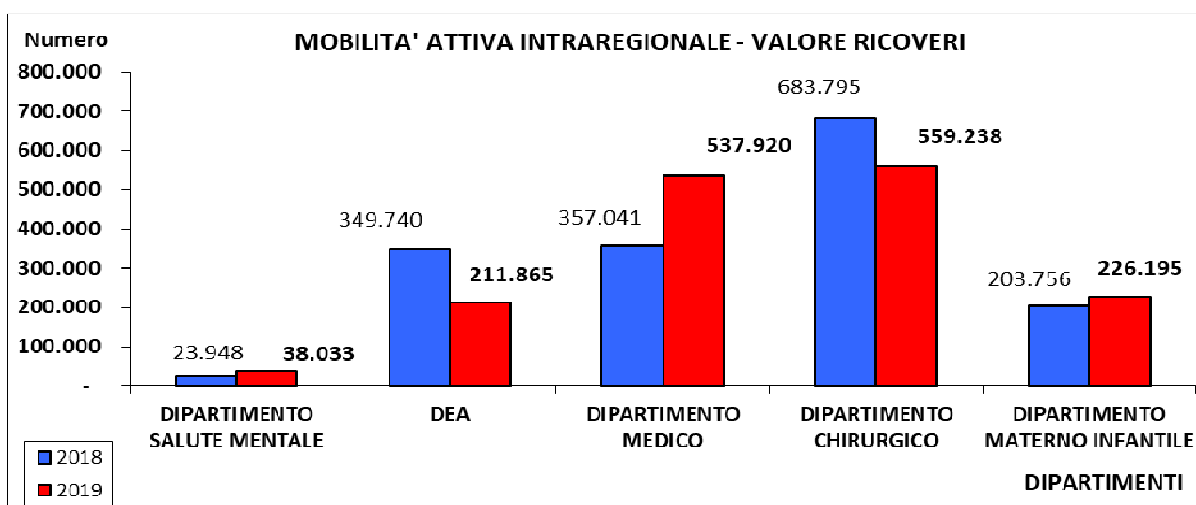
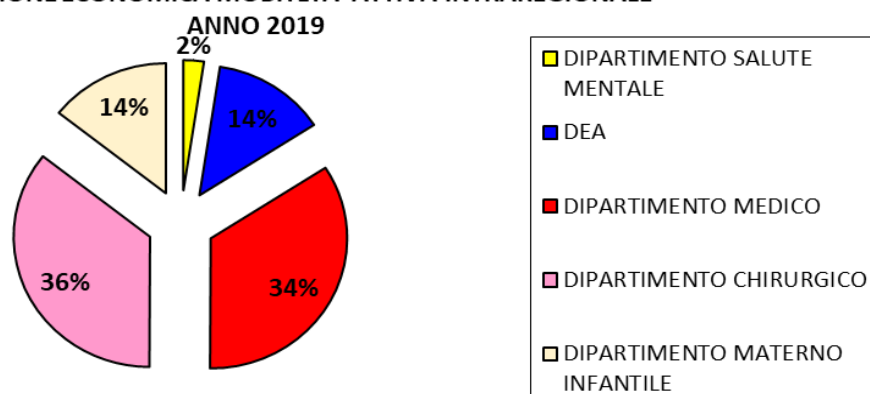
Il numero dei ricoveri erogati ad utenti provenienti dalla provincia di Potenza nel 2019 è stato pari a 657, evidenziando rispetto all'anno precedente, un incremento del +6%.



MOBILITA' OSPEDALIERA ATTIVA INTRAREGIONALE - VALORE RICOVERI	2018	2019	Scostamento	
			assoluto	%
CARDIOLOGIA (P) E UTIC (P)	164.290	129.624	-34.666	-21%
CHIRURGIA GENERALE (P)	411.961	287.049	-124.912	-30%
DH TRASFUSIONALE	0	0	0	0%
MEDICINA GENERALE (P)	357.041	537.920	180.879	51%
ORTOPEDIA (P)	239.301	241.352	2.051	1%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA (P)	151.088	163.267	12.179	8%
OTORINOLARINGOIATRIA	32.532	30.837	-1.695	-5%
PEDIATRIA (P)	52.668	62.928	10.260	19%
PSICHIATRIA (P)	23.948	38.033	14.085	59%
TERAPIA INTENSIVA (P)	114.674	15.714	-98.960	-86%
UTIC (P)	70.775	66.527	-4.248	-6%
TOTALE	1.618.279	1.573.251	-45.028	-3%

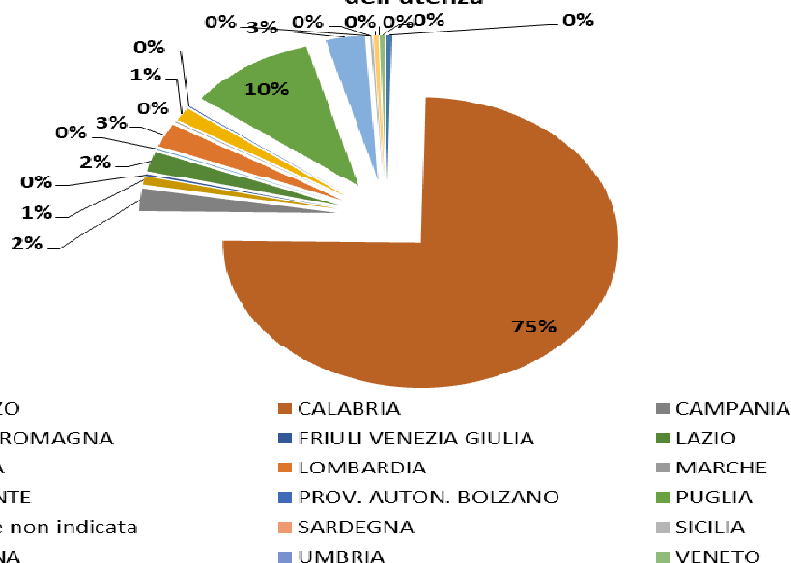
La valorizzazione economica dei ricoveri erogati ad utenti provenienti dalla provincia di Potenza nel 2019 è stata pari a € 1.573.251, evidenziando rispetto all'anno precedente, un decremento del -3%.

VALORIZZAZIONE ECONOMICA MOBILTA' ATTIVA INTRAREGIONALE-



REGIONI DI PROVENIENZA DELL'UTENZA	NUMERO RICOVERI			VALORE RICOVERI		
	2018	2019	Δ %	2018	2019	Δ %
ABRUZZO	2	4	100%	3.195,65	8.598,00	169%
CALABRIA	777	751	-3%	2.294.036,62	1.985.899,00	-13%
CAMPANIA	25	25	0%	59.133,20	45.960,00	-22%
EMILIA ROMAGNA	10	9	-10%	14.169,13	15.291,00	8%
FRIULI VENEZIA GIULIA	0	2	0%	0	3.607,00	0%
LAZIO	23	22	-4%	34.993,42	39.947,00	14%
LIGURIA	1	1	0%	1.280,26	1.407,00	10%
LOMBARDIA	35	26	-26%	68.011,93	49.207,00	-28%
MARCHE	0	1	0%	0	1.660,00	0%
PIEMONTE	9	15	67%	27.730,96	56.467,00	104%
PROV. AUTON. BOLZANO	0	1	0%	0	2.489,00	0%
PUGLIA	100	104	4%	209.576,37	205.863,00	-2%
Regione non indicata	37	32	-14%	145.164,11	66.050,00	-54%
SARDEGNA	1	0	-100%	1.675,70	0	-100%
SICILIA	7	2	-71%	9.311,92	1.789,00	-81%
TOSCANA	4	4	0%	6.945,95	6.573,00	-5%
UMBRIA	6	0	-100%	19.146,71	0	-100%
VENETO	3	5	67%	3.161,25	8.217,00	160%
Totale complessivo	1.040	1.004	-3%	2.897.533	2.499.024	-14%

Mobilità attiva extraregionale 2019 per regione di provenienza dell'utenza



Sotto il profilo del numero dei ricoveri importati, la Regione da cui proviene la maggior parte della mobilità ospedaliera attiva extraregionale dell'Ospedale di Policoro è la Calabria, che costituisce il 75% del totale, seguita dalla Puglia che rappresenta il 10% del totale e via via tutte le altre.

ATTIVITA' SPECIALISTICA AMBULATORIALE OSPEDALIERA

SPECIALISTICA AMBULATORIALE PRESIDIO OSPEDALIERO POLICORO								
Servizio	numero prestazioni				valore prestazioni			
	2018	2019	scostamento		2018	2019	scostamento	
Anestesia e Rianimazione	984	1.165	181	18%	26.525	26.505	-20	0%
Cardiologia Medica	6.075	4.981	-1.094	-18%	193.514	146.230	-47.284	-24%
Centro Antifumo	81	123	42	52%	1.711	2.625	914	53%
Centro Trasfusionale	947	926	-21	-2%	36.233	29.443	-6.790	-19%
Chirurgia	1.712	1.735	23	1%	30.196	30.777	581	2%
Endoscopia Digestiva	1.564	1.358	-206	-13%	119.021	103.844	-15.177	-13%
Fisioterapia	20.235	19.417	-818	-4%	151.572	145.929	-5.643	-4%
Ginecologia	3.788	3.175	-613	-16%	91.122	79.129	-11.993	-13%
Laboratorio di Analisi	313.664	333.820	20.156	6%	1.599.729	1.710.468	110.739	7%
Medicina	3.561	3.630	69	2%	58.734	63.451	4.717	8%
Medicina Generale	1.623	356	-1.267	-78%	77.848	17.378	-60.470	-78%
Neurologia	193	218	25	13%	4.567	5.159	592	13%
Nutrizione clinica	3	2	-1	-33%	39	25,82	-13	-34%
Oculistica	6.975	7.092	117	2%	550.687	566.197	15.510	3%
Ortopedia	5.925	4.862	-1.063	-18%	139.257	110.654	-28.604	-21%
Otorinolaringoiatria	4.633	5.566	933	20%	74.039	87.767	13.728	19%
Pediatria	622	506	-116	-19%	15.139	13.796	-1.343	-9%
Pronto Soccorso		174	174			4102,62	4.103	
Psichiatria	4.529	3.866	-663	-15%	65.143	53.245	-11.898	-18%
Radiologia	9.453	10.986	1.533	16%	331.290	385.907	54.617	16%
Risonanza Magnetica	3.707	3.007	-700	-19%	600.100	490.237	-109.863	-18%
Urologia	94	7	-87	-93%	1.857	106	-1.751	-94%
Totale complessivo	390.368	406.972	16.604	4%	4.168.322	4.072.975	-95.347	-2%

Le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate nel 2019 dai servizi del P.O. di Policoro sono state complessivamente 406.972, evidenziando un incremento del +4% rispetto all'anno precedente.

Il valore economico delle prestazioni specialistiche erogate dai servizi dell'Ospedale di Policoro nel 2019 è stato pari a 4.072.975 euro, con un decremento, pari al -2% rispetto all'anno precedente.

2.4.1.3 OSPEDALE DISTRETTUALE DI TRICARICO

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

ATTIVITA' DI DEGENZA OSPEDALE DISTRETTUALE TRICARICO

DOTAZIONE POSTI LETTO ORDINARI	2018	2019	Scostamento	
			assoluto	%
DEGENZA INTENSIVA RIABILITATIVA DON GNOCCHI	48	48	0	0%
LUNGODEGENZA -RIABILITATIVA- DON C.GNOCCHI	16	16	0	0%
LUNGODEGENZA MEDICA	30	30	0	0%
COMA VEGETATIVO	5	5	0	0%
TOTALE	99	99	0	0%

Nel corso del 2019 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 5 posti letto per coma vegetativo.

DIMESSI ORDINARI	2018	2019	Scostamento	
			assoluto	%
DEGENZA INTENSIVA RIABILITATIVA DON GNOCCHI	444	403	-41	-9%
LUNGODEGENZA -RIABILITATIVA- DON C.GNOCCHI	155	179	24	15%
LUNGODEGENZA MEDICA	126	121	-5	-4%
COMA VEGETATIVO	4	5	1	25%
TOTALE	729	708	-21	-3%

Nel 2019 i ricoveri ordinari effettuati nell'Ospedale distrettuale di Tricarico sono stati 708, evidenziando una sostanziale stabilità, con un lievissimo decremento, pari al -3%, rispetto all'anno precedente che ha riguardato principalmente la lungodegenza e la Degenza Intensiva.

DEGENZA MEDIA	2018	2019	Scostamento
			%
DEGENZA INTENSIVA RIABILITATIVA DON GNOCCHI	32,76	34,09	4,1%
LUNGODEGENZA -RIABILITATIVA- DON C.GNOCCHI	34,66	34,01	-1,9%
LUNGODEGENZA MEDICA	30,37	32,43	6,8%
STATO VEGETATIVO	34,5	99,8	189,3%
TOTALE	32,76	34,25	4,5%

Nel 2019 la degenza media registrata nell'Ospedale distrettuale di Tricarico è stata pari a 34,25 giorni, in sostanziale aumento rispetto all'anno precedente. Tali valori sono del tutto coerenti con la vocazione precipua di tale struttura, che come già detto, consiste nella lungodegenza e riabilitazione.

TASSO DI OCCUPAZIONE RICOVERI ORDINARI	2018	2019	Scostamento %
DEGENZA INTENSIVA RIABILITATIVA DON GNOCCHI	83,20%	78,62%	-5,5%
LUNGODEGENZA -RIABILITATIVA- DON C.GNOCCHI	92,20%	104,52%	13,4%
LUNGODEGENZA MEDICA	35,00%	35,93%	2,7%
STATO VEGETATIVO	7,60%	27,42%	260,8%
TOTALE	66,27%	67,29%	1,5%

Il tasso di occupazione dei posti letto ordinari dell'Ospedale distrettuale di Tricarico nel 2019 è stato pari al 67,29%, con un incremento rispetto all'anno precedente, pari al +1,5%, che, ad eccezione della degenza intensiva riabilitativa, ha riguardato tutte le linee di attività.

INDICE DI ROTAZIONE	2018	2019	Scostamento %
DEGENZA INTENSIVA RIABILITATIVA DON GNOCCHI	9,25	8,4	-9,2%
LUNGODEGENZA -RIABILITATIVA- DON C.GNOCCHI	9,69	11,19	15,5%
LUNGODEGENZA MEDICA	4,2	4,03	-4,0%
STATO VEGETATIVO	0,8	1	25,0%
TOTALE	7	7	0,0%

L'indice di rotazione dei posti letto ordinari, che indica il numero di ricoveri effettuati sullo stesso posto letto ovvero il numero medio di pazienti che ruotano sullo stesso letto, nel 2019 per l'Ospedale distrettuale di Tricarico è stato pari a 7,0 in perfetta aderenza rispetto all'anno precedente. L'andamento di tale indicatore, al pari di quelli del tasso di occupazione, del tutto coerente con la vocazione assegnata alla struttura, è influenzato dalle dinamiche tipiche dell'utenza di tale ospedale: si tratta di un basso numero di pazienti con una degenza molto lunga.

INDICE DI TURN OVER	2018	2019	Scostamento %
DEGENZA INTENSIVA RIABILITATIVA DON GNOCCHI	6,6	9,27	40,5%
LUNGODEGENZA -RIABILITATIVA- DON C.GNOCCHI	-2,9	-1,47	-49,3%
LUNGODEGENZA MEDICA	56,3	57,82	2,7%
STATO VEGETATIVO	420,5	264,2	-37,2%
TOTALE	16,7	16,65	-0,3%

L'indice di turn over dell'Ospedale di Tricarico, 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, nell'anno 2019 è stato pari a 16,65 giorni, evidenziando un decremento, pari al -0,3% 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 del posto letto.

I valori evidenziati dal suddetto intervallo sono coerenti con la tipologia di attività effettuata dall'Ospedale distrettuale di Tricarico, caratterizzata da un basso numero di pazienti con una degenza molto lunga.

VALORE ECONOMICO RICOVERI ORDINARI	2018	2019	Scostamento	
			Assoluto	%
DEGENZA INTENSIVA RIABILITATIVA DON GNOCCHI	3.692.359	3.493.760	-198.599	-5,4%
LUNGODEGENZA -RIABILITATIVA- DON C.GNOCCHI	826.118	935.119	109.001	13,2%
LUNGODEGENZA MEDICA	580.888	590.605	9.717	1,7%
STATO VEGETATIVO	21.252	56.764	35.512	167,1%
TOTALE	5.120.617	5.076.249	-44.368	-0,9%

Nel 2019 il valore economico dei ricoveri effettuati dall'Ospedale distrettuale di Tricarico è stato pari a poco più di 5 milioni di euro, evidenziando un lieve decremento rispetto all'anno precedente pari al -0,9%, che va di pari passo al trend che ha caratterizzato il numero di ricoveri, contraddistinto, come già esaminato, da una riduzione.

Vale la pena ricordare come il fatturato del Polo Riabilitativo Don Gnocchi sia corrisposto alla stessa Fondazione da parte della ASM, a fronte di un rimborso forfettario delle spese sostenute, in quota parte, per l'utilizzo della struttura di proprietà dell'Azienda e dei servizi dalla stessa forniti.

ATTIVITA' SPECIALISTICA AMBULATORIALE OSPEDALE DISTRETTUALE DI TRICARICO

PRESTAZIONI AMBULATORIALI NUMERO	2018	2019	Scostamento	
			Assoluto	%
Anestesia e Rianimazione	81	91	10	12%
Cardiologia	363	352	-11	-3%
Centro Trasfusionale	153	156	3	2%
Chirurgia	2.034	1.854	-180	-9%
Endocrinologia	869	920	51	6%
Endoscopia Digestiva	2.603	2.342	-261	-10%
Fisioterapia	11.002	8.907	-2.095	-19%
Geriatria	184	182	-2	-1%
Ginecologia	1.512	1.425	-87	-6%
Laboratorio di Analisi	142.609	142.573	-36	0%
Medicina Generale	440	431	-9	-2%
Pronto Soccorso		13		
Ortopedia	218		-218	-100%
Radiologia	2.510	1.266	-1.244	-50%
Totale complessivo	164.578	160.512	-4.066	-2%

Le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate nel 2019 dai servizi dell'Ospedale di Tricarico sono state complessivamente 160.512, evidenziando un decremento dal valore assoluto di -4.066 prestazioni rispetto al 2018, pari al -2%.

PRESTAZIONI AMBULATORIALI	2018	2019	Scostamento	
VALORE			Assoluto	%
Anestesia e Rianimazione	4.109	2.439	-1.670	-41%
Cardiologia	6.492	6.961	469	7%
Centro Trasfusionale	1.432	1.461	29	2%
Chirurgia	22.111	20.225	-1.886	-9%
Endocrinologia	17.946	19.046	1.100	6%
Endoscopia Digestiva	204.989	178.474	-26.515	-13%
Fisioterapia	103.580	83.952	-19.628	-19%
Geriatria	2.101	1.869	-232	-11%
Ginecologia	36.245	33.577	-2.667	-7%
Laboratorio di Analisi	623.929	633.182	9.254	1%
Medicina Generale	12.951	14.682	1.730	13%
Pronto Soccorso		154		
Ortopedia	4.338		-4.338	-100%
Radiologia	87.776	30.105	-57.671	-66%
Totale complessivo	1.127.998	1.026.127	-101.871	-9%

Il valore economico delle prestazioni specialistiche erogate dai servizi dell'Ospedale di Tricarico nel 2019 è stato pari a 1.026.127 euro, con un decremento del -9% rispetto all'anno precedente.

2.4.1.4 OSPEDALE DISTRETTUALE DI STIGLIANO

L'Ospedale di Stigliano è un Ospedale Distrettuale deputato fondamentalmente alla gestione della Lungodegenza medica.

DIMESSI ORDINARI	2018	2019	Scostamento	
			assoluto	%
LUNGODEGENZA MEDICA (S)	132	126	-6	-5%
TOTALE	132	126	-6	-5%

Nel corso del 2019 si è ulteriormente consolidato il processo di riorganizzazione previsto dalla programmazione aziendale con riferimento all'Ospedale di Stigliano, per effetto del quale si è provveduto a riconvertire le attività verso la lungodegenza medica. Nel 2019 i ricoveri ordinari effettuati nell'Ospedale Distrettuale di Stigliano da parte dell'U.O. di Lungodegenza Medica sono stati 126, con una riduzione del -5% rispetto all'anno precedente.

DEGENZA MEDIA	2018	2019	Scostamento
			%
LUNGODEGENZA MEDICA (S)	30,5	28,74	-5,8%
TOTALE	30,5	28,74	-5,8%

Nel 2019 la degenza media registrata nell'Ospedale distrettuale di Stigliano da parte della Lungodegenza Medica è stata pari a 28,74 giorni, con un decremento rispetto all'anno precedente, pari al -5,8%. Tali valori sono del tutto coerenti con la vocazione precipua di tale struttura, che come già detto, consiste nella lungodegenza medica.

TASSO DI OCCUPAZIONE RICOVERI ORDINARI	2018	2019	Scostamento %
LUNGODEGENZA MEDICA (S)	46,10%	41,45%	-10,1%
TOTALE	46,10%	41,45%	-10,1%

Il valore del tasso di occupazione dei posti letto ordinari dell'Ospedale distrettuale di Stigliano registrato nel 2019 dall'U.O. di Lungodegenza Medica è stato pari a 41,45%, in diminuzione del -10,1% rispetto al 2018.

INDICE DI ROTAZIONE	2018	2019	Scostamento %
LUNGODEGENZA MEDICA (S)	5,5	5,25	-4,5%
TOTALE	5,5	5,25	-4,5%

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 2019 per l'Ospedale Distrettuale di Stigliano è stato pari a 5,25 con un lieve decremento, pari al -4,5%, rispetto all'anno precedente. L'andamento di tale indicatore, al pari di quelli del tasso di occupazione, del tutto coerente con la vocazione assegnata alla struttura, è influenzato dalle dinamiche tipiche dell'utenza di tale ospedale: si tratta di un basso numero di pazienti con una degenza molto lunga.

INDICE DI TURN OVER	2018	2019	Scostamento %
LUNGODEGENZA MEDICA (S)	35,7	40,6	13,7%
TOTALE	35,7	40,6	13,7%

L'indice di turn over dell'Ospedale Distrettuale di Stigliano, 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, nell'anno 2019 è stato pari a 40,6 giorni, evidenziando un aumento, pari al +13,7%, rispetto all'anno precedente.

I valori evidenziati dal suddetto intervallo sono coerenti con la tipologia di attività effettuata dall'Ospedale Distrettuale di Stigliano, e nello specifico dalla Lungodegenza Medica, caratterizzata da un basso numero di pazienti con una degenza molto lunga.

VALORE ECONOMICO RICOVERI ORDINARI	2018	2019	Scostamento	Scostamento %
			assoluto	
LUNGODEGENZA MEDICA (S)	611.842	527.450	-84.392	-14%
TOTALE	611.842	527.450	-84.392	-14%

Nel 2019 il valore economico dei ricoveri effettuati dall'Ospedale Distrettuale di Stigliano è stato pari a 527.450 euro, evidenziando un decremento rispetto all'anno precedente pari al -14%.

ATTIVITA' SPECIALISTICA AMBULATORIALE OSPEDALE DISTRETTUALE DI STIGLIANO

PRESTAZIONI AMBULATORIALI	2018	2019	Scostamento	
			Assoluto	%
Anestesia e Rianimazione	344	566	222	65%
Centro Trasfusionale	44	36	-8	-18%
Chirurgia	13	6	-7	-54%
Endocrinologia		266	266	0%
Fisioterapia	7.922	7.070	-852	-11%
Ginecologia	684	543	-141	-21%
Laboratorio di Analisi	6.216	6.083	-133	-2%
Medicina	1.642	1.395	-247	-15%
Nefrologia	57	49	-8	-14%
Psicologia		83	83	0%
Radiologia	1.760	1.459	-301	-17%
Totale complessivo	18.682	17.556	-1.126	-6%

Le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate nel 2019 dai servizi dell'Ospedale Distrettuale di Stigliano sono state complessivamente 17.556, evidenziando un decremento del -6% rispetto all'anno precedente.

PRESTAZIONI AMBULATORIALI	2018	2019	Scostamento	
			Assoluto	%
Anestesia e Rianimazione	7.021	11.225	4.204	60%
Centro Trasfusionale	420	339	-81	-19%
Chirurgia	221	110	-111	-50%
Endocrinologia		3.837	3.837	0%
Fisioterapia	53.285	45.568	-7.716	-14%
Ginecologia	16.057	12.643	-3.414	-21%
Laboratorio di Analisi	16.037	15.694	-343	-2%
Medicina	41.218	39.153	-2.064	-5%
Nefrologia	813	757	-57	-7%
Psicologia		1.390	1.390	0%
Radiologia	31.276	25.723	-5.553	-18%
Totale complessivo	166.348	156.439	-9.909	-6%

Il valore economico delle prestazioni specialistiche erogate dai servizi dell'Ospedale Distrettuale di Stigliano nel 2019 è stato pari a 156.639 euro, con un decremento del -6% rispetto all'anno precedente, in analogia al trend relativo al numero di prestazioni.

HOSPICE DI STIGLIANO

L'Hospice di Stigliano con una dotazione di 8 posti letto, di cui 7 ordinari e 1 DH, nel 2019 ha effettuato 107 ricoveri, in diminuzione di 3 ricoveri rispetto all'anno precedente (-3%). Di tali ricoveri 65 sono ordinari, contro i 70 del 2018 (-7%) e i rimanenti 42 sono in Day Hospital, contro i 40 dell'anno precedente (+5%).

2.4.1.5 OSPEDALE DISTRETTUALE DI TINCHI

L'Ospedale di Stigliano è un Ospedale Distrettuale deputato fondamentalmente 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

PRESTAZIONI AMBULATORIALI NUMERO	2018	2019	Scostamento	
			Assoluto	%
Centro Trasfusionale	347	253	-94	-27%
Chirurgia	6.799	6372	-427	-6%
Cure Palliative	850	864	14	2%
Dermatologia	3.549	4422	873	0%
Endocrinologia	29.749	30844	1.095	4%
Endoscopia Digestiva	925	852	-73	-8%
Fisioterapia	20.210	17189	-3.021	-15%
Ginecologia	744	761	17	2%
Laboratorio di Analisi	185.133	181921	-3.212	-2%
Medicina	2.648	2540	-108	0%
Nefrologia	25.104	24220	-884	-4%
Neuropsichiatria	161	143	-18	-11%
Otorinolaringoiatria	1.628	618	-1.010	-62%
Pronto Soccorso		5	5	0%
Radiologia	2.168	343	-1.825	-84%
TOTALE	280.015	271.347	-8.668	-3%

Le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate nel 2019 dai servizi dell'Ospedale Distrettuale di Tinchì sono state complessivamente 271.347, evidenziando un lievissimo decremento del -3% rispetto al 2018.

PRESTAZIONI AMBULATORIALI VALORE	2018	2019	Scostamento	
			Assoluto	%
Centro Trasfusionale	3.189	2292,63	-896	-28%
Chirurgia	59.575	53403,45	-6.172	-10%
Cure Palliative	21.094	20845,04	-249	-1%
Dermatologia	51.289	62339,73	11.051	0%
Endocrinologia	650.082	680264,5	30.182	5%
Endoscopia Digestiva	13.083	11876,88	-1.206	-9%
Fisioterapia	165.229	141322,5	-23.907	-14%
Ginecologia	19.410	19696,06	286	1%
Laboratorio di Analisi	923.941	916420,3	-7.521	-1%
Medicina	101.048	97262,71	-3.785	0%
Nefrologia	1.606.536	1591166	-15.370	-1%
Neuropsichiatria	1.883	1738,58	-144	-8%
Otorinolaringoiatria	25.667	10650,47	-15.017	-59%
Pronto Soccorso		116,32	116	0%
Radiologia	46.790	5980,7	-40.809	-87%
Totale complessivo	3.688.816	3.615.376	-73.440	-2%

Il valore economico delle prestazioni specialistiche erogate dai servizi dell'Ospedale Distrettuale di Tinchi nel 2019 è stato pari a 3.615.376 euro, con un lieve decremento di 73.440 euro rispetto all'anno precedente, pari a -2%.

2.4.2. ASSISTENZA TERRITORIALE

2.4.2.1 SPECIALISTICA AMBULATORIALE TERRITORIALE

Le strutture territoriali della ASM nel 2019 hanno effettuato complessivamente 89.096 prestazioni, evidenziando un decremento di 322 prestazioni rispetto al 2018, pari al +0,4%. La valorizzazione economica delle suddette prestazioni è stata pari nel 2019 a 1.481.724 euro, evidenziando un incremento di 23.641 euro rispetto all'anno precedente, pari al +2%.

Si riportano di seguito, per ciascuna sede territoriale di erogazione, le prestazioni specialistiche ambulatoriali effettuate dalla ASM nel 2019, con riferimento sia al numero di prestazioni che alla corrispondente valorizzazione economica, opportunamente raffrontate con l'anno precedente.

DISTRETTO DI BERNALDA								
	NUMERO PRESTAZIONI				VALORE PRESTAZIONI €			
Servizio	2018	2019	Δ	Δ %	2018	2019	Δ	Δ %
Attività Distrettuali	30	38	8	27%	273	345	73	27%
Chirurgia	135	155	20	15%	2.766	3.151	385	14%
Dermatologia	105	98	-7	-7%	2.138	1.955	-183	-9%
Neurologia	290	268	-22	-8%	5.261	4.798	-464	-9%
Ortopedia	766	712	-54	-7%	13.146	11.906	-1.240	-9%
Psichiatria	23	30	7	30%	367	434	67	18%
Psicologia	0	683	683	0%	0	17.359	17.359	0%
Servizio prelievi	1.876	1.815	-61	-3%	4.840	4.683	-157	-3%
Totale complessivo	3.225	3.799	574	18%	28.791	44.631	15.840	55%

DISTRETTO DI CALCIANO								
	NUMERO PRESTAZIONI				VALORE PRESTAZIONI €			
Servizio	2018	2019	Δ	Δ %	2018	2019	Δ	Δ %
Pediatria	78	129	51	65%	1.332	2.231	899	68%
Servizio prelievi	430	349	-81	-19%	1.109	900	-209	-19%
Totale complessivo	508	478	-30	-6%	2.441	3.132	691	28%

DISTRETTO DI FERRANDINA								
	NUMERO PRESTAZIONI				VALORE PRESTAZIONI €			
Servizio	2018	2019	Δ	Δ %	2018	2019	Δ	Δ %
Attività Distrettuali	34	37	3	9%	140	152	12	9%
Cardiologia Medica	258	276	18	7%	3.681	4.057	376	10%
Chirurgia	49	40	-9	-18%	927	803	-124	-13%
Fisioterapia	4.435	4.342	-93	-2%	40.231	40.307	76	0%
Neurologia	208	205	-3	-1%	3.657	3.602	-56	-2%
Ortopedia	284	266	-18	-6%	4.844	4.395	-449	-9%
Ototorinolaringoiatria	237	263	26	11%	3.869	4.349	480	12%
Psichiatria	3	40	37	1233%	46	571	524	
Servizio prelievi	1.758	2.010	252	14%	4.536	5.186	650	14%
Totale complessivo	7.266	7.479	213	3%	61.932	63.422	1.490	2%

SEDE DISTRETTUALE DI GARAGUSO								
	NUMERO PRESTAZIONI				VALORE PRESTAZIONI €			
Servizio	2018	2019	Δ	Δ %	2018	2019	Δ	Δ %
Pediatria	55	80	25	45%	950	1.374	424	45%
Servizio prelievi	586	517	-69	-12%	1.512	1.334	-178	-12%
Totale complessivo	641	597	-44	-7%	2.462	2.708	246	10%

SEDE DISTRETTUALE DI GRASSANO								
	NUMERO PRESTAZIONI				VALORE PRESTAZIONI €			
Servizio	2018	2019	Δ	Δ %	2018	2019	Δ	Δ %
Attività Distrettuali	74	63	-11	-15%	255	178	-76	-30%
Dermatologia	103	93	-10	-10%	1.996	1.821	-176	-9%
Neurologia	282	288	6	2%	5.020	5.215	194	4%
Otorinolaringoiatria	121	138	17	14%	2.151	2.412	261	12%
Psichiatria	31	32	1	3%	454	444	-10	-2%
Servizio prelievi	2.549	2.498	-51	-2%	6.576	6.445	-132	-2%
Totale complessivo	3.160	3.112	-48	-2%	16.453	16.514	61	0%

SEDE DISTRETTUALE DI GROTTOLE								
	NUMERO PRESTAZIONI				VALORE PRESTAZIONI €			
Servizio	2018	2019	Δ	Δ %	2018	2019	Δ	Δ %
Attività Distrettuali	35	33	-2	-6%	318	300	-18	-6%
Cardiologia Medica	262	312	50	19%	3.534	4.316	782	22%
Geriatrica territoriale	52	70	18	35%	950	1.544	594	63%
Neurologia	167	204	37	22%	3.171	3.936	764	24%
Pediatria	177	183	6	3%	3.548	3.665	116	3%
Servizio prelievi	1.215	1.242	27	2%	3.135	3.204	70	2%
Totale complessivo	1.908	2.044	136	7%	14.656	16.965	2.309	16%

SEDE DISTRETTUALE DI IRSINA								
	NUMERO PRESTAZIONI				VALORE PRESTAZIONI €			
Servizio	2018	2019	Δ	Δ %	2018	2019	Δ	Δ %
Cardiologia Medica	196	235	39	20%	2.857	3.546	688	24%
Chirurgia	68	53	-15	-22%	1.358	1.064	-294	-22%
Dermatologia	110	125	15	14%	2.149	2.497	349	16%
Ginecologia	6	0	-6	-100%	124	0	-124	-100%
Neurologia	171	171	0	0%	2.775	2.939	163	6%
Odontoiatria	190	144	-46	-24%	3.735	2.827	-908	-24%
Otorinolaringoiatria	215	189	-26	-12%	3.843	3.293	-550	-14%
Servizio prelievi	1.777	1.651	-126	-7%	4.585	4.260	-325	-7%
Totale complessivo	2.733	2.568	-165	-6%	21.426	20.425	-1.001	-5%

SEDE DISTRETTUALE DI MIGLIONICO								
	NUMERO PRESTAZIONI				VALORE PRESTAZIONI €			
Servizio	2018	2019	Δ	Δ %	2018	2019	Δ	Δ %
Attività Distrettuali	12	2	-10	-83%	109	18	-90,9	-83%
Neurologia	90	107	17	19%	1.752	2.142	389,97	22%
Servizio prelievi	1.017	868	-149	-15%	2.624	2.239	-384,42	-15%
Totale complessivo	1.119	977	-142	-13%	4.485	4.400	-85,35	-2%

SEDE DISTRETTUALE DI MONTALBANO								
	NUMERO PRESTAZIONI				VALORE PRESTAZIONI €			
Servizio	2018	2019	Δ	Δ %	2018	2019	Δ	Δ %
Chirurgia	245	167	-78	-32%	4.891	3.244	-1.647	-34%
Laboratorio di Analisi	983	1.069	86	9%	2.536	2.758	222	9%
Ortopedia	97	0	-97	-100%	2.073	0	-2.073	-100%
Totale complessivo	1.325	1.236	-89	-7%	9.500	6.002	-3.497	-37%

SEDE DISTRETTUALE DI MONTESCAGLIOSO								
	NUMERO PRESTAZIONI				VALORE PRESTAZIONI €			
Servizio	2018	2019	Δ	Δ %	2018	2019	Δ	Δ %
Attività Distrettuali	13	1	-12	-92%	269	21	-248	-92%
Cardiologia Medica	110	81	-29	-26%	1.631	1.237	-394	-24%
Chirurgia	31	52	21	68%	640	1.074	434	68%
Neurologia	365	327	-38	-10%	7.101	6.262	-839	-12%
Otorinolaringoiatria	175	128	-47	-27%	3.120	2.218	-901	-29%
Psichiatria	31	70	39	126%	400	973	573	143%
Psicologia	0	605	605	0%	0	15.958	15.958	0%
Servizio prelievi	2.205	1.980	-225	-10%	5.689	5.108	-581	-10%
Totale complessivo	2.930	3.244	314	11%	18.849	32.852	14.003	74%

SEDE DISTRETTUALE DI OLIVETO LUCANO								
	NUMERO PRESTAZIONI				VALORE PRESTAZIONI €			
Servizio	2018	2019	Δ	Δ %	2018	2019	Δ	Δ %
Pediatria	21	42	21	100%	318	627	309	97%
Servizio prelievi	275	219	-56	-20%	710	565	-145	-20%
Totale complessivo	296	261	-35	-12%	1.027	1.192	165	16%

SEDE DISTRETTUALE DI PISTICCI								
	NUMERO PRESTAZIONI				VALORE PRESTAZIONI €			
Servizio	2018	2019	Δ	Δ %	2018	2019	Δ	Δ %
Dermatologia	662	611	-51	-8%	12.793	11.951	-842	-7%
Medicina	834	940	106	13%	12.965	14.495	1.530	12%
Neurologia	461	473	12	3%	8.486	8.594	108	1%
Neuropsichiatria	61	65	4	7%	930	940	10	1%
Oculistica	853	768	-85	-10%	14.588	13.105	-1.483	-10%
Odontoiatria	905	796	-109	-12%	9.237	8.110	-1.127	-12%
Ortopedia	776	722	-54	-7%	12.930	12.410	-520	-4%
Otorinolaringoiatria	151	132	-19	-13%	2.249	2.007	-243	-11%
Pediatria	2	0	-2	-100%	41	0	-41	-100%
Psicologia	0	549	549	0%	0	8.332	8.332	0%
Radiologia	458	1.406	948	207%	22.629	70.195	47.567	210%
Totale complessivo	5.163	6.462	1.299	25%	96.848	150.139	53.291	55%

SEDE DISTRETTUALE DI POLICORO								
	NUMERO PRESTAZIONI				VALORE PRESTAZIONI €			
Servizio	2018	2019	Δ	Δ %	2018	2019	Δ	Δ %
Attività Distrettuali	0	87	87	0%	0	791	791	0%
Cardiologia	3.708	231	-3.477	-94%	57.353	3.508	-53.845	-94%
Chirurgia	817	45	-772	-94%	16.755	930	-15.826	-94%
Dermatologia	957	54	-903	-94%	18.965	1.108	-17.857	-94%
Medicina dello Sport	535	0	-535	-100%	32.581	0	-32.581	-100%
Neurologia	2.157	203	-1.954	-91%	38.588	3.847	-34.742	-90%
Neuropsichiatria	543	0	-543	-100%	6.913	0	-6.913	-100%
Odontoiatria	665	0	-665	-100%	10.741	0	-10.741	-100%
Otorinolaringoiatria	658	0	-658	-100%	10.407	0	-10.407	-100%
Servizio prelievi	0	1.593	1.593	0%	0	4.110	4.110	0%
Totale complessivo	10.040	2.213	-7.827	-78%	192.304	14.293	-178.010	-93%

SEDE DISTRETTUALE DI STIGLIANO								
	NUMERO PRESTAZIONI				VALORE PRESTAZIONI €			
Servizio	2018	2019	Δ	Δ %	2018	2019	Δ	Δ %
Chirurgia	173	166	-7	-4%	3.507	3.414	-93	-3%
Dermatologia	76	70	-6	-8%	1.516	1.412	-104	-7%
Neurologia	357	347	-10	-3%	6.477	6.355	-121	-2%
Neuropsichiatria	66	48	-18	-27%	895	749	-146	-16%
Oculistica	599	586	-13	-2%	10.072	9.558	-514	-5%
Odontoiatria	256	196	-60	-23%	6.218	3.373	-2.845	-46%
Ortopedia	175	138	-37	-21%	2.956	2.314	-641	-22%
Otorinolaringoiatria	464	442	-22	-5%	7.408	6.975	-433	-6%
Pediatria	293	213	-80	-27%	5.015	3.564	-1.451	-29%
Psicologia	0	36	36	0%	0	697	697	0%
Totale complessivo	2.459	2.242	-217	-9%	44.063	38.412	-5.651	-13%

SEDE DISTRETTUALE DI SAN MAURO FORTE								
	NUMERO PRESTAZIONI				VALORE PRESTAZIONI €			
Servizio	2018	2019	Δ	Δ %	2018	2019	Δ	Δ %
Dermatologia	8	18	10	125%	165	372	207	125%
Ortopedia	98	98	0	0%	1.676	1.814	138	8%
Pediatria	309	215	-94	-30%	5.214	3.907	-1.307	-25%
Totale complessivo	415	331	-84	-20%	7.055	6.093	-961	-14%

SEDE DISTRETTUALE DI SALANDRA								
	NUMERO PRESTAZIONI				VALORE PRESTAZIONI €			
Servizio	2018	2019	Δ	Δ %	2018	2019	Δ	Δ %
Attività Distrettuale	3	3	0	0%	12	12	0	0%
Cardiologia Medica	141	208	67	48%	1.947	2.923	976	50%
Chirurgia	53	41	-12	-23%	1.006	824	-182	-18%
Neurologia	131	146	15	11%	2.280	2.497	217	10%
Servizio prelievi	772	815	43	6%	1.992	2.103	111	6%
Totale complessivo	1.100	1.213	113	10%	7.237	8.359	1.122	15%

SEDE DISTRETTUALE DI TRICARICO								
	NUMERO PRESTAZIONI				VALORE PRESTAZIONI €			
Servizio	2018	2019	Δ	Δ %	2018	2019	Δ	Δ %
Attività Distrettuali	77	115	38	49%	340	924	584	172%
Dermatologia	155	131	-24	-15%	3.094	2.575	-519	-17%
Neurologia	257	257	0	0%	4.761	4.761	1	0%
Odontoiatria	256	247	-9	-4%	4.986	4.526	-460	-9%
Otorinolaringoiatria	219	212	-7	-3%	4.013	3.798	-215	-5%
Psichiatria	36	52	16	44%	589	764	176	30%
Psicologia	0	507	507	0%	0	10.025	10.025	0%
Totale complessivo	1.000	1.521	521	52%	17.782	27.373	9.591	54%

SEDE DISTRETTUALE DI TURSI								
	NUMERO PRESTAZIONI				VALORE PRESTAZIONI €			
Servizio	2018	2019	Δ	Δ %	2018	2019	Δ	Δ %
Chirurgia	293	225	-68	-23%	5.709	4.489	-1.220	-21%
Dermatologia	94	66	-28	-30%	1.834	1.278	-555	-30%
Oculistica	548	259	-289	-53%	10.176	4.592	-5.584	-55%
Odontoiatria	68	40	-28	-41%	1.107	651	-456	-41%
Ortopedia	66	86	20	30%	1.131	1.428	297	26%
Otorinolaringoiatria	434	571	137	32%	7.797	9.894	2.097	27%
Totale complessivo	1.503	1.247	-256	-17%	27.754	22.332	-5.422	-20%

POLIAMBULATORIO – VIA MONTESCAGLIOSO, MATERA								
	NUMERO PRESTAZIONI				VALORE PRESTAZIONI €			
Servizio	2018	2019	Δ	Δ %	2018	2019	Δ	Δ %
Attività Distrettuali	749	758	9	1%	15.348	15.438	90	1%
Cardiologia	3.893	4.706	813	21%	74.844	87.629	12.785	17%
Chirurgia	468	607	139	30%	9.497	12.434	2.938	31%
Dermatologia	1.030	1.004	-26	-3%	19.903	19.606	-297	-1%
Fisioterapia	345	187	-158	-46%	6.810	3.701	-3.109	-46%
Geriatrica territoriale	574	531	-43	-7%	38.360	33.702	-4.658	-12%
Ginecologia	525	347	-178		9.532	6.057	-3.475	
Medicina dello Sport	2.084	2.236	152	7%	124.803	122.131	-2.672	-2%
Neurologia	1.207	1.116	-91	-8%	20.015	18.517	-1.497	-7%
Oculistica	1.943	2.001	58	3%	35.707	35.851	143	0%
Odontoiatria	2.446	2.487	41	2%	52.960	55.598	2.638	5%
Otorinolaringoiatria	1.693	1.857	164	10%	25.459	27.797	2.338	9%
Pneumologia Territoriale	14.216	13.967	-249	-2%	379.459	360.229	-19.230	-5%
Psicologia	0	756	756	0%	0	10.416	10.416	0%
Totale complessivo	31.173	32.560	1.387	4%	812.696	809.104	-3.591	0%

PIAZZA FIRENZE – MATERA								
	NUMERO PRESTAZIONI				VALORE PRESTAZIONI €			
Servizio	2018	2019	Δ	Δ %	2018	2019	Δ	Δ %
Attività Distrettuali	176	117	-59	-34%	454	302	-152,22	-34%
Servizio prelievi	5.785	5.943	158	3%	14.925	15.333	407,64	3%
Totale complessivo	5.961	6.060	99	2%	15.379	15.635	255,42	2%

Come evidenziato dalle tabelle sopra riportate, nel 2019 il trend delle prestazioni nelle sedi distrettuali ha evidenziato nella maggior parte delle stesse, un incremento nel numero di prestazioni, ma nella relativa valorizzazione economica vi è un allineamento rispetto all'anno precedente.

Per tutte le branche si è provveduto ad attivare le agende CUP in relazione alle classi di priorità secondo le indicazioni regionali ed aziendali.

Nel corso del 2019 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.

Nell'ambito dell'assistenza specialistica territoriale, a metà strada con l'assistenza domiciliare, si collocano anche le prestazioni domiciliari di Chirurgia Territoriale, effettuate storicamente da uno specialista chirurgo aziendale, che fino al 2012 hanno riguardato generalmente assistiti in regime di ADI nella Asl ex 4. A partire dal 2013 l'attività di Chirurgia Territoriale è stata estesa anche ai Comuni dell'ex ASL n. 5 di Montalbano Jonico. La suddetta attività ambulatoriale, continuata per tutto il 2018, viene svolta dietro richiesta al Cup. Altra importante attività a cavallo tra l'assistenza specialistica territoriale e l'assistenza specialistica quella di Neurologia Territoriale, svolta storicamente nel territorio dell'ex ASL n. 5 di Montalbano Jonico ed in particolare nelle sedi ospedaliere di Policoro, Tinchì e Stigliano.

Da rilevare una intensa collaborazione sia con l'Ospedale di Policoro (dalla Medicina al Pronto Soccorso) che con quello di Matera, in particolare con la Neurologia diretto allo start-up del Laboratorio di EEG.

A Policoro sono stati eseguiti ulteriori controlli neurologici per la Medicina del Lavoro.

2.4.2.2 AREA DELLA CRONICITA' – INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

Nel corso del 2019 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;
- 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 e di Grottole;
- organizzazione e svolgimento corso di aggiornamento per il personale infermieristico sulla dimissione protetta nel Dipartimento medico.

2.4.2.3 PNEUMOLOGIA TERRITORIALE

Nel corso del 2019 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 2019 è stata potenziata la collaborazione con i Medici di Medicina Generale, Pediatri di libera scelta, Medici di continuità assistenziale, Medici Ospedalieri, Specialisti ambulatoriali, attraverso numerosi incontri 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.

Oltre a Emogasanalisi arteriose vengono effettuati a domicilio anche Monitoraggi saturimetrici notturni, con scarico, lettura e refertazione dei dati al mattino successivo, per idoneo e accurato controllo di pazienti affetti da Insufficienza respiratoria latente (notturna) o conclamata.

In via di mera sintesi si riportano di seguito le prestazioni per pazienti ambulatoriali e in Home care effettuate nel 2019

Prestazioni	Numero	Valore economico €
Visite pneumologiche	2.846	45.948,86
Anamnesi e valutaz. definite brevi	269	3.472,79
Spirometrie semplici	328	7.622,72
Spirometrie globali	2.462	91.439,58
Resistenze delle vie aeree	1611	37.439,64
Diffusione alveolo-capillare	527	12.247,48
Emogasanalisi arteriose	685	8.439,20
Prelievo di sangue arterioso	419	2.396,68
Monit. incruento della saturazione	2024	18.823,20
Test del cammino	561	31.292,58
Test di broncodilatazione	820	30.487,60
Monitoraggi cardioresp. notturni	424	59.122,56
Test allergologici	682	8.691,76
Somministraz. di altro vaccino	120	1.394,40
Intradermoreazione di Mantoux	123	738,00
TOTALE	13.901	359.557,05

2.4.2.4 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

Nel 2019 il Servizio Cure Domiciliari è stato uniformato su tutto il territorio aziendale alle linee guida regionali. A partire dal 01/10/2018, dopo formazione specifica del personale dei Distretti referenti ADI, è stato attivato il sistema Atlante per la gestione ADI come da progetto Regionale con lo studio Vega. Sono stati allineati tutti i dati relativi ai casi trattati e per l'anno 2019 i dati sono stati inviati in Regione e al Ministero.

Per tutto il 2019 è stata monitorata l'applicazione dei percorsi assistenziali formulati e condivisi con l'U.O.S.D. Area Crnicità e alcune U.O. Ospedaliere per la dimissione protetta e i ricoveri presso le strutture residenziali.

L'obiettivo fissato dalla programmazione sanitaria regionale in merito alla percentuale di cittadini over 64 da trattare in ADI per l'anno 2019 è pari al 10%. Al fine di valutare il raggiungimento del suddetto obiettivo da parte dei servizi ADI della ASM è stato calcolato il seguente rapporto:

n° dei cittadini > 65 trattati in ADI sull'intero territorio aziendale/n° dei cittadini residenti con età > 65.

Pur non essendo ancora definitivi, in base ai dati attuali, complessivamente nell'intera ASM, i pazienti assistiti in ADI nel 2019 sono stati 3.384, di cui 2.859 con un'età superiore a 65 anni (pari all' 85%); per effetto di tali valori, il numero complessivo di pazienti con età superiore a 65 anni assistiti in ADI è stato pari al 5,13%, comunque inferiore a quello dell'anno precedente, pari al 6,4%, al di sotto dunque del target del 10% fissato dalla programmazione regionale.

Sulla scorta dei dati rilevati, che sono suscettibili di variazioni, nel 2019 si è registrato rispetto al 2018:

- un incremento di 734 pazienti complessivi trattati (+27%),
- un incremento di 589 pazienti con età superiore a 65 anni (+26%).

Anche la percentuale di pazienti ultrasessantacinquenni trattata in ADI nel 2019, pari come detto al 6,4%, è superiore a quella rilevata nel 2018, pari a 5,13%.

Le patologie maggiormente trattate sono le vasculopatie, le malattie neurologiche, le patologie ortopediche, le malattie temporaneamente invalidanti, le malattie oncologiche e le malattie terminali.

La fascia di età prevalente è quella degli over 64 che costituisce oltre l' 85% del totale degli assistiti in ADI.

Nell'ambito delle cure domiciliari sono state effettuate anche delle prestazioni occasionali, in particolare 807. È stata monitorata l'applicazione dei percorsi assistenziali formulati e condivisi dall'U.O. della Cronicità, MMG e alcune UU.OO. Ospedaliere per le dimissioni protette e per i ricoveri presso le strutture residenziali. Sono state implementate le dimissioni protette dalle UU.OO. Ospedaliere.

Nel corso del 2019, per tutto il territorio della ASM, il Team di medicina palliativa con medico palliativista e psicologo, collaborano sempre più attivamente con MMG e PLS, i referenti distrettuali e Centro di Coordinamento, per la presa in carico e la gestione del malato terminale soprattutto per il trattamento del dolore e del fine vita. Nell'anno 2019 sono stati effettuati a domicilio sotto la guida dello specialista accessi di cateteri venosi periferici (circa 50 midline inseriti), al fine di evitare ricoveri in ospedale per quei pazienti già critici, migliorare l'assistenza del malato e rendere più agevole sia la terapia del dolore che le terapie parenterali.

Nell'anno 2020 partirà il Progetto per la Centrale delle Dimissioni Protette per il P.O. "Madonna delle Grazie" di Matera.

Nel prospetto che segue sono riportati i dati più significativi trasmessi alla Regione, relativamente alle Cure Domiciliari registrati nel 2019, sia pure suscettibili di variazioni.

Tipologia dati cure domiciliari			
PRESTAZIONI ADI	2018	2019	Δ %
Cittadini in cure domiciliari totale	2.650	3384	+27%
Popolazione totale	198.867	197.909	-0,5%
% Cittadini totale in cure domiciliari/cittadini totali	1,33%	1,70%	-28%
di cui Cittadini in Cure Domiciliari > 65	2.270	2.859	-26%
Popolazione > 65	44.248	44.644	+1%
% cittadini in cure domiciliari > 64 /popolazione > 64	5,13%	6,4%	+25%
Ore prestazioni infermieristiche	85.474	96.556	+13%
Ore prestazioni fisioterapiche	25.947	26.355	+2%
Ore prestazioni altri operatori (Medico palliativista, Psicologo, OSS)	11.727	12.564	+7%
Accessi medici di medicina generale	11.280	1.652	-85%

2.4.2.5 CURE PRIMARIE

Anche nel 2019, come negli anni precedenti, è stata assicurata la gestione di tutte le attività previste dagli ACN svolte nella ASM dai 176 MMG, 25 PLS e 124 MCA (nelle 33 sedi).

Nel corso del 2019 è proseguito il lavoro di applicazione delle direttive nazionali sull'invio on – line delle prescrizioni per l'attivazione della ricetta dematerializzata.

In collaborazione con i responsabili dei distretti e delle sedi distrettuali sono state attivate le sedi di continuità assistenziale turistica a Mataponto Lido, San Basilio 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.

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

Obiettivo prioritario perseguito anche nel corso del 2019 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 attività previste dagli ACN, quelle di seguito elencate, non sono di competenza di questa struttura e vengono svolte dai dirigenti medici distrettuali:

- Gestione e verifica delle prestazioni di particolare impegno professionale, ADI e ADP dei MMG, PLS e CA, che vengono poi trasmesse alla struttura preposta alla liquidazione;
- Verifica, prevista dall'art. 36 dell'ACN dei requisiti di apertura degli studi dei medici;
- Gestione delle sedi di CA, forniture di attrezzature, materiali e farmaci, e tenuta e gestione dei registri CA;
- Collaborazione nell'incentivare i MMG, PLS e CA al corretto uso delle risorse (Appropriatezza prescrittiva);
- Scelta revoca dei MMG e PLS.

2.4.2.6 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 2019 è stato dato grande impulso al processo di integrazione e aggregazione delle risorse umane fra le strutture degli Ospedali per Acuti e le Strutture Ospedaliere Distrettuali, attraverso la predisposizione di procedure e 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.

Indicatori di risultato in tal senso sono da considerare:

- la tempestività della presa in carico riabilitativa,
- l'appropriatezza del percorso assistenziale, verificabile dai dati delle prestazioni delle strutture accreditate, dalla mobilità passiva e dalla riduzione dei ricoveri di riabilitazione codice 56, codice 60 e Strutture Extraospedaliere ex art. 26,
- la qualità degli interventi con contenimento delle menomazioni e disabilità conseguente a un evento acuto.

Nello specifico, nel corso del 2019, dopo un periodo di rivalutazione dei bisogni aziendali e territoriali, si è lavorato per dare omogeneità alla funzione ospedaliera per acuti, e una organizzazione territoriale funzionale. Obiettivo perseguito nel contesto territoriale, è stato quello, per l'ospedale di Stigliano e Tinchì, di creare un'area funzionale omogenea dove si prevede l'intervento della U.O. di Medicina Fisica e Riabilitazione come supporto di consulenza fisiatrica e trattamento riabilitativo ai reparti oltre ad un servizio ambulatoriale con visite fisiatriche, controlli e trattamenti riabilitativi e logopedici aperto all'esterno. Visite Fisiatriche e valutazioni funzionali per la commissione invalidi

Nell'Ospedale Distrettuale di Tinchì sono stati effettuati esami di EMG, e visite fisiatriche e trattamenti riabilitativi e logopedici.

Per gli ospedali di Policoro e Matera si garantisce il supporto di consulenze Fisiatriche e dei relativi trattamenti riabilitativi e logopedici ai reparti richiedenti, ed un servizio ambulatoriale aperto all'esterno

con visite fisiatriche, controlli e valutazioni funzionali con i relativi trattamenti riabilitativi e logopedici e valutazioni per la commissione invalidi. Prescrizioni e collaudi di ausili e protesi. Ambulatorio di disturbi del movimento nei soggetti con spasticità attraverso, Infiltrazione di Tossina Botulinica a Matera.

Nel 2019 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 per l'appropriatezza prescrittiva nell'ambito dell'Assistenza Protesica, promuovendo la collaborazione con i Distretti Territoriali per favorire lo sviluppo ed implementazione dei percorsi diagnostici e terapeutici attraverso incontri con i Direttori di Distretto, i Medici di Medicina Generale.

L'U.O. ha collaborato con la Direzione Sanitaria Aziendale e con il Dipartimento di Cure Primaria alla stesura di procedure e percorsi riabilitativo- assistenziale utili a ridurre la mobilità passiva extra- regionale; ha concorso all'incremento della Distribuzione Diretta dei Farmaci del I ciclo di terapia in dimissione ospedaliera e/o della visita specialistica ambulatorio/ prestazioni riabilitative e/o diagnostiche mediante l'adozione del Ricettario regionale al fine di favorire l'appropriatezza prescrittiva e la riduzione della spesa farmaceutica territoriale.

Le prestazioni riabilitative rivolte a pazienti in fase acuta, e in fase estensiva ambulatoriale, sono rese in forma appropriata mediante condivisione della modalità di presa in carico con apposito modello di richiesta. Questo ha consentito di contenere i tempi di attesa sia per l'attività di consulenza entro 48 ore dalla data di arrivo della richiesta che per l'attività ambulatoriale con razionalizzazione delle prestazioni intermedie in favore di pazienti ricoverati, e in maggiore efficacia delle stesse.

Si riporta di seguito il numero di prestazioni riabilitative ambulatoriali effettuate nel 2019 a Matera e a Ferrandina, distinte per tipologia:

- Visite Fisiatriche N° 900, con un decremento di 80 visite rispetto al 2018
- Visite Fisiatriche controllo N° 259 con un aumento di 18 visite rispetto al 2018
- Prestazioni di FKT N° 22.202, con un incremento di 2.040 rispetto al 2018

Le consulenze fisiatriche effettuate in favore dei reparti ospedalieri aziendali (Ospedale di Policoro) nel 2019 sono state complessivamente 2.400, mentre le prestazioni riabilitative, erogate in favore delle UU.OO. del P.O. di Stigliano, sono state pari a 21.903.

Nel corso del 2019 sono state assicurate le attività relative all'Assistenza Protesica, per la verifica di congruità e appropriatezza prescrittiva, il monitoraggio del bisogno e delle risorse assegnate e le attività della commissione ASM per l'assistenza protesica.

Con riferimento alle attività dell'Unità di Valutazione dei Bisogni Riabilitativi, per il controllo e monitoraggio delle prestazioni riabilitative ex art.26 e supporto tecnico per attività di fisiokinesiterapia ex art. 26/833, si riporta di seguito l'elenco riassuntivo delle prestazioni effettuate nel 2019:

- Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva di ausili e apparecchi protesici e valutazione dei pazienti;
- Accettazione dei progetti riabilitativi inviati dai Centri di Riabilitazione accreditati ex art.26 L.833/78, valutazione dei programmi di intervento e convocazione a visita dei pazienti ;
- Espletamento della procedura (protocollo, notifica dell'autorizzazione ai Centri e agli utenti);
- Registrazione sulle schede personali e archiviazione delle pratiche;
- Colloqui verbali e telefonici con i Centri, con gli utenti e gli operatori socio-sanitari dei distretti per informazioni.

In particolare, in merito alle attività dell'U.V.B.R., nel corso del 2019, sono stati esaminati 1.443 progetti, ne sono stati autorizzati 1.381, 115 sono stati i progetti sottoposti a verifica, 24 i progetti respinti e/o dimessi, mentre le visite U.V.B.R. sono state 34.

2.4.2.7 ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE

Nel 2019 è stato garantito l'espletamento dei compiti istituzionali relativi all'assistenza farmaceutica territoriale, assicurando:

- Gestione della Convenzione farmaceutica nazionale con le farmacie aperte al pubblico (64 farmacie);
- Gestione dell'Assistenza Sanitaria Integrativa Regionale (ASIR) erogata attraverso le farmacie aperte al pubblico;

- Gestione della Distribuzione dei farmaci del PHT da parte delle farmacie aperte al pubblico in nome e per conto delle ASL (DPC);
- Gestione del servizio di fornitura di ossigenoterapia domiciliare (OTD) con ossigeno liquido
- Ricezione, controllo e archiviazione dei Piani Terapeutici relativi a determinati farmaci;
- Analisi dei profili prescrittivi dei medici e trasmissione ai Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta di reports trimestrali relativi alle prescrizioni farmaceutiche;
- Indagini mirate all'individuazione di aree di iperconsumo e di fenomeni di distorsione prescrittiva;
- Partecipazione ai programmi di intervento per la razionalizzazione della spesa farmaceutica; o Partecipazione a Commissioni a livello aziendale e regionale;
- Attività di informazione sul farmaco rivolta a medici, farmacisti e cittadini;
- Attività istruttoria, amministrativa e di vigilanza sulle farmacie aperte al pubblico, dispensari farmaceutici, parafarmacie;
- Rilascio di certificazioni nelle materie di competenza (stato di servizio, ruralità, titolarità, ...);
- Vidimazione registri stupefacenti;
- Vigilanza in materia di sostanze stupefacenti e psicotrope, compresa la distruzione delle sostanze/preparazioni scadute o non più utilizzabili;
- Adempimenti relativi alla Farmacovigilanza.

Per quanto concerne, poi, le segnalazioni di sospetta reazione avversa ai farmaci, nell'anno 2019 sono pervenute n. 16 schede di segnalazione che sono state esaminate dalla responsabile aziendale di Farmacovigilanza, per verificare la completezza e l'accuratezza delle informazioni contenute ed, eventualmente, richiedere al segnalatore alcuni chiarimenti o acquisire ulteriori informazioni. Infine, le citate schede sono state trasmesse all'AIFA attraverso la Rete Nazionale di Farmacovigilanza.

Per tutto il 2019 quest'Azienda ha assicurato il monitoraggio della spesa farmaceutica, attraverso il controllo sistematico del comportamento prescrittivo di ogni singolo medico MMG/PLS.

Nel corso del 2019 relativamente all'attività ispettiva sulle farmacie, la Commissione ex art. 17 L.R. 54/81 ha effettuato n. 5 visite ispettive.

2.4.2.8 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.

Nel corso del 2019 sono state svolte tutte le attività previste nel percorso di Accompagnamento alla Nascita, all'interno di tale percorso è stata curata l'intera organizzazione, le prenotazioni e la costituzione di gruppo; è stata effettuata l'attività di ascolto telefonico attraverso il quale sono state fornite informazioni di Educazione Sanitaria, sostegno allattamento, sulle prestazioni erogate dal Consultorio ecc.

Sono stati programmati nell'anno 2019 i seguenti incontri monotematici: "Nati per la musica", "Alimentazione in gravidanza", "Nati per leggere", "Bimbi sicuri". Sono state sensibilizzate le utenti all'uso del pannolino lavabile e l'uso della fascia.

Nell'anno 2019 nell'ambito del corso di Accompagnamento alla Nascita sono state implementate due nuove iniziative riguardanti: Incontri tematici sulla Partoanalgesia tenuti da un Medico Anestesista e Incontri Tematici sull'importanza dei vaccini tenuto da un Medico Igienista.

Inoltre, nel 2019, gli ambulatori di Gravidanza Fisiologica e di Ginecologia trasferiti da Marzo 2018 presso il Consultorio familiare, dopo aver azzerato le liste d'attesa, sono dal 1/09/2019 tornati ad essere svolti c/o l'U.O. di Ginecologia e Ostetricia del Presidio Ospedaliero di Matera, tornando detti ambulatori nell'alveo della legalità.

Si riportano di seguito le prestazioni registrate al CUP nel 2019, inerenti l'assistenza consultoriale erogata dal Consultorio familiare di Matera, sia di tipo ostetrico/ginecologico che di tipo psicologico.

Consultorio Familiare Matera						
Servizio	Numero	Numero	Δ %	Importo	Importo	Δ %
	2018	2019		2018	2019	
Ginecologia	1.061	1.094	3%	47.099	42.326	-10%
Psicologia	1.556	851	-45%	36.600	28.917	-21%
Totale	2.617	1945	-26%	83.699	71.243	-15%

Le prestazioni della Psicologia sono state rilevate nell'ambito delle prestazioni specialistiche- ambulatoriali riportate in ogni distretto.

Preliminarmente all'analisi dei dati sopra riportati, è necessario sottolineare come tali dati si riferiscono esclusivamente alle prestazioni registrate nella procedura CUP, e quindi non sono esaustivi della totalità delle attività erogate dai servizi territoriali, come di seguito più chiaramente evidenziato.

Per quanto riguarda l'attività espletata all'interno del Consultorio di Matera, si riportano alcuni dati di attività non registrati al CUP:

	PRESTAZIONI E ATTIVITA'	Numeri totali
1	Pap-test	1.246
2	HPV	1.125
3	Sostegno Allattamento	120
4	Cure al Neonato	30
5	Massaggio Anticoliche	8
6	Consulenze Telefoniche	350
7	Informazione sui Servizi	200
8	Counselling Contraccezione	130
9	Counselling Menopausa	350
10	Counselling Preconcepimento	30
11	Educazione Sanitaria	120
12	Informazioni percorso SCR regionale	700
13	Collaborazione Ambulatorio	790
14	Prenotazioni Ambulatorio	860
15	Iscrizioni e informazioni sul Corso di Accompagnamento alla Nascita	250
16	Interventi di sostegno nell'espletamento di pratiche amministrative per donne migranti	17
	TOTALE	6.326

Di seguito si riportano i corsi effettuati nel corso del 2019, con il numero di incontri per ogni singolo corso e di accessi per ogni singolo incontro

CORSI DI MASSAGGIO AL NEONATO			
Numero di corsi	Numero di incontri per ogni corso	Numero di utenti per ogni incontro	Numero Totale Accessi
12	4	14 Utenti di cui 7 Mamme e 7 Neonati per ciascun corso per un totale di 168 utenti (Mamme e Neonati)	672

CORSI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA			
Numero di corsi	Numero di incontri per ogni corso	Numero di utenti per ogni incontro	Numero Totale Accessi
8	12	28 donne gravide per ciascun corso per un totale di 227 donne gravide	2.724

INCONTRI MONOTEMATICI	Numero	Numero utenti per ogni incontro	Numero Accessi
Alimentazione in gravidanza	Numero Totale Incontri n. 2	Numero 30 utenti	Numero 60
Nati per Leggere	Numero Totale Incontri n. 5	Numero 35 utenti	Numero 175
Nati per la Musica	Numero Totale Incontri n. 4	Numero 20 utenti	Numero 80
Bimbi Sicuri	Numero Totale Incontri n.8	Numero 30 utenti	240

Con riferimento alle prestazioni effettuate dalla Psicologia Clinica, fermo restando che non tutte sono transitate dal CUP, il numero complessivo delle stesse nel 2019, così come rilevate dall'U.O., è stato pari a 21.819, a fronte delle 22.504 del 2018.

Nel corso dell'anno 2019 sono stati realizzati dalla U.O. Psicologia i seguenti eventi ed incontri formativi: "Accoglienza e presa in carico delle vittime di violenza"- Matera, "Gestione del rischio e prevenzione degli atti di violenza verso gli operatori sanitari", "Dipendenza e Differenze di genere", Brain Forum nazionale della Psicologia.

Il Servizio di Psicologia Clinica ha mantenuto l'apertura settimanale dello Sportello "Centro Clinico Mobbing e Burnout", rivolto ai dipendenti.

Nell'anno 2019, in riferimento al Benessere Aziendale, è stato promosso l'evento "Gestione del rischio e prevenzione degli atti di violenza verso gli operatori sanitari all'interno del contesto lavorativo" (n. 2 edizioni), riduzione della violenza sul posto di lavoro.

Le attività proposte e svolte sono state la risposta ai cambiamenti organizzativi attuati dall'Azienda.

Le finalità specifiche delle attività sono state:

- facilitare i processi e le modalità di collaborazione fra le diverse professioni;
- migliorare la comunicazione e collaborazione fra le diverse professioni;
- acquisizione di maggiori competenze per essere in grado di rafforzare l'empowerment dei collaboratori.

Le tematiche affrontate, finalizzate al miglioramento del clima lavorativo, hanno riguardato:

- l'identificazione organizzativa;
- il senso di comunità organizzata;
- la condivisione degli obiettivi;
- l'empowerment psicologico.

2.4.2.9 SALUTE MENTALE ADULTI

Le attività erogate nell'ambito della salute mentale dalla ASM nel 2019 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** 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.

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 2019, distinte per singola tipologia, raffrontate con l'anno precedente.

PRESTAZIONI CENTRO SAUTE MENTALE DI MATERA

Le prestazioni ambulatoriali totali registrate dal CSM di Matera nel 2019 sono state pari a 20.297 a fronte delle 20.262 prestazioni erogate nel 2018, con un leggero incremento inferiore allo 0,2%.

Con riferimento ai trattamenti complessi integrati, nel 2019 si sono registrati:

- n. 171 visite domiciliari programmate e urgenti, in netta diminuzione rispetto all'anno precedente (1.123), al di sotto del valore target predefinito di 700 visite, in conseguenza della carenza di personale infermieristico;
- n. 42 accessi presso i Distretti periferici, in netto aumento rispetto al 2018 (15), con sospensione degli accessi presso le sedi ambulatoriali distrettuali nei mesi di Giugno, Luglio, Agosto e Settembre;
- n. 3.938 interventi infermieristici, in netta diminuzione rispetto al 2018 (11.529), al di sotto del target predefinito di 10.000 interventi.

PRESTAZIONI CENTRO SAUTE MENTALE DI POLICORO

Nel 2019 il Centro di Salute Mentale di Policoro ha effettuato complessivamente 14.763 prestazioni, con un decremento del -29% rispetto al 2018 in cui erano state pari a 20.655 (n. -5.892 prestazioni in meno).

In riferimento ai **Centri Diurni**, si tratta di strutture semiresidenziali, tese a prevenire e contenere i ricoveri e ospitare utenti che necessitano durante le ore diurne d'interventi terapeutico-riabilitativi e di risocializzazione, sia individualizzati che di gruppo, volti a recuperare le abilità perdute nel corso della malattia psichiatrica.

Tali interventi partono dalle risorse dei singoli pazienti e tendono a favorirne il re-inserimento nel quotidiano fornendo i mezzi per affrontarne gli impegni e le difficoltà che lo stesso comporta.

Il Centro Diurno si pone, sin dalla sua apertura, come importante punto di riferimento per lo sviluppo delle relazioni interpersonali, e per il reintegro all'interno della Comunità Sociale.

In particolare le attività riabilitative comprendono:

- attività di risocializzazione sulle abilità individuali (cura si sé, attività quotidiane di gruppo);
- attività riabilitative di tipo ludico-espressivo, culturale e sportivo;
- attività riabilitative finalizzate ad esperienze di tipo lavorativo;
- attività di promozione alla salute mentale/lotta allo stigma e di supporto alle famiglie;
- attività di rete rivolte alla comunità locale (istituzioni, imprese, cooperative, associazioni).

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 frequenza media giornaliera di 10 pazienti;
- la seconda, più recente, denominata Centro Integrato Polivalente presso il Rione di Serra Rifusa, frequentata da 20 utenti.

Complessivamente le strutture hanno registrato 2.000 presenze.

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 p.l., 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, Colobrano, Montalbano e Tinchì, per un totale di 33 p.l.

Infine dai primi mesi del 2015 l'ASM ha avviato la gestione della **R.E.M.S.** (Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza), consentendo alla Regione Basilicata di rispondere all'obiettivo prioritario di curare e ridare dignità a particolari categorie di pazienti psichiatrici, favorendo il reinserimento sociale dei pazienti cui è rivolta. La R.E.M.S., infatti, vuole aprirsi all'esterno, curare e riabilitare, attraverso la continua interazione degli operatori con il mondo esterno, le associazioni di volontariato e tutti i soggetti coinvolti nei progetti di terapia e riabilitazione.

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, nel corso del 2019 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.

Con riferimento alle attività relative alla prevenzione dei disturbi della condotta alimentare nell'età adolescenziale svolte nel 2019 si segnala il seguente progetto nelle scuole:

“La prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) promuove il benessere psicofisico negli adolescenti”, Istituto Alberghiero, Istituto Tecnico Commerciale, Liceo Pedagogico, Liceo Scientifico, Liceo Classico, Liceo Artistico e Scuola Media Secondaria “Torraca”.

E' stato portato avanti il Progetto di Prevenzione DCA, nelle scuole del paese di Ferrandina : Istituto Istruzione Superiore “CASSOLA” BERNALDA- FERRANDINA : Liceo scientifico, Istituto Professionale, Istituto tecnico industriale.

Nel corso del 2019 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.

2.4.2.10 SER.D.

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

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

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

Nel corso del 2019 sono stati attuati 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 7 iniziative su 13 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 23 iniziative a fronte di 12 programmate;
- 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 2019, 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 numerosi 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.

Nel 2019 sono state realizzate 6 incontri nell'ambito delle campagne di prevenzione universale delle dipendenze da sostanze psicoattive legali ed illegali e comportamenti assimilabili all'uso di sostanze nelle scuole secondarie.

Nell'ambito del "Lavoro di rete", nel 2019, sono state realizzate 4 iniziative pubbliche promosse da Associazioni presenti sul territorio in collaborazione con il Ser.D sul tema delle dipendenze patologiche.

Nel corso del 2019, nell'ambito del Protocollo d'intesa "Prevenzione Universale delle dipendenze e peer education" tra l'ASM e l'Associazione di Promozione Sociale APS Giallosassi si Matera, sono stati realizzati 6 incontri del Gruppo di Coordinamento.

Si riportano di seguito, in via di mera sintesi, le tabelle riassuntive delle attività erogate nel 2019 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 – Anno 2019	Amb.	Dom.	Terr. (*)	Tot.
1	Attività telefonica	248	0	13	261
2	Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazione	11295	0	1062	12357
3	Attività di accompagnamento	0	1	0	1
4	Visite mediche	89	16	268	373
5	Colloqui (management clinico, psicologici, sociali, educat.)	552	0	332	884
6	Esami e procedure cliniche	7048	0	15	7063
7	Somministrazioni farmaci (diretta e affido)	25542	50	8	25582
8	Interventi psicoterapeutici individuali	0	0	0	0
9	Interventi psicoterapeutici coppia-famiglia	0	0	0	0
10	Interventi psico/socio/educativi	2	0	0	2
11	Test psicologici	1	0	0	1
12	Attività di supporto generale al paziente	0	0	0	0
13	Predisposizione/revisione progetto terap. indiv. e neg. ter.	134	0	524	658
14	Prestazioni alberghiere	0	0	0	0
15	Prestazioni straordinarie di carattere economico assistenziale	0	0	0	0
16	Prestazioni generali di prevenzione primaria	0	0	132	132
17	Prestazioni generali di prevenzione secondaria (patol. correl.)	0	0	0	0
18	Riunioni organizzative e dipartimentali	111	0	0	111
19	Partecipazione a commissioni, comitati esterni	17	0	0	17
20	Riunioni organizzative -metodologiche interne	10	0	0	10
21	Attività di coordinamento/di rete	30	0	0	30
22	Attività di progetto (ricerca ed interventi spec.)	16	0	0	16
23	Attività di formazione e addestramento per operatori	6	0	0	6
24	Stesura di rapporti/relazioni dell' attività della U.O.	0	0	1	1
TOTALE		45083	67	2355	47505

*Le prestazioni comprendono quelle erogate presso la Casa Circondariale di Matera

Codice	Prestazioni Ser.D Policoro – Anno 2019	Amb.	Dom.	Terr.	Tot.
1	Attività telefonica	0	0	0	1288
2	Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazione	0	0	0	18838
3	Attività di accompagnamento	0	10	0	10
4	Visite mediche	1747	7	47	1801
5	Colloqui (management clinico, psicologici, sociali, educat.)	0	0	0	2392
6	Esami e procedure cliniche	0	0	0	10353
7	Somministrazioni farmaci (diretta e affido)	0	0	0	20718
8	Interventi psicoterapeutici individuali	0	0	0	197
9	Interventi psicoterapeutici coppia-famiglia	0	0	0	73
10	Interventi psico/socio/educativi	0	0	0	6
11	Test psicologici	0	0	0	108
12	Attività di supporto generale al paziente	0	0	0	131
13	Predisposizione/revisione progetto terapeutico indiv. e neg. ter.	0	0	0	1473
14	Prestazioni alberghiere	0	0	0	0
15	Prestazioni straordinarie di carattere economico assistenziale	0	0	0	0
16	Prestazioni generali di prevenzione primaria	0	0	94	94
17	Prestazioni generali di prevenzione secondaria (patologie corr.)	0	0	0	4
18	Riunioni organizzative e dipartimentali	0	0	0	30
19	Partecipazione a commissioni, comitati esterni	0	0	0	0
20	Riunioni organizzative -metodologiche interne	0	0	0	306
21	Attività di coordinamento/di rete	0	0	0	355
22	Attività di progetto (ricerca ed interventi spec.)	0	0	0	13
23	Attività di formazione e addestramento per operatori (*)	0	0	0	478
24	Stesura di rapporti/relazioni dell' attività della U.O.	0	0	0	68
	TOTALE	1747	17	141	58700

**il dato comprende l'attività di tutoraggio dei tirocinanti (giornate di accesso al Ser. D)*

2.4.2.11 ASSISTENZA PENITENZIARIA

Nel 2019 si sono consolidati gli aspetti funzionali delle procedure attivate per l'assistenza penitenziaria.

Si riportano di seguito i dati maggiormente significativi dell'attività svolta in detto periodo dal personale infermieristico:

Attività 2019	Numero
Utenti mediamante in trattamento giornaliero	170
Esecuzione ECG	25
Richiesta approv.to farmaci	24
Richiesta approv.to cancelleria	12
Controllo scadenza farmaci	6
Rilevazioni HGT	2.276
Somministrazione insulina	1.670
Somministrazione metadone	1.980
Prelievi ematici	245
Rilevazione parametri vitali	1.130
Somministrazioni giornaliere terapie orali	62.350
Medicazioni	340
Somministrazione terapia intramuscolare	340
Somministrazione terapia sottocutanea	340
Somministrazione Aerosol terapia	50
Somministrazione terapia endovenosa	50
Assistenza supporto visite ODT	190

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 2019, distinte per singola U.O. erogante.

Di seguito si riportano i dati di attività complessivi effettuati dalle U.O. nell'anno 2019.

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 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.

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

AREA DI INTERVENTO - VOCI TABELLA ANNO 2019		ATTIVITA'		ATTIVITA' SVOLTA - ANNO 2019			OBIETTIVO PROGRAM. 2019	EVENTUALI NOTE
		Num.	Den.	Num.	Den.	%		
A)	Verifica preliminare alla realizzazione, attivazione, modifica di attività di produzione, preparazione e confezionamento, deposito, trasporto, somministrazione e commercio di prodotti alimentari di competenza e bevande e rilascio relativo parere:							RICHIESTA NON PREVEDIBILE
	1. pareri preventivi su progetto	A	A	31	31	100	100	
	2. istruttorie per le registrazioni (SCIA)	A	A					
	a) sopralluoghi							
	3. registrazioni (SCIA)	A	A	875	875	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:							ATTIVITA' NON PREVEDIBILE E NON PROGRAMMABILE
	1. sopralluoghi attività vigilate	A	A	269	269	100	100	
	2. accessi (attività chiusa)	A	A	22	22	100	100	
	3. non conformità/inadeguatezze accertate (ex prescrizioni)	A	A	45	45	100	100	
	4. sanzioni	A	A	55	55	100	100	
	5. provvedimenti autorità competente locale sospensioni/chiusure/revoche/conforme sequestri	A	A	63	63	100	100	
	6. notizie di reato	A	A	0	0			
	7. provvedimenti per il sistema d'allerta	A	A	3	3	100	100	
	8. Campionamenti matrici alimentari (totale)	A	A	233	233	100	100	
C)	Controllo ufficiale sulla produzione e sul commercio dei prodotti dietetici e degli alimenti per la prima infanzia (campionamenti)	C	C	10	10	100	100	ATTIVITA' PROGRAMMATA
D)	Sorveglianza per gli specifici aspetti di competenza sui casi presunti o accertati di infezioni, intossicazioni, tossinfezioni di origine alimentare e relative indagini epidemiologiche	A	A	4	4	100	100	RICHIESTA NON PREVEDIBILE
E)	Rilascio dei pareri relativi ai mezzi di trasporto terrestre degli alimenti di origine non animale:	VOCE SOPPRESSA						PER VARIAZIONE DELLA NORMA IL DATO E' INGLOBATO NELLA VOCE SCIA
	1. istruttorie per le registrazioni (SCIA)							
	a) sopralluoghi							
	2. registrazioni (SCIA)							

AREA DI INTERVENTO - VOCI TABELLA ANNO 2019		ATTIVITA'		ATTIVITA' SVOLTA - ANNO 2019			OBIETTIVO PROGRAM. 2019	EVENTUALI NOTE
		Num.	Den.	Num.	Den.	%		
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) attestazioni di idoneità b) provvedimenti	C	C	438 2	438 2	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			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	10	10	100	100	Attività programmata
j)	Attuazione dei Piani regionali di controllo dei residui antiparassitari negli alimenti (campionamenti)	C	C	71	71	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	0	0			
	b) consulenza in caso di intossicazioni	A	A	0	0			
	c) ispezioni attività	A	A	0	0			
	d) corsi formativi ai raccoglitori	A	A	4	4			
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	9098	9098	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) - Sorveglianza nutrizionale presso le scuole o incontri o scrinati	C	C	198 7 208	198 7 208	100	100	Dati epidemiologici non noti
O)	Interventi di prevenzione nutrizionale per la diffusione delle conoscenze di stili alimentari corretti:							Richiesta non prevedibile
	a) incontri formativi	A	A	0	8			
	b) soggetti contattati	A	A	0	0			
P)	Interventi per la ristorazione collettiva:							Richiesta non prevedibile
	a) predisposizione, verifica e controllo delle tabelle dietetiche	A	A	15	17	89	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

DENOMINATORE

A = n° richieste pervenute

B = n° attività o popolazioni di riferimento

C = n° interventi previsti per disposizioni particolari

* settore agricolo

** nuove attività

*** non pervenuta alcuna richiesta

**** attivazione tendenziale

U.O. IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITÀ PUBBLICA

AZIENDA SANITARIA DI MATERA - DIPARTIMENTO PREVENZIONE COLLETTIVA DELLA SALUTE UMANA							
UNITA' OPERATIVA: IGIENE EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBLICA				TOTALE		TAB. N. 1 anno 2019	
AREA DI INTERVENTO (VOCI TABELLA)		ATTIVITA'		ATTIVITA' SVOLTA			OBIET. PROG.
		NUM.	DEN.	NUM.	DEN.	%	
A)	mappatura dei fattori di rischio per le popolazioni - studi epidemiologici di competenza	B	B	3	3	100	
B)	profilassi delle malattie infettive e diffuse (notifiche e relative indagini epidemiologiche)	A	A	77	77	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	20	20	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	1900	1900	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	10500	10500	100	
G)	pareri con sopralluogo (igienicità, abitabilità esposti per inconvenienti igienico sanitari);	a	A	260	260	100	
H)	pareri igienico - sanitari richiesti da autorità ed amministrazioni pubbliche e soggetti privati;	a	A	685	685	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 detersivi sintetici.	a	A	2	2	100	

AZIENDA SANITARIA DI MATERA - DIPARTIMENTO PREVENZIONE COLLETTIVA DELLA SALUTE UMANA UNITA' OPERATIVA: IGIENE EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBLICA TOTALE TAB. N. 1 anno 2019								
AREA DI INTERVENTO (VOCI TABELLA)		ATTIVITA'		ATTIVITA' SVOLTA			OBIET. PROG.	EVENTUALI NOTE
		NU M.	DEN.	NUM.	DEN.	%		
L)	attuazione dei piani regionali di controllo e vigilanza sui rivenditori di fitofarmaci	b	B	30	30	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	0	0	0		
P)	attività di protezione dai rischi dell'amianto di spettanza delle aziende U.U.S.S.LL. ai sensi della Legge 27 marzo 1992 n. 257 e relativa normativa di attuazione;	a	A	25	25	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	30	30	100		
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	20	20	100		il denominatore rappresenta il numero di scuole che hanno richiesto un intervento
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	300	300	100		
W)	N. adempimenti per l'istruttoria delle istanze della L. 210/92	A	A	10	10	100		
x)	N. Pareri di competenza ai sensi della L. R. 28/2000	A	A	25	25	100		
X1)	partecipazione commissioni tecniche dipartimentali ex DGR 259/2011	A	A	0	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

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

AZIENDA SANITARIA DI MATERA - DIPARTIMENTO PREVENZIONE COLLETTIVA DELLA SALUTE UMANA								
UNITA' OPERATIVA: Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro					TAB. N. 3 anno 2019			
AREA DI INTERVENTO (VOCI TABELLA)		ATTIVITA'		ATTIVITA' SVOLTA			Obiettivo program.	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.							Relazione
C)	Monitoraggio degli ambienti di lavoro	B	B					Relazione
D)	Prescrizione di protocolli sanitari mirati.	b	B	1	50			
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	253	5000	5,1	10	Di cui:
								a) Imprese edili ispez.: 258;
								b) Unità produttive dei comparti ispezionate: n. 168;
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	0	0			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	6	6	100	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	745	745	100	100	Comprende le Notifiche preliminari (600) e i Piani di Lavoro di Bonifica da Amianto (113 + 32 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	6	6	100	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	50	50	100	100	
K)	Esame delle richieste di deroga alla frequenza o esenzione degli accertamenti sanitari periodici.	a	A	0	0			Non è pervenuta alcuna richiesta.
L)	Giudizi di idoneità alle mansioni su richiesta del lavoratore e dei Datori di Lavoro che ricorrono avverso il giudizio espresso dal medico competente aziendale.	a	A	1 1	1 1	100	100	
M)	Esecuzione di accertamenti sanitari preventivi e periodici previsti dalla normativa vigente a tutela dei lavoratori minori e degli apprendisti e visite mediche preventive in fase preassuntiva.	a	A	0	0			Non è pervenuta alcuna richiesta.
N)	Controlli di carattere sanitario previsti dalla normativa per la tutela delle lavoratrici madri.	a	A					Competenza S.I.S.P.
O)	Accertamenti ed inchieste, di propria iniziativa o su richiesta dell'autorità giudiziaria, concernenti casi di malattie professionali e di infortunio.	a	A	28	28	100	100	

AZIENDA SANITARIA DI MATERA - DIPARTIMENTO PREVENZIONE COLLETTIVA DELLA SALUTE UMANA								
UNITA' OPERATIVA: Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro					TAB. N. 3 anno 2019			
AREA DI INTERVENTO (VOCI TABELLA)		ATTIVITA'		ATTIVITA' SVOLTA			Obiettivo program.	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	15	15	100	100	
Q)	Rilascio dei Certificati di restituibilità di ambienti indoor bonificati da amianto.	c	C	1	1	100	100	
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	8	8	100	100	
T)	Sopralluoghi per istruttorie o verifiche a supporto dell'attività della Commissione Tecnica Dipartimentale ex L.R. n. 28/'00.	c	C	17	17	100	100	
U)	Partecipazione ai lavori del Collegio Medico-Legale ASL (ex L. n. 335/'95; ex L. n. 153/'88 e ex L. n. 300/'70)	c	C					Vedi Relazione.
V)	Partecipazione ai lavori del Collegio Medico istituito ex L. n. 482/'68.	c	C	7	7	100	100	
X)	Partecipazione alla Commissione Tecnica Provinciale istituita c/o la Prefettura sulle Sostanze Esplosive (Art. 27 DPR 302/56)	c	C	1	1	100	100	
Y)	Partecipazione alla Commissione d'esame per il rilascio dell'autorizzazione all'acquisto dei prodotti fitosanitari molto tossici, tossici e nocivi.	c	C					Vedi Relazione.
W)	Obiettivi regionali di cui alla DGR n. 298/2012.							Sedute c/o Prefettura o DTL o Inail o Questura.
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					Vedi Relazione.
AA)	Partecipazione ai lavori del Gruppo Tecnico di supporto all'Autorità Regionale competente per i Controlli sul REACH.	c	C					Vedi Relazione.
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					Vedi Relazione.
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					Vedi Relazione.

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

AREA DI INTERVENTO (Voci di Tabella)		ATTIVITA'		ATTIVITA' SVOLTA 2019			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	a	A	197	207	95%	100%	Impianti elettrici
		a	A	23	23	100%	100%	Apparecchi di sollevamento
		a	A	84	84	100%	100%	Apparecchi a pressione

	pressione, generatori di vapore, impianti di riscaldamento e frigoriferi ed altri impianti) sottoposti a verifica secondo la normativa statale vigente	A	A	1	2	100%	100%	Impianti di riscaldamento
		A	A	19	19	100%	100%	Ascensori e montacarichi
B)	Rilievi fonometrici di vibrazioni e radiazioni ionizzanti	A	A					
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	15	15	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					
1)	Assolvimento del debito informativo	A	A					
2)	Rilascio Pareri per i rinnovi autorizzazioni alle strutture sanitarie pubbliche e private L.R. 28/2000	A	A	7	7	100%	100%	
3)	Collaborazione con l'U.O. Medicina del Lavoro	A	A					

1) Impianti elettrici: Impianti A = 24 Impianti B = 220 Impianti C = 22

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 2019	ATTIVITA'		ATTIVITA' SVOLTA Anno 2019			OBIETTIVO PROGRAMMATO 2019
	NUM.	DEN.	NUM.	DEN.	%	
ATTUAZIONE DEI PIANI E PROGRAMMI NAZIONALI E REGIONALI DI PROFILASSI E DI RISANAMENTO DEGLI ALLEVAMENTI						
Piano di sorveglianza sierologico negli allevamenti ovini bufalini e ovi – caprini nei confronti della Blue Tongue						
n. capi bovini controllati	C	C	1.479	1.479	100	100
n. capi ovini controllati	C	C	0	0	0	0
n. allevamenti bovini e bufalini vaccinati	C	C	0	0	0	0
n. capi ovini bovini e bufalini vaccinati (interventi)	C	C	0	0	0	0
n. allevamenti ovi-caprini vaccinati	C	C	0	0	0	0
n. capi ovini caprini vaccinati (interventi)	C	C	0	0	0	0
ATTUAZIONE DI PIANI DI BONIFICA SANITARIA PER L'ERADICAZIONE DI DETERMINATE MALATTIE ANCHE DI ESCLUSIVO INTERESSE REGIONALE						
n. capi controllati/n. capi controllabili	C	C	10.414	22.212	46,9%	20

AREA DI INTERVENTO SANITA' ANIMALE AREA A Anno 2019	ATTIVITA'		ATTIVITA' SVOLTA Anno 2019			OBIETTIVO PROGRAMMATO 2019
	NUM.	DEN.	NUM.	DEN.	%	
Piano di risanamento degli allevamenti bovini - bufalini dalla tubercolosi						
n. allevamenti controllati/n. allevamenti controllabili	C	C	502	502	100	100
n. capi controllati/n. capi controllabili	C	C	26.439	26.439	100	100
Piano di risanamento degli allevamenti bovini - bufalini dalla brucellosi						
n. allevamenti controllati/n. allevamenti controllabili	C	C	500	500	100	100
n. capi controllati/n. capi controllabili	C	C	22.212	22.212	100	100
Piano di risanamento degli allevamenti bovini - bufalini dalla leucosi						
n. allevamenti controllati/n. allevamenti controllabili	C	C	274	500	54,8%	20
Piano di risanamento degli allevamenti ovi - caprini dalla brucellosi						
n. allevamenti controllati/n. allevamenti controllabili	C	C	970	985	98,48%	100
n. capi controllati/n. capi controllabili	C	C	35.955	36.906	97,42%	100
VIGILANZA E CONTROLLO SULL'IMPORTAZIONE, ESPORTAZIONE, MOVIMENTAZIONE DEGLI ANIMALI E RILASCI DELLA RELATIVA CERTIFICAZIONE						
n. importazioni						
- n. controlli	a	A	3	3	100	100
- n. capi controllati			100.000	100.000		
n. esportazioni	a	A	5	5	100	100
n. movimentazioni	a	A	55.791	55.791	100	100
n. altre certificazioni	a	A	4.962	4.962	100	100
VIGILANZA E CONTROLLO DEGLI ALLEVAMENTI ANIMALI, COMPRESI GLI STABILIMENTI DI ACQUACOLTURA, DELLE STALLE DI SOSTA, DELLE FIERE, DEI CIRCHI E DELLE ESPOSIZIONI ANIMALI:						
a) stabilimenti di acquacoltura	c	C	-	-		
b) stalle di sosta	c	C				
- n. controlli	c	C	14	14	100	100
- n. capi controllati	c	C	152	152	100	
c) mercati, fiere, circhi ed esposizioni animali;	c	C	8	8	100	
ANAGRAFE DEL BESTIAME	A	A				
nuove aziende registrate e georeferenziate	A	A				
inserimenti, modifiche, cancellazioni	A	A				
rilascio passaporti	A	A				
registri di carico e scarico (controlli minimi)	A	A				
- n. allevamenti ovi caprini controllati	A	A	46	46	100	
- n. ovi caprini controllati	A	A				
- n. allevamenti bovini controllati	A	A	17	17	100	
- n. bovini controllati	A	A				

AREA DI INTERVENTO SANITA' ANIMALE AREA A Anno 2019	ATTIVITA'		ATTIVITA' SVOLTA Anno 2019			OBIETTIVO PROGRAMMATO 2019
	NUM.	DEN.	NUM.	DEN.	%	
- n. allevamenti suini controllati	A	A	6	6	100	
- n. suini controllati	A	A				
- n. allevamenti equidi controllati	A	A	48	48	100	
- n. equidi controllati	A	A				
- n. apiari	A	A	5	5	100	
VIGILANZA E COORDINAMENTO DEI PIANI SANITARI SVOLTE DA ASSOCIAZIONI E PRIVATI	B	B				
VIGILANZA VETERINARIA PERMANENTE						
cani morsicatori	a	A	56	56	100	100
accreditamenti per Malattia Vescicolare degli allevamenti suini						
- n. allevamenti controllati/n. allevamenti controllabili	C	C	78	78	100	100
- n. capi controllati/n. capi controllabili	C	C	2.158	2.158	100	100
controllo sugli equidi						
- Anemia Infettiva - n. capi controllati	C	C	429	429	100	100
- Morbo Coitale Maligno - n. capi controllati	A	A	1	1	100	100
- Metrite Contagiosa - n. capi controllati	A	A	1	1	100	100
- Morva - n. capi controllati	a	A	1	1	100	100
- Arterite Virale - n. capi controllati	a	A	1	1	100	100
denuncia casi di morte						
- n. bovini deceduti di età > 48 mesi	a	A	203	203	100	100
- n. tronchi encefalici prelevati nei bovini	a	A	203	203	100	100
- n. ovi caprini deceduti di età > a 18 mesi	a	A	418	418	100	100
- n. tronchi encefalici prelevati in ovi- caprini	a	A	418	418	100	100
EMERGENZA INFLUENZA AVIARIA E SALMONELLOSI						
controlli serologici per aviaria						
- n. allevamenti	c	C				
- n. capi	c	C				
controlli virologici						
- n. allevamenti	c	C				
- n. capi	c	C				
visite cliniche						
n. allevamenti	c	C	10	10	100	100
n. capi (polli, oche, anatre, tacchini, altro)	c	C	150.000	150.000	100	100

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 2019	ATTIVITA'		ATTIVITA' SVOLTA Anno 2019			OBIETTIVO PROGRAMMATO 2019
	NUM.	DEN.	NUM.	DEN.	%	
Cod. Minsal 2 – Produttori e confezionatori – Caseifici CE n. 6	c	C	18	18	100%	100%

AREA DI INTERVENTO IGIENE DEGLI ALIMENTI AREA B 2019	ATTIVITA'		ATTIVITA' SVOLTA Anno 2019			OBIETTIVO PROGRAMMATO 2019
	NUM.	DEN.	NUM.	DEN.	%	
Cod. Minsal 2 – Produttori e confezionatori – Salumifici CE n. 4	c	B	04	04	100%	100%
Cod. Minsal 3 – Distribuzione all'ingrosso – Deposito Carni CE n. 1	c	B	02	02	100%	100%
Cod. Minsal 4 – Commercio al dettaglio (Autonegozio, latterie, esercizi di vicinato, supermercati) n. 60	c	B	317	317	100%	100%
Cod. Minsal 5/6 – Trasporto soggetto a vigilanza (alimenti vari – carni – latte – prodotti della pesca-prodotti a base di latte) n. 37	c	B	27	27	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) n. 115	c	B	33	33	100%	100%
Cod. Minsal 8 – Ristorazione collettiva assistenziale (Case di riposo – Colonie – Mense Aziendali – Centri cottura) n. 8	c	B	12	12	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) n. 131	c	B	364	364	100%	100%
Attività istituzionale effettuata in supporto con altre Amministrazioni (Carabinieri NAS – Corpo Forestale dello Stato)	c	B	10	10	100%	100%
Interventi di pronta disponibilità	c	B	8	8	100%	100%
Ispezione suini macellati a domicilio per uso familiare	a	A	125	125	100%	100%
Prelievo di campioni per il Piano Regionale Alimenti	c	C	52	52	100%	100%
Prelievo di campioni (su indicazione dell'U.V.A.C. NA) sulle carni importate	c	C	10	10	100%	100%
Registrazione (D.G.R. n. 1288 del 13.09.2011 e s.m.i. DD. 00334 del 25.06.2012) attività alimentaristiche	a	A	32	32	100%	100%
Audit caseifici bollo CE	c	B	18	18	100%	100%
Audit salumifici bollo CE	c	B	02	02	100%	100%
Audit Deposito Carni CE	c	B	02	02	100%	100%
Sistema di allerta	a	A	15	15	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 2019	ATTIVITA'		ATTIVITA' SVOLTA Anno 2019			OBIETTIVO PROGRAMMATO 2019
	NUM.	DEN.	NUM.	DEN.	%	
Controllo scorte di farmaci in allevamenti (DLVO 193/2006, art. 81)	c	C	5	10	50%	35%
Controllo scorte di farmaci impianti di cura (DLVO 193/2006 art. 84)	C	C	9	22	41%	35%
Controllo scorta propria di farmaci per attività zoiatrica (D. LVo 193/2006 art. 85)	c	C	32	32	100%	100%
Controllo Allevamenti DPA senza scorta di farmaci (D. L.vo 193/2006, art. 79)	c	C	220	3.096	7%	5%
Controllo delle farmacie	c	C	24	66	36%	15%
Controllo delle parafarmacie	c	C	10	48	21%	15%
Controllo delle copie delle prescrizioni medico veterinarie/totale (D. Lvo 193/2006, art. 76)	c	C	2.722	2.722	100%	100%
Controllo delle prescrizioni veterinarie PET ed equidi NDPA	c	C	4854	4858	100%	100%
Controllo delle prescrizioni veterinarie per autoconsumo	c	C	28	28	100%	100%
Controllo ricette veterinarie per rifornimento scorta propria	c	C	198	198	100%	100%
Controllo ricette veterinarie per rifornimento scorta struttura zootecnica	c	C	103	103	100%	100%
Controllo ricette veterinarie per rifornimento scorta struttura non zootecnica	c	C	324	324	100%	100%
Pareri igienico - sanitari/totale	a	A	40	40	100%	100%
Audit su OSA/OSM (reg. 882/2004)	c	C	4	4	100%	100%
Controllo delle stazioni di fecondazione pubblica/totale (l. 30/1991)	c	C	5	9	55%	15%
Allevamenti suinicoli che praticano l'inseminazione artificiale (L. 30/1991)	c	C				
Piano regionale alimentazione animale/totale (PRAA)	c	C	77	77	100%	100%
Piano regionale residui/totale (PRR)	c	C	54	54	100%	100%
Controllo aziende zootecniche ai fini del benessere animale - D. Lgs. 126/2011/totale vitelli	c	C	32	265	12%	10%
Controllo aziende zootecniche ai fini del benessere animale - D. Lgs. 146/2001/totale bovini adulti	c	C	31	161	19%	15%
Controllo aziende zootecniche ai fini del benessere animale - D. Lgs. 146/2001/totale bufali	c	C	3	11	27%	15%
Controllo aziende zootecniche ai fini del benessere animale - D. Lgs. 146/2001/totale ovini	c	C	45	282	16%	15%
Controllo aziende zootecniche ai fini del benessere animale - D. Lgs. 146/2001/totale caprini	c	C	17	63	27%	15%
Controllo aziende zootecniche ai fini del benessere animale - D. Lgs. 122/2011/totale suini	c	C	4	33	12%	10%
Controllo aziende zootecniche ai fini del benessere animale - D. Lgs. 146/2001/totale equini	c	C	12	75	16%	15%
Controllo aziende zootecniche ai fini del benessere animale - D. Lgs. 146/2001/totale conigli	c	C	2	7	28%	15%

AREA DI INTERVENTO IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECHNICHE AREA C Anno 2019	ATTIVITA'		ATTIVITA' SVOLTA Anno 2019			OBIETTIVO PROGRAMMATO 2019
Controllo aziende zootecniche ai fini del benessere animale - D. Lgs. 267/2003/totale ovaiole	c	C	2	6	33%	10%
Controllo aziende zootecniche ai fini del benessere animale - D. Lgs. 181/2010 /totale broiler	C	C	0	0	0%	0%
Controllo sul benessere animale durante il trasporto (Reg. 1/2005 – DPR 320/54)	C	C	11	42	26%	15%
Tenuta anagrafe canina: iscrizione all'anagrafe canina di cani di proprietà e randagi/totale (L.R. 6/93)	a	A	3.328	3.328	100%	100%
Interventi chirurgici di sterilizzazione gatti (L.R. 46/18)	c	C	55	55	100%	100%
Interventi chirurgici di sterilizzazione cani (L.R. 46/18)	c	C	420	420	100%	100%
Interventi chirurgici per finalità terapeutiche e sterilizzazioni di cani e gatti/totale (L.R. 6/93)	c	C	42	42	100%	100%
Controlli canili sanitari-rifugi pubblici/totale (L.R. 6/93)	c	C	9	9	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	30	180	17%	15%
Controllo distributori registrati per la vendita di latte crudo (Reg. 825/2004 – Reg. 853/2004)	c	C	1	1	100%	100%
Controllo e vigilanza sulla trasformazione ed immissione sul mercato di rifiuti di origine animale con esclusione dei trattamenti (trasformazione, incenerimento, infossamento) presso opifici o siti operativi di competenza dei servizi di cui alle tabelle nn. 5 e 6/totale (Reg. 1069/2009)	a	A	44	44	100%	100%
Educazione sanitaria per distretto (Aggiornamento, formazione ed informazione)	a	A	16	16	100%	100%
Accertamenti ai fini della prevenzione ed eliminazione degli effetti negativi sull'igiene urbana e rurale derivanti da presenza di animali	a	A	30	30	100%	100%
Incontri/conferenze di servizio	b	B	7	7	100%	100%
Illeciti amministrativi	c	C	1	1	0%	100%
Illeciti penali	c	C	1	1	0%	100%

2.5 I RISULTATI ECONOMICI FINANZIARI

L'esercizio 2019 dell'ASM - Azienda Sanitaria Locale di Matera sotto il profilo economico si è chiuso evidenziando un utile pari a circa 1,2 milioni di euro, che conferma, per il settimo anno consecutivo il pieno raggiungimento dell'equilibrio di gestione, consolidando quell'inversione di tendenza rispetto al passato, avviata nel 2013 e proseguita per il 2014, 2015 e 2016, 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 nell'ultimo quinquennio, 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.

I risultati conseguiti esaltano la valenza di un principio guida che ha orientato le scelte gestionali effettuate da quest'Azienda negli ultimi anni, che è divenuto criterio cardine del proprio "modus operandi": la lotta ad ogni forma di "antieconomicità" nell'ambito della gestione, intendendo per antieconomicità ogni spesa, ogni investimento, ogni prestazione, ogni servizio, ogni operatore al quale non corrisponda un adeguato beneficio in termini di salute per la popolazione assistita, al fine di avviare un processo virtuoso di ammodernamento del proprio sistema di offerta dei servizi, dei comportamenti professionali, e più in generale delle modalità di approccio agli interventi rispetto alle comunità di riferimento, in grado di fornire concrete risposte all'annoso conflitto tra limitatezza delle risorse disponibili e garanzia dei diritti da tutelare.

In virtù di tale principio, nel periodo considerato, è stata esercitata una capillare attività di monitoraggio dei costi e delle attività aziendali, alla ricerca di tutti i possibili margini di razionalizzazione, che ferma restando l'efficacia dei servizi erogati, consentisse la realizzazione di economie gestionali.

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 2018.

Gli effetti delle strategie aziendali, poste in essere con gli interventi di razionalizzazione della spesa sopra indicati, hanno consentito all'Azienda di consolidare strutturalmente in questi anni l'equilibrio di gestione, assicurando anche per l'anno 2019 il raggiungimento del pareggio di bilancio.

Tali interventi, 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. 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 allungamento delle liste d'attesa.

Nel 2019 si è riscontrato un calo delle attività rispetto al 2018, la misurazione del livello dell'offerta sanitaria dell'ASM nell'anno 2019, 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 esemplificativo, i trattamenti oncologici, l'appropriatezza chirurgica, le dimissioni volontarie, il consumo dei farmaci oppioidi e, più in generale l'aderenza farmaceutica.

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, 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, in grado di ripristinare le condizioni minime necessarie a garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

Si riporta di seguito, espresso in migliaia di euro, il raffronto sintetico delle principali componenti del bilancio economico relativo al consuntivo 2019, preventivo 2019 e consuntivo 2018.

Migliaia di euro	Consuntivo 2018	Preventivo 2019	Consuntivo 2019	Scostamento	
				cons.'19 - cons.'18	
Valore della produzione	391.202	383.393	399.193	7.991	2%
Costi di produzione	388.472	375.633	393.978	5.506	1%
Proventi e oneri finanziari					
Proventi e oneri straordinari	5.203	0	3.881	-1.322	-25%
Imposte e tasse	7.685	7.760	7.876	191	2%
Risultato d'esercizio	249	0	1.221	972	390%

L'analisi economica delle macro-voci di bilancio di esercizio 2019 evidenzia come, rispetto al 2018, si sia registrato un incremento dei ricavi totali, pari a +7,991 milioni di euro (+2%), cui è corrisposto l'incremento complessivo dei costi di produzione pari a +5,506 milioni di euro (+1%) oltre alla riduzione dei proventi straordinari pari a -1,322 milioni di euro (-25%), con l'effetto finale di un incremento netto dell'utile di esercizio di circa +0,972 milioni di euro.

In riferimento all'obiettivo di riduzione dei tempi di pagamento, perseguito da quest'Azienda nel corso del 2019, 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 2019.

Indicatore di tempestività dei pagamenti – Anno 2019		
Totale importo pagato	Totale importo indicatore	Indicatore di tempestività
€ 117.072.417,24	€ 1.220.134.605,16	10,43

L'indicatore, che evidenzia un valore inferiore a quello del 2018 (18,97), è stato calcolato prendendo a base tutte le fatture 2019 considerate complessivamente scadenti a 60 giorni.

2.6 LA FORMAZIONE

Le attività di Formazione riguardano l'implementazione, organizzazione e gestione degli interventi e delle attività inerenti la formazione continua, la formazione obbligatoria, la formazione in sede e fuori sede, i tirocini formativi e volontari, formazione in favore di Enti pubblici e privati, progetti formativi per conto della Regione, convenzioni per tirocini e formazione, consulenze inerenti progetti ed eventi formativi aziendali.

La programmazione dell'attività di formazione viene elaborata sulla base delle proposte formulate dai Direttori/Dirigenti di Dipartimento/Servizi/UU.OO.

Le proposte vengono inserite nel Piano Formativo Aziendale che include, altresì, la formazione obbligatoria (Anticorruzione, D.Lgs.81/2008, Radioprotezione).

Il PFA viene valutato dal Comitato scientifico per l'ECM e recepito con atto deliberativo aziendale.

Per garantire la formazione continua a tutto il personale del Ruolo Sanitario, obbligato all'acquisizione dei crediti formativi ECM, viene privilegiata la formazione in sede, mentre la formazione specifica e/o specialistica, viene effettuata dal personale interessato fuori sede.

L'aggiornamento specifico riguarda settori limitati del personale che, a fronte dell'evoluzione normativa, ha la necessità di partecipare alle iniziative formative di aggiornamento che, per la propria specificità, vengono organizzate da Agenzie dedicate e riconosciute dalla P.A., le cui sedi sono ubicate presso altre città.

Le attività formative svolte nel corso dell'anno 2019 sono state quelle previste nel Piano Formativo Aziendale.

Il PAF 2019, adottato con deliberazione aziendale n. 221/2019 nel rispetto dei tempi previsti, è stato implementato sulla base delle indicazioni dei Direttori di Dipartimento e di strutture Complesse.

Le attività inerenti le professioni sanitarie sono state accreditate ai fini del riconoscimento dei crediti ECM essendo stata questa ASL riconosciuta Provider.

Nel corso dell'anno sono stati svolti progetti ed eventi formativi congruenti con gli obiettivi nazionali, regionali ed aziendali.

Le attività ECM sono state organizzate presso le sedi di Matera e Policoro e sono riepilogate nel seguente quadro sinottico, in cui accanto ad ogni attività formativa effettuata sono indicati il numero di eventi, il numero di partecipanti e la spesa sostenuta.

ATTIVITA'	NUMERO EVENTI	PARTECIPANTI	N.CREDITI ASSEGNATI	SPESA SOSTENUTA
EVENTI ECM RESIDENZIALI	40	1210	6.596,8	€ 8.302,00 Riferiti ai compensi a docenti esterni e spese di segreteria
CORSI FUORI SEDE	55	104		€ 59.404,64
CORSI IN SEDE CON ECM	8	1125		€ 70.258,00
TOTALE	85	1801	18.011,90	€ 137.964,64

In ottemperanza alle politiche aziendali e alle disposizioni nazionali e regionali sul contenimento della spesa, si è optati, laddove possibile, per l'organizzazione e l'espletamento della formazione nelle sedi aziendali, affidando le docenze al personale interno in possesso delle competenze necessarie a sviluppare l'attività formativa specifica.

Per quanto riguarda la formazione obbligatoria, è stata focalizzata su quella inerente la prevenzione della corruzione in entrambe le tipologie sia generale che specifica.

Per l'aggiornamento specifico/specialistico, solitamente organizzato da Agenzie dedicate e accreditate a livello nazionale per la Pubblica Amministrazione, le cui sedi sono ubicate presso altre città, si registra un significativo contenimento delle richieste e delle relative autorizzazioni.

Sono stati realizzati eventi in collaborazione con l'Ordine dei Medici, e con Associazioni di utenti /pazienti presenti sul territorio provinciale e regionale.

Nel 2019 è proseguita la gestione del Corso di Laurea Triennale in Scienze Infermieristiche, attivato presso la sede ASM di Matera dall'Università degli Studi di Foggia dall'A.A. 2015-2016.

Un impegno straordinario viene svolto dal personale della segreteria del Corso di Laurea che persegue l'obiettivo di rendere il più agevole possibile gli adempimenti amministrativi e offrire agli studenti gli stessi servizi della segreteria centrale.

Nel 2019 si è registrato un ulteriore aumento delle richieste di attivazione di Convenzioni di tirocinio di formazione ed orientamento da parte delle Università, Scuole di Specializzazione, per l'attivazione di Tirocini curriculari, post laurea e di specializzazione previsti dai corsi di studio.

2.7 QUALITA' ED ACCREDITAMENTO

Con delibera aziendale n. 677 / 2014 " Attività inerenti Qualità e accreditamento" la Azienda Sanitaria di Matera ha istituito una struttura destinata al coordinamento e alla gestione delle attività relative alla qualità e all'accreditamento istituzionale, individuando nel dott. Vito Petrara, Dirigente Infermieristico, il responsabile del coordinamento, coadiuvato dalla dott.ssa Chiara Gentile P.O. Area Prevenzione ed Educazione alla salute – Procedure e Istruzioni Operative.

Con delibera aziendale n. 1095/2014 è stata approvata la Procedura "Sistema Gestione documentale: Gestione e Controllo della documentazione e delle registrazioni per la Qualità".

Con delibera aziendale n. 718/2014 è stato approvato nel Sistema Documentale di Gestione della Qualità il "manuale delle procedure operative della pianificazione programmazione e controllo strategico, direzionale e operativo", la "procedura gestione tesoreria", la "procedura di circolarizzazione crediti/debiti - Azienda Sanitaria Locale – Matera".

Con deliberazione n. 773 del 03/08/2017 ha adottato il "Manuale della Qualità Azienda Sanitaria Matera", dandone mandato di graduale implementazione ai Direttori di Dipartimento Aziendali.

L'organizzazione del Sistema Aziendale di Qualità e Accreditamento, in riferimento al mandato nazionale, regionale e aziendale, rappresenta lo strumento di sviluppo per promuovere, facilitare, supportare

operativamente e divulgare la conoscenza e l'utilizzo di metodologie e di strumenti dei sistemi di Gestione per la Qualità, nel rispetto dei bisogni e delle aspettative della persona, per il miglioramento continuo dei processi sanitari e amministrativi.

Nel corso del 2019 si è provveduto a:

- Implementazione del Piano di miglioramento della Qualità Assistenziale delle UU.OO.CC. Pediatria, Anestesia e Rianimazione, formalizzati rispettivamente con deliberazioni aziendali n. 299/2018, n. 913/2018, attraverso l'avvio delle specifiche attività da parte dei gruppi di lavoro appositamente costituiti, con il coinvolgimento dei rispettivi Direttori del Dipartimento e con la collaborazione, l'addestramento e la costante assistenza assicurata dall'U.O.S.D. Qualità e Accredimento – Servizio Professioni Sanitarie e Sociali
- Inviare alla Regione le istanze di autorizzazione definitiva riguardante la Sede Centrale dell'ASM, il Distretto di Rotondella, mentre per il Distretto Sanitario di Policoro, il Distretto Sanitario di Nova Siri, la Dialisi di Tinchi, e l'Ospedale Distrettuale di Tinchi, si è in attesa della specifica documentazione da parte dei Responsabili di Struttura e da parte dell'U.O.C. Direzione Attività Tecniche e Gestione del Patrimonio.
- Effettuare le ricognizioni ed a trasmettere alla Regione le apposite relazioni sul Monitoraggio del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC)
- Predisporre, approvare ed implementare la Procedura per la Gestione degli Audit di prima parte, formalizzata con deliberazione aziendale n. 846 del 01/10/2019; nello specifico sono stati programmati e realizzati n. 2 audit per "Post evento aggressioni operatori", producendo per ciascun audit i seguenti documenti: Programma Audit, Conduzione Audit, Rapporto finale Audit
- Attivare consulenze per gruppi di lavoro finalizzati alla redazione di strumenti previsti dal SGQ (Procedure, Regolamenti, Protocolli, Istruzioni operative, Linee Guida), con la predisposizione, approvazione ed implementazione dei seguenti strumenti: Procedura Tutela della Sicurezza e della Salute delle Lavoratrici durante il periodo di Gravidanza e fino a sette mesi di età del figlio, Procedura per il posizionamento, gestione e rimozione del catetere vescicale, Procedura per la contenzione/protezione fisica, Procedura per l'igiene delle mani, Procedura per la tracheotomia in Rianimazione, Procedura per la gestione del Carrello di Urgenza in Endoscopia Digestiva, Procedura per la Sedo – Analgesia in Endoscopia Digestiva, Procedura per l'Aspirazione Endotracheale
- Attuazione di tutte le attività programmate dalla Regione Basilicata per l'accreditamento delle strutture private regionali

2.7.1 LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ PERCEPITA – “CUSTOMER SATISFACTION”

L'indagine annuale sulla valutazione della qualità percepita relativa ai servizi sanitari dell'Azienda Sanitaria ASM è finalizzata ad ottenere un confronto tra le aspettative con cui il cliente si accosta al servizio e le percezioni del servizio avvenute dopo l'utilizzo.

Dopo l'analisi qualità 2018, con la quale si è proceduto a mappare l'intera struttura aziendale, per il 2019 è stato estratto un campione rappresentativo, tra Dipartimenti e U.O., ai quali è stato somministrato un questionario strutturato, tanto per l'assistenza ospedaliera quanto per le prestazioni ambulatoriali. Sono stati sorteggiati il Dipartimento Multidisciplinare medico "U.O.C. Medicina Generale", Dipartimento Materno Infantile "U.O.C. Ostetricia-Ginecologia", Dipartimento Multidisciplinare Chirurgico "U.O.C. Chirurgia Generale" per quanto riguarda la qualità percepita dell'assistenza ospedaliera (PO Madonna delle Grazie e PO Giovanni Paolo II); Dipartimento Integrazione Ospedale Territorio "Poliambulatorio", Dipartimento Integrazione Ospedale Territorio "U.O.C. Medicina Fisica e Riabilitativa" e Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze "U.O.C. Centro Salute Mentale -Centri Diurni" per quanto riguarda la qualità percepita delle prestazioni ambulatoriali.

Lo strumento metodologico usato è stato il questionario strutturato che consente di ottenere la valutazione della qualità del servizio nel suo complesso, partendo dall'analisi delle diverse aree tematiche e dai singoli aspetti di ciascuna area.

Il questionario è articolato in modo tale da:

- Suscitare l'interesse e il coinvolgimento del cittadino;
- Toccare tutti gli argomenti che interessano l'Azienda;

- Toccare tutti gli argomenti che stanno a cuore al cittadino.

e si compone di domande chiuse relative alla valutazione della qualità del servizio, domande aperte finalizzate a suggerimenti per il miglioramento della qualità e, in allegato, contiene i dati anagrafici del cittadino, nel rispetto nella riservatezza e della privacy.

Il questionario è suddiviso in sezioni, ognuna delle quali sviluppa l'analisi approfondita di specifici aspetti del servizio attraverso una serie di domande. Ogni area si articola in diversi aspetti che sono oggetto di valutazione dettagliata e le domande, partendo da valutazioni generali, si ramificano in domande più specifiche. Questa struttura ad albero consente sia la valutazione della qualità percepita nel suo complesso, sia quella in termini analitici su singoli aspetti. All'interno di ogni sezione tematica è prevista una domanda di carattere generale che raccoglie un giudizio complessivo sul tema della sezione. Per la valutazione dei singoli item è stata utilizzata una scala che va dal molto inadeguato, al molto adeguato, al non so.

Sono stati elaborati due diversi tipi di questionari, uno per la valutazione della qualità dei servizi diagnostici ed ambulatoriali ed uno per la valutazione della qualità dell'assistenza ospedaliera.

E' stato predisposto un Piano per la distribuzione dei questionari con:

- La Sensibilizzazione e il coinvolgimento del personale sanitario, dai Direttori di Dipartimento alle posizioni organizzative, ai coordinatori, agli infermieri, ognuno per le proprie competenze, per la promozione e la comunicazione dell'iniziativa agli utenti, per la raccolta e l'archiviazione dei questionari compilati;
- Il referente dell'area dipartimentale ha coinciso con le posizioni organizzative e/o i coordinatori dei dipartimenti,
- La pubblicizzazione dell'iniziativa con l'affissione di manifesti all'interno delle strutture sanitarie, rendendo trasparente la finalità, per sollecitare la partecipazione degli utenti;
- La predisposizione di un'apposita urna per la raccolta dei questionari compilati, da collocare in un'area ben visibile all'interno dell'area dipartimentale

I questionari sono stati distribuiti ai cittadini che **dal 25 novembre al 9 dicembre 2019** hanno usufruito delle strutture sanitarie de ll'ASM.

Si è registrata una **partecipazione di n°201 cittadini di cui n° 39 degenti e n. 162 utenti** che hanno risposto alle domande dei questionari con massima autonomia e sincerità.

L'obiettivo, per l'anno 2020, è quello di porre solide basi metodologiche per una rilevazione più sistematica dell'ascolto attraverso lo strumento del questionario, strutturandolo su dimensioni della qualità percepita che consentano di fare confronti tra servizi diversi, lasciando la possibilità di integrare con altri item ritenuti di approfondimento per lo specifico ambito considerato.

LA VALUTAZIONE SINTETICA DEI DATI

I questionari, come specificato in premessa, hanno in appendice commenti in dettaglio: "La possibilità che i cittadini hanno di esprimere giudizi relativi alle proprie aspettative" e "La possibilità di esprimere suggerimenti per migliorare il servizio".

Relativamente alle aspettative, i cittadini fruitori dei servizi ambulatoriali e diagnostici hanno evidenziato gli interventi rivolti a migliorare la situazione esistente:

- Rispettare i tempi di attesa per poter ottenere prestazioni sanitarie.
- Ridurre i tempi di attesa per poter effettuare visite mediche.
- Migliorare l'igiene delle sale d'attesa e dei bagni.
- Migliorare l'accesso alla struttura.
- Aumentare il personale sia infermieristico che medico.
- Migliorare l'ascolto e la disponibilità del personale sanitario, non tutti gli operatori hanno atteggiamenti di gentilezza e di cortesia.

Gli elementi di positività sono riconducibili a:

- Competenza dei medici e degli infermieri.
- Organizzazione dei servizi sanitari che è migliorata, rispetto agli anni precedenti.

Relativamente alle aspettative, i pazienti ricoverati hanno chiesto maggiore organizzazione delle Unità di degenza e specificatamente:

- Migliorare il comfort delle stanze di degenza con una maggiore attenzione all'adeguatezza dei servizi igienici e alla pulizia dei letti;
- Migliorare la qualità e quantità del cibo che risulta essere scadente;
- Migliorare la cortesia e l'umanità del personale sanitario;
- Riorganizzare le visite dei parenti.

L'indagine sulla Customer Satisfaction anno 2019 è pubblicata sul sito aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente a cui si rimanda.

Si riporta di seguito il report dei reclami relativi all'anno 2019, così come predisposto dall'URP:

REPORT RECLAMI - ANNO 2019

Dall'analisi dei Reclami relativi al 1° semestre dell'anno 2019 si evince che n. 62 Reclami riguardano la Direzione Sanitaria di cui:

- n. 3 reclami riguardano il Dipartimento Multidisciplinare Medico
- n. 9 reclami riguardano il Dipartimento Multidisciplinare Chirurgico
- n. 7 reclami riguardano il Dipartimento Emergenza Accettazione
- n. 9 reclami riguardano il Dipartimento Servizi Diagnostici e di Supporto
- n. 1 reclamo riguarda il Dipartimento Materno Infantile
- n. 11 reclami riguardano il Dipartimento Servizi di Tutela Salute Mentale
- n. 22 reclami riguardano il Dipartimento Integrazione Ospedale – Territorio
- n. 5 reclami riguardano il CUP
- n. 1 reclamo è classificato come Improprio

Dall'analisi dei Reclami relativi al 2° semestre dell'anno 2019 si evince che n. 29 Reclami e n. 3 Note di Soddisfazione riguardano la Direzione Sanitaria di cui:

- n.3 reclami riguardano il Dipartimento Multidisciplinare Medico
- n.2 reclami riguardano il Dipartimento Multidisciplinare Chirurgico
- n.5 reclami e n. 2 note di soddisfazione riguardano il Dipartimento Emergenza Accettazione
- n.2 reclami riguardano il Dipartimento Servizi Diagnostici e di Supporto
- n.1 reclamo riguarda il Dipartimento Materno Infantile
- n.2 reclami riguardano il Dipartimento Prevenzione Salute Umana
- n. 14 reclami e n. 1 nota di soddisfazione riguardano il Dipartimento Integrazione Ospedale – Territorio
- n. 2 Reclami riguardano il CUP
- n. 1 Reclamo è classificato come Improprio

Dall'analisi dei Reclami relativi all'anno 2019 si evince che n. 91 Reclami e n. 3 Note di Soddisfazione riguardano la Direzione Sanitaria di cui:

- n. 6 reclami riguardano il Dipartimento Multidisciplinare Medico
- n. 11 reclami riguardano il Dipartimento Multidisciplinare Chirurgico
- n. 12 reclami e n. 2 note di soddisfazione riguardano il Dipartimento Emergenza Accettazione
- n. 11 reclami riguardano il Dipartimento Servizi Diagnostici e di Supporto
- n. 2 reclami riguardano il Dipartimento il Dipartimento Materno Infantile
- n. 11 reclami riguardano il Dipartimento Servizi di Tutela Salute Mentale
- n. 2 reclami riguardano il Dipartimento Prevenzione Salute Umana
- n. 36 reclami e n. 1 nota di soddisfazione riguardano il Dipartimento Integrazione Ospedale Territorio
- n. 7 Reclami riguardano il CUP
- n. 2 Reclami sono classificati come Impropri

3. OBIETTIVI – RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI

3.1 L'ALBERO DELLA PERFORMANCE

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

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

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

La definizione del piano della performance è stata quindi sviluppata in base a diverse componenti che influenzano il contesto di riferimento. Già da alcuni anni è in uso in ambito aziendale il "processo di budgeting" nell'ambito del sistema di programmazione e controllo di gestione, per la verifica della produttività delle strutture sulla base degli obiettivi assegnati ai corrispondenti Centri di Responsabilità (CdR).

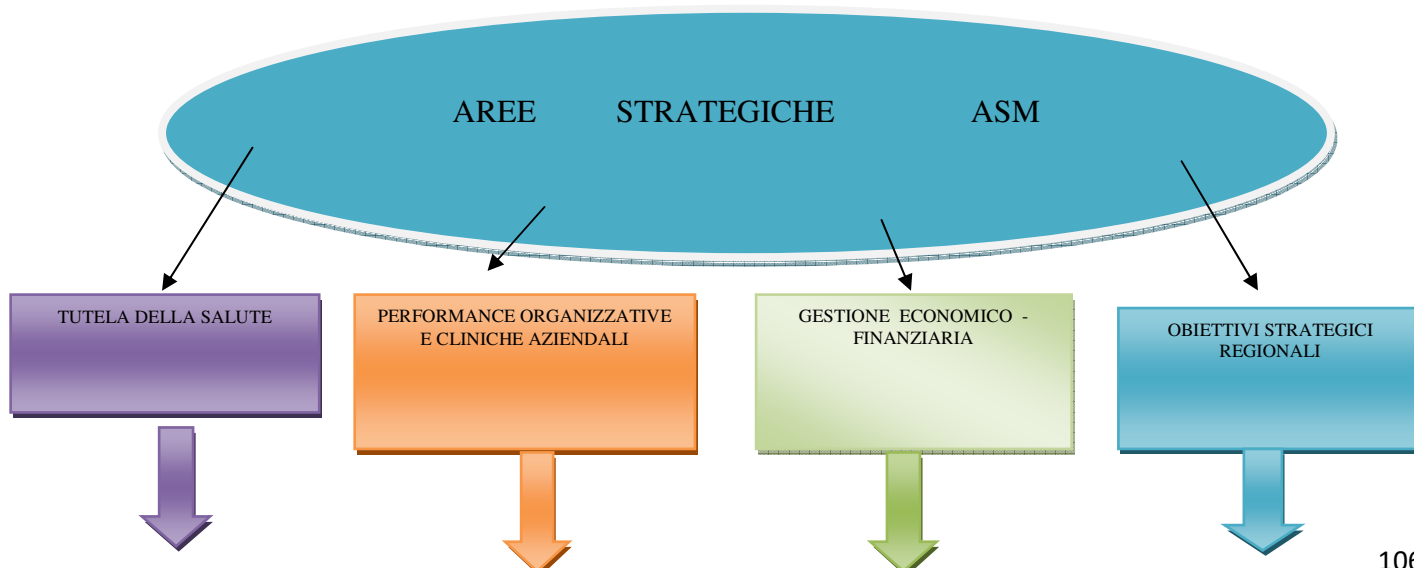
L'individuazione e l'assegnazione degli obiettivi strategici rappresenta comunque la prima fase del processo, muovendo dal livello Direzionale e dagli uffici di Staff, e prevedendo per ogni obiettivo assegnato ai Dipartimenti Aziendali e ai CdR, opportunamente pesato, gli indicatori attraverso cui misurare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

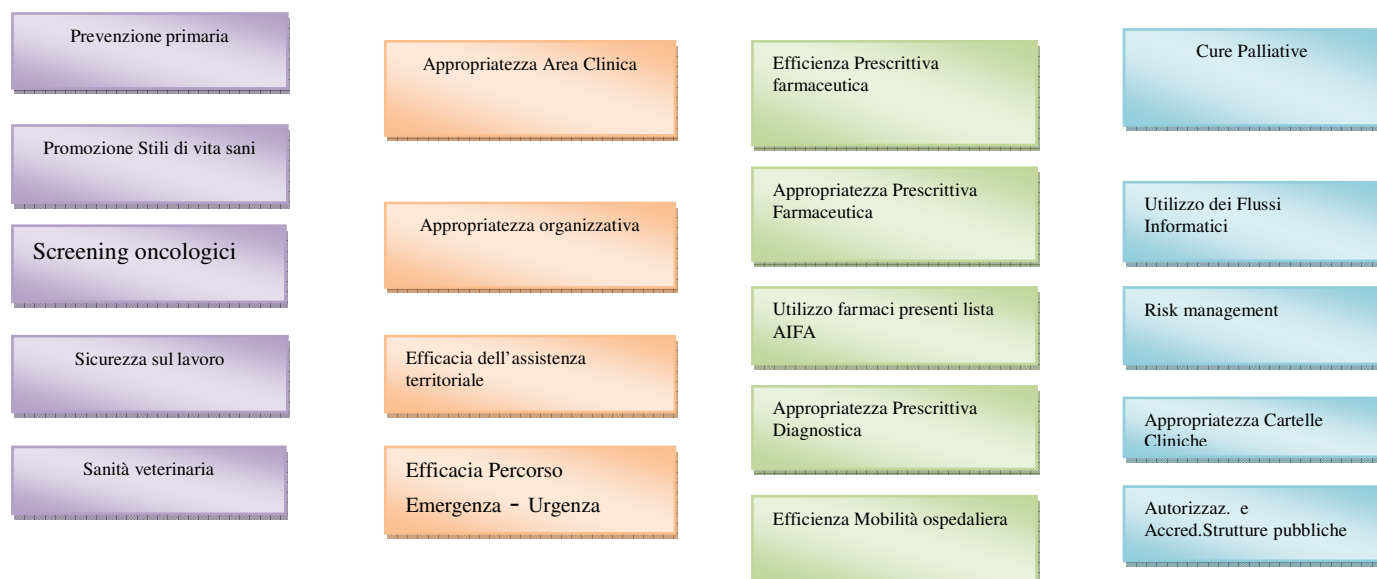
La Performance della ASM viene valutata sulla base delle seguenti 4 aree strategiche:

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

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

L'Albero della Performance rappresenta graficamente la performance della ASM, valutata sulla base delle 4 aree strategiche e gli obiettivi per ciascuna area, di seguito si riporta una Tabella dove sono enucleati gli obiettivi operativi, gli indicatori (e relativa formula), i target per il triennio di riferimento, i risultati raggiunti dalla ASM, la fonte dei dati ed i destinatari.





OBIETTIVI OPERATIVI – INDICATORI - TARGET



VALUTAZIONI STRATEGICHE – IMPLEMENTAZIONI - INNOVAZIONE

3.2 PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Sotto l'aspetto organizzativo, il 2019 è stato a tutti gli effetti un anno di transizione, segnato dall'insediamento di una nuova Direzione Generale, con la conferma del Direttore Amministrativo e la permanenza del Direttore Sanitario Facente Funzioni che, a partire dalla fine del mese di gennaio ha sostituito il precedente titolare dell'incarico, giunto alla scadenza dello stesso, nelle more del conferimento del nuovo incarico.

Nello specifico, con deliberazione aziendale n. 8 del 07/01/2019 si è preso atto della nomina e dell'insediamento del nuovo Direttore Generale, per effetto del contratto sottoscritto dallo stesso a Potenza in data 07/01/2019 con il Vice-Presidente p.t. della Giunta Regionale, in esecuzione del DPGR n.259 del 16/11/2018.

Con deliberazione aziendale n. 35 del 23/01/2019 si è preso atto della cessazione delle funzioni del Direttore Sanitario Aziendale in carica e della contestuale conferma, al Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero per Acuti dell'ASM, delle funzioni di sostituto del Direttore Sanitario Aziendale nel caso di vacanza dell'ufficio, assenza, impedimento che, di fatto, ha esercitato le relative funzioni fino alla fine dell'anno 2019. Con deliberazione n. 861 del 08/10/2019 si è provveduto ad approvare l'Avviso Pubblico per il conferimento dell'incarico di Direttore Sanitario Aziendale che, tuttavia, non ha avuto seguito.

Con deliberazione aziendale n. 628 del 04/07/2019 è stata disposta la proroga del Direttore Amministrativo Facente Funzioni in carica, fino alla presa di servizio dell'avente titolo, avvenuta con il conferimento del relativo incarico, attribuito allo stesso Direttore Amministrativo F.F. con delibera aziendale n. 812 del 18/09/2019.

La gestione aziendale nella prima parte del 2019 ha attraversato un momento assai delicato e complesso, caratterizzato dal susseguirsi delle fasi di ripresa e riavvio di processi operativi, organizzativi ed amministrativi che avevano inevitabilmente risentito dei significativi rallentamenti subiti a seguito delle vicende giudiziarie accadute nell'anno precedente che avevano interessato l'allora Direzione Strategica.

Nella seconda parte dell'anno è stato dato impulso ad una fase di ripensamento e riprogettazione degli assetti organizzativi aziendali in una prospettiva di ammodernamento degli stessi in chiave di adeguamento all'evoluzione del fabbisogno assistenziale, finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dei processi produttivi

Uno degli elementi che ha contraddistinto la gestione aziendale nell'anno 2019, che ha avuto ripercussioni, anche, sul versante delle attività sanitarie, è stato l'avvio di un processo di revisione di numerosi procedimenti amministrativi, anche in doverosa conseguenza dei rilievi emersi a seguito delle ispezioni intervenute da parte di autorità ed organi terzi e di altre criticità nel frattempo rinvenute. Tutto questo in un contesto in rapido e profondo mutamento delle determinanti di salute della popolazione e caratterizzato da una conseguente radicale modifica delle esigenze quali-quantitative e tecnologiche dell'assistenza sanitaria.

La nuova Direzione Aziendale ha inteso attuare quanto necessario nell'interesse dell'Azienda e della Pubblica amministrazione, in taluni casi trovando comprensibili ma talora irricevibili resistenze interne, ed ha nel contempo posto in essere azioni per attualizzare ed aggiornare i dispositivi della gestione aziendale nel perimetro della vigente regolazione e programmazione nazionale e regionale.

L'azione di revisione procedurale dell'attività amministrativa, con specifico riferimento alla corretta applicazione degli istituti contrattuali e, più in generale, della normativa vigente, relativa a diversi procedimenti rinvenuti in condizioni critiche, ha riguardato la gestione degli effetti, tra le altre, delle seguenti criticità principali:

- irregolare trasferimento di fondi contrattuali dal Fondo produttività al Fondo fasce del comparto avvenuti nel 2010 e nel 2016, rilevato dall'ispezione del MEF-RGS avvenuta nel periodo maggio-giugno 2018 i cui esiti sono stati notificati il 30.11.2018; di conseguenza, previa acquisizione di parere ARAN, sono state doverosamente sospese le cd "fasce" attribuite al personale in tali anni corrispondenti ai suddetti trasferimenti nulli ope legis e sono state avviate le procedure di recupero; è stata contestualmente avviata ed è in fase di positiva conclusione una fitta interlocuzione con il MEFRGS finalizzata all'effettuazione del recupero per equivalente previo accordo sindacale;
- per protesta contro la suddetta doverosa sospensione di talune "fasce" al personale, le OOSS hanno inizialmente dichiarato lo stato di agitazione ed interrotto le relazioni sindacali, con incretoscie ripercussioni sugli istituti applicativi del nuovo CCNL del comparto, tra cui il procedimento di indicazione degli Incarichi di Funzioni (motivo per cui è stato necessario prorogare le Posizioni Organizzative ed i Coordinamenti al fine di non paralizzare la gestione dell'Azienda);
- indebito ricorso all'istituto della pronta disponibilità in fascia pomeridiana feriale per la dirigenza sanitaria, diversamente da quanto previsto dal CCNL vigente, emerso nell'aprile 2019 e pertanto subito sospeso con decorrenza marzo 2019; sono in corso di quantificazione la durata temporale del suddetto ricorso e la relativa spesa;
- illegittimo e ripetuto ricorso a proroghe tecniche per l'acquisto di beni e servizi, soprattutto nelle fasi temporanee di breve-medio termine nelle more di procedure di gara di competenza SUA-RB non tempestivamente concluse; tale situazione è stata rilevata dalla citata ispezione MEF-RGS del maggio-giugno 2017, più volte dal Collegio Sindacale ed oggetto dell'ispezione ANAC avvenuta nel periodo novembre-dicembre 2017 (la cui relazione finale non risulta essere stata ancora notificata).

Sono, inoltre, state avviate le procedure di recupero delle eccedenze di compensi di Direttori Generali, Direttori Sanitari, Direttori Amministrativi, Commissari Liquidatori, Presidenti e Componenti dei Collegi Sindacali e dell'OIV per il periodo dal 2003 al 2018 in conformità alla DGR n.861/2018, conseguente agli atti della Corte dei Conti ivi richiamati relativi al giudizio di parificazione contabile del Rendiconto Generale della Regione Basilicata anno 2016.

Ciò premesso il 2019 è stato caratterizzato dall'avvio da parte dell'Azienda di un percorso di revisione del proprio assetto strutturale ed organizzativo, secondo una prospettiva di ammodernamento e

riqualificazione dell'offerta assistenziale, senza comunque allentare la tensione verso il controllo dei costi, l'efficienza gestionale, la compatibilità economica e la responsabilizzazione sull'utilizzo delle risorse, al fine di preservare il mantenimento del pareggio di bilancio.

Gli interventi di riqualificazione dell'offerta di servizi intrapresa dall'Azienda, nell'ambito dei processi di revisione ed ammodernamento dei modelli organizzativi di erogazione dei livelli assistenziali, si sono fondati principalmente sull'innalzamento del livello di appropriatezza e sullo sviluppo di processi di integrazione gestionale e professionale, che rappresentano le uniche leve in grado di coniugare il raggiungimento di obiettivi, apparentemente antitetici, quali il miglioramento dei livelli di assistenza e il mantenimento dell'equilibrio di bilancio.

Il processo di riorganizzazione dell'ASM si è ispirato, tra l'altro, ai principi della tutela dei Livelli Essenziali di Assistenza, dell'efficacia delle cure, dell'efficienza produttiva, dell'appropriatezza clinica ed organizzativa, dell'equità di accesso alle prestazioni, mantenendo fede alle disposizioni previste dalla normativa vigente, così come recepite nella programmazione regionale.

Sotto l'aspetto del contesto organizzativo, le azioni poste in essere dall'Azienda nel corso del 2019 sono state tese ad innalzare il livello quali-quantitativo dell'assistenza, attraverso:

- l'avvio di un processo graduale di **revisione funzionale degli assetti organizzativi aziendali**, nell'ambito dell'impianto strutturale definito nell'Atto Aziendale (adottato, da ultimo con deliberazione n. 1099/2017), così come approvato dalla Giunta Regionale con DGR n. 132/2018, al fine di favorire il miglioramento della qualità, dell'efficienza e dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni;
- la **riqualificazione delle attività ospedaliere**, anche attraverso la sperimentazione di nuove e più evolute logiche organizzative, coerente con le evoluzioni del quadro demografico (aumento del numero di anziani), epidemiologico (aumento dei pazienti cronici e con più patologie) e socioeconomico (scarsità delle risorse a disposizione con forti pressioni al contenimento dei costi), tese al superamento degli spazi fisici e delle gerarchie per singole discipline specialistiche e con un orientamento all'organizzazione in aree assistenziali integrate e comuni, secondo una visione che pone il paziente ed i suoi bisogni al centro del sistema;
- il **potenziamento dell'assistenza territoriale**, attraverso la ridefinizione della governance dei Distretti, in un'ottica di progressivo spostamento del baricentro assistenziale dall'Ospedale al territorio, in conformità ai nuovi modelli organizzativi che esaltano il ruolo e la riorganizzazione della medicina di base.

Per quanto riguarda gli aspetti organizzativi, nel periodo gennaio-aprile sono stati realizzati incontri da parte della Direzione con tutti i Dipartimenti aziendali e con le OO.SS. del comparto e delle dirigenze concernenti la situazione corrente, le esigenze e le criticità relative alle articolazioni aziendali previste dal vigente atto aziendale. Nel corso dei suddetti incontri è emersa l'esigenza di avviare la realizzazione di accorgimenti organizzativi e funzionali urgenti finalizzati al miglioramento quali-quantitativo delle prestazioni e delle performance, all'ammodernamento dei modelli di servizi, all'innovazione metodologica e tecnologica ed all'integrazione intersettoriale ed interdisciplinare, in linea con le numerose e positive esperienze in molte parti d'Italia, e di aggiornare la situazione dei fabbisogni di personale.

Tra le criticità principali emerse nel corso degli incontri conoscitivi su menzionati, quella più rilevante è stata senza dubbio la carenza di personale all'interno delle strutture aziendali, conseguente al blocco del turn over, adottato negli ultimi anni in applicazione della normativa vigente. Per far fronte a tale criticità, la Direzione Strategica ASM, a fine marzo 2019, ha avviato una ricognizione delle risorse umane esistenti e di quelle presenti, condotta in collaborazione con i Direttori dei Dipartimenti aziendali e propedeutica alla predisposizione del piano dei fabbisogni del personale 2019-2021, che ha trovato epilogo con la presa d'atto della consistenza quali-quantitativa corrente e prospettica del personale dipendente ASM, formalizzata con deliberazione n. 439 del 15/05/2019, così come rettificata con deliberazione n. 440 del 15/05/2019.

Con successiva delibera aziendale n. 582 del 18/06/2019 avente ad oggetto "Ricognizione delle proposte di fabbisogno di personale delle articolazioni organizzative aziendali - adempimenti conseguenti" è stata formalizzata la rappresentazione dei fabbisogni quali-quantitativi di personale, ritenuti indispensabili dai

Direttori dei Dipartimenti Aziendali ad assicurare il regolare espletamento delle ordinarie attività assistenziali per l'erogazione dei LEA.

Successivamente, con deliberazione aziendale n. 646 del 10/07/2019 si è preso atto della nota regionale n. 116950 del 09/07/2019, con cui si definisce il perimetro ed i vincoli entro cui poter effettuare assunzioni per l'anno 2109, e si è deliberato di procedere alla predisposizione di un Piano Stralcio del fabbisogno di personale per l'anno 2019.

In tale direzione, dopo aver richiesto e ricevuto specifiche istruzioni sulle modalità applicative e operative delle disposizioni regionali, si è provveduto ad una ulteriore rimodulazione delle richieste originariamente formulate dai Direttori di Dipartimento, che ha portato all'adozione **del Piano Triennale del Fabbisogno di personale da parte dell'ASM per il triennio 2019 – 2021**, formalizzata con deliberazione aziendale n. 839 del 25/09/2019, con cui si è adottato anche in via provvisoria, in ottemperanza alle disposizioni regionali, il **Piano stralcio del Fabbisogno di Personale 2019**, quale anticipazione del Piano Triennale per l'anno 2019, con cui, tenendo conto delle decorrenze delle cessazioni, si è previsto di assumere n. 48 unità di personale appartenente all'ambito sanitario e OSS.

L'Azienda, inoltre, ha formulato alla Regione la richiesta di estendere anche al personale tecnico ed amministrativo la possibilità di procedere, per stralcio, alle assunzioni che rivestano carattere di urgenza al fine di garantire un efficiente funzionamento dei servizi aziendali, evidenziando come le gravi carenze di tale personale comportino il rischio concreto e attuale di significativi rallentamenti se non proprio di paralisi dell'attività amministrativa.

Successivamente, a seguito di:

- Deliberazione di Giunta Regionale n. 798 del 06/11/2019, con cui è stato individuato il limite di spesa per il personale delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2019 a valere per il triennio 2019 – 2021;
- Deliberazione di Giunta Regionale n. 799 del 06/11/2019, con cui sono state dettate precise e dettagliate istruzioni per la predisposizione del Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) da parte delle Aziende Sanitarie Regionali;

l'ASM, nel ripercorrere le fasi programmatiche già poste in essere per adeguarle alle indicazioni regionali, con deliberazione n. 1090 del 12/12/2019, ha adottato in via provvisoria il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale 2019 – 2021, che una volta approvato dalla Giunta Regionale con DGR 1038 del 30/12/2019, è stato adottato in via definitiva con deliberazione n. 1163 del 31/12/2019.

Nel corso del 2019 sono state poste in essere tutte le procedure necessarie a dare copertura agli **incarichi di Direzione delle Strutture Organizzative Aziendali**, sia di tipo amministrativo che sanitario, resesi vacanti per effetto del pensionamento o del mancato conferimento degli incarichi, assicurando in tal modo la piena operatività e consentendo la governance delle articolazioni organizzative aziendali.

Al fine di innalzare il livello quali-quantitativo delle prestazioni offerte, l'Azienda nel 2019 ha avviato **percorsi di formazione specifici del proprio personale** sia presso le altre strutture della Regione Basilicata, sia presso strutture extraregionali, con specifico riferimento alle discipline ed ai settori per i quali si registrano elevati tassi di fuga.

Altro importante tassello nell'ambito del processo di riorganizzazione intrapreso nel corso del 2019, è costituito dalla deliberazione n. 300 del 26/03/2019, così come modificata ed integrata da successiva deliberazione n.409 del 03/05/2019, con cui si è provveduto **alla ridefinizione degli assetti funzionali delle attività amministrative aziendali** necessarie ed indifferibili per conferire maggiore celerità, efficacia e efficienza delle attività amministrative e tecniche decentrate, da esercitarsi in stretto raccordo con l'attività delle strutture amministrative e tecniche centrali, in modo tale da assicurare le esigenze funzionali dei Dipartimenti e delle Unità operative assistenziali.

Altro importante intervento realizzato dall'Azienda nel corso del 2019 è stato la **razionalizzazione degli immobili distrettuali**, finalizzata alla riallocazione delle attività effettuate sul territorio in una prospettiva di recupero dell'economicità e dell'efficienza gestionale, attraverso la riorganizzazione degli spazi di proprietà

dell'azienda e la conseguente dismissione dei locali attualmente in affitto. A tale proposito con deliberazione aziendale n. 734 del 07/08/2019, si è preso atto delle proposte direttori di distretto in merito alla ricollocazione funzionale delle attività nelle articolazioni organizzative presenti sul territorio, avviando immediatamente le conseguenti disdette di affitto.

Agli inizi del mese di aprile 2019 l'Azienda ha provveduto a dare informativa alle OO.SS. del progetto di articolazione degli Incarichi di Funzione di cui all'art.14 e segg. CCNL del comparto del 21/05/2018, che prevede una **riconfigurazione organizzativa delle professioni sanitarie e sociali in chiave dipartimentale**, con una riorganizzazione, ai sensi della L.R. 13/2010, che ne valorizza il ruolo e le competenze nei percorsi assistenziali e gestionali, anche con forme innovative coerenti con l'evoluzione dei bisogni della popolazione, quali ad esempio l'organizzazione ed attivazione di forme aggregative funzionali in ambito ospedaliero e territoriale e con una valorizzazione delle professioni sanitarie e sociali. Conseguente a tale nuovo approccio organizzativo è la deliberazione n. 393 del 02/05/2019, attraverso cui si ridefinisce la ricollocazione dei rapporti di dipendenza delle PO dell'Area Sanitaria e Sociale alle dirette dipendenze della Struttura Organizzativa per le Professioni Sanitarie (U.O.S.D. Qualità, Accreditamento e Servizio Professioni Sanitarie e Sociali), che deve garantire il raccordo e le esigenze funzionali dei Dipartimenti assistenziali di riferimento.

A seguito di Accordo con la Delegazione Trattante, l'Azienda, con propria deliberazione n. 1131 del 19/12/2019, così come modificata da successiva deliberazione n. 1155 del 31/12/2019, ha provveduto all'istituzione degli Incarichi di Funzione, oltre alla approvazione del relativo regolamento sull'affidamento e revoca degli incarichi.

Nel corso del 2019 è stato dato un forte impulso all'ammodernamento del **sistema di misurazione e valutazione della Performance**, 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 tale direzione con deliberazione aziendale n. 1089 del 12/12/2019 è stato approvato il Nuovo Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance della ASM – ANNO 2020 -2022, con tutti gli allegati di seguito riportati:

- 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

Particolare attenzione è stata rivolta dall'Azienda nel corso del 2019 alla regolamentazione degli aspetti organizzativi relativi agli incarichi professionali dirigenziali. Nello specifico, Nel corso del 2019 si è provveduto ad effettuare una **ricognizione, sistematizzazione ed integrazione degli incarichi professionali dei dirigenti**, formalizzata con propria deliberazione n. 1063 del 06/12/2019, propedeutica per il conferimento degli incarichi e la sottoscrizione dei contratti, ove ancora mancanti, previa conclusione delle valutazioni da parte dei Collegi Tecnici ove ancora occorrente.

Obiettivi prioritari per l'Azienda per il 2019 sono stati il **contenimento delle liste di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero, e la riduzione della mobilità ospedaliera passiva extraregionale**.

A tal proposito questa Direzione, in data 19/03/2019 ha sottoscritto con le altre Aziende del S.S.R. due specifici accordi interaziendali contenenti le misure e gli interventi da porre in essere per la realizzazione

dei suddetti obiettivi, provvedendo con propria deliberazione n. 263 del 20/03/2019 al recepimento degli stessi e all'istituzione di una Task force aziendale, deputata al monitoraggio sull'attuazione dei suddetti programmi.

A seguito della approvazione del Piano Regionale per il Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) 2019 – 2021, formalizzata con Delibera di Giunta Regionale n. n. 570 del 07/08/2019, in applicazione del Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) 2019 – 2021 questa Azienda ha provveduto a predisporre il Piano Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste d'Attesa (PAGLA) 2019 – 2021, in via di formale adozione, che nel recepire il PRGLA, individua una strategia di ampio respiro, contenente le azioni per il governo delle liste d'attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero, che si sviluppano lungo le seguenti quattro direttrici principali:

- Governo della domanda di prestazioni (ambulatoriali e di ricovero)
- Governo dell'offerta di prestazioni (ambulatoriali e di ricovero)
- Integrazione dei sistemi informativi
- Monitoraggio sistemico dei tempi di attesa delle prestazioni (ambulatoriali, di ricovero, PDTA area cardiovascolare e oncologica, ALPI)
- Comunicazione

3.3 PERFORMANCE INDIVIDUALE

Come accennato nel precedente paragrafo, nel corso del 2019 a seguito delle attività portate avanti da un gruppo di lavoro appositamente costituito all'interno della ASM, con deliberazione aziendale n. 1089 del 12/12/2019, è stato approvato un nuovo sistema di valutazione del personale ASM, condiviso dalla Direzione Strategica e dall' Organismo Indipendente di Valutazione aziendale.

Con la suddetta deliberazione aziendale sono stati adottati:

- 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

Nelle more dell'aggiornamento e dell'entrata in vigore del nuovo sistema di valutazione individuale del Comparto e della Dirigenza, adottato con deliberazione aziendale n. 1089/2020, per l'anno 2019 si è continuato ad applicare la procedura di valutazione definita nella delibera aziendale n. 260 /2017.

La Valutazione e misurazione della Performance individuale del comparto

La Valutazione e misurazione della Performance individuale del comparto è attualmente regolamentata dall'art. 35 "Valutazione del personale" del Contratto Collettivo integrativo aziendale (deliberazione ASM n. 571 del 14.05.2010) e relativo Allegato B "Sistema di valutazione permanente del personale del comparto".

Tale regolamento è stato redatto in aderenza:

- ai principi ispiratori della riforma del pubblico impiego (Decreti legislativi n. 165/2001 e smi, decreti Legislativi n. 145/2002);
- agli artt. 35, comma 3, del CCNL del 07.04.1999 e n. 8 del CCNL del 19.04.2004;
- al Decreto n. 150/2009 e smi.

Nelle more di concordare con le parti sindacali un aggiornamento del regolamento si applica la procedura definita in tale documento, ivi compreso la scheda individuale di valutazione per il personale del comparto.

La Valutazione e misurazione della Performance individuale del personale dirigenziale

La disciplina delle verifiche dei Dirigenti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è contenuta nelle seguenti fonti:

- Art. 15 del D.lgs 502/1992 e s.m.i.;

- Contratti Collettivi Nazionali sottoscritti il 3 novembre 2005 ed il 17 ottobre 2008 per l'Area della Dirigenza Medico-Veterinaria e per l'Area Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa del Servizio Sanitario Nazionale;
- Regolamento per l'affidamento, valutazione e revoca degli incarichi dirigenziali dell'Area della Dirigenza Medico-Veterinaria e per l'Area Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa del Servizio Sanitario Nazionale approvato con delibera n. 1350 del 06.10.2015 ;
- D. Lgs. N. 150 del 27/10/2009 attuativo della Legge n. 15 del 03/04/2009, così come modificato dal Dlgs.74/2017 che definisce una nuova disciplina in tema di valutazione delle strutture e dei dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni.

Nelle more di concordare con le parti sindacali un aggiornamento del regolamento si applica la procedura definita nella delibera az. n. 260/2017 , ivi compreso la scheda individuale di valutazione, (all. n. 8).

Gli attori, le responsabilità e gli ambiti di valutazione della valutazione annuale

I soggetti coinvolti nel percorso valutativo annuale sono:

- a) il dipendente da valutare;
- b) Il Valutatore responsabile della struttura alla quale il dipendente da valutare appartiene;
- c) L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)

a) Il dipendente da valutare

Secondo quanto previsto dall'art. 9 del D.Lgs. n. 150/2009, così come modificato dal Dlgs.74/2017, e dalle Linee Guida n.1e 2 /2017 e n. 3/2018 della Funzione Pubblica, la valutazione della performance individuale del personale è collegata ai seguenti aspetti:

- al raggiungimento di obiettivi specifici di gruppo o individuali;
- alla qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze dimostrate e ai comportamenti professionali e organizzativi;

Per i dirigenti in posizione di autonomia e responsabilità la valutazione della performance individuale è collegata ai seguenti aspetti:

- agli indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità;
- alla qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze professionali e manageriali dimostrate;
- alla capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi secondo quanto previsto dall'art. 9 del D.lgs.150 /09 e s.m.i.

b) Il valutatore

I valutatori di I istanza, come di seguito indicati, sono riportati in maniera progressiva.

- **per i direttori di Dipartimento:** il Direttore Sanitario (DS) o il Direttore Amministrativo (DA);
- **per i direttori di Struttura Complessa :** il Direttore del dipartimento cui afferisce la U.O.C. o, in assenza dello stesso il Direttore Sanitario (DS) o il Direttore Amministrativo (DA), secondo delle aree di pertinenza;
- **per i Dirigenti Responsabili di Struttura Semplice Dipartimentale:** il Direttore del dipartimento a cui afferisce, ovvero, o, in assenza, il Direttore Sanitario Aziendale o il Direttore Amministrativo a seconda delle aree di pertinenza;
- **per i Dirigenti Responsabili di Struttura Semplice di Unità Operativa:** il Direttore di Struttura Complessa, ovvero il Direttore dei PP.OO. (per le strutture ospedaliere) o, in assenza, il Direttore Sanitario Aziendale o il Direttore Amministrativo a seconda della pertinenza;
- **per i Dirigenti in servizio presso U.O.C:** il Direttore di Struttura Complessa, o, in assenza, il Direttore Sanitario Aziendale o il Direttore Amministrativo a seconda della pertinenza;
- **per i Dirigenti in servizio presso le Strutture Semplici Dipartimentali:** Il Responsabile della Struttura Semplice Dipartimentale, o, in assenza, il Direttore Sanitario Aziendale o il Direttore Amministrativo a seconda della pertinenza;
- **per i Dirigenti Responsabili di Struttura di Staff:** il Direttore Sanitario Aziendale o il Direttore Amministrativo a seconda delle aree di pertinenza;
- **per i Dirigenti di Struttura di Staff:** il Responsabile della Struttura di Staff, o, in assenza, il Direttore Sanitario Aziendale o il Direttore Amministrativo a seconda della pertinenza;

La valutazione dei dirigenti aziendali, appartenenti all'area sanitaria, non sanitaria, SPTA, è effettuata:

- annualmente da parte del direttore della struttura a cui il dirigente afferisce, utilizzando la scheda di valutazione individuale;
- periodicamente da parte del Collegio tecnico aziendale sulla base del regolamento di funzionamento del Collegio tecnico approvato con delibera n. 595 del 19.06.2012.
- annualmente la performance individuale dei Direttori di Unità Operativa Complessa e Semplice Dipartimentale da parte del Direttore del dipartimento cui afferisce la U.O.C., tramite la compilazione della scheda annuale di valutazione per i Direttori di UU.OO.;
- annualmente la performance individuale dei Dirigenti di vertice (Direttori di Dipartimento) da parte della Direzione Strategica su validazione dell'O.I.V. (Organismo Indipendente di Valutazione), tramite la compilazione della scheda annuale di valutazione per i Direttori di Dipartimento

Le valutazioni di II istanza, richieste all'Organismo Indipendente di Valutazione, intervengono nel caso di contestazione promossa da parte dei soggetti valutati nei confronti delle valutazioni di I istanza.

Nel corso del 2019 è stato rispettato il suddetto iter di valutazione di I istanza, registrando la richiesta di valutazione di II istanza all'OIV da parte di alcuni dirigenti, con specifico riferimento alla Dirigenza PTA.

3.4 OBIETTIVI STRATEGICI E OPERATIVI

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

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

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

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

Tale processo, che si sviluppa in coerenza con gli obiettivi strategici fissati a livello regionale, si estrinseca infine nella definizione di un Documento di budget per ogni Dipartimento aziendale, (nei quali sono esplicitati gli obiettivi di attività e di risorse negoziati e poi assegnati ai Dipartimenti e alle UU.OO. aziendali).

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

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

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

Gli obiettivi strategici sono stati declinati a tutte le strutture aziendali semplici e complesse attraverso lo strumento denominato Documento di budget.

Per ogni Dipartimento Aziendale è stato redatto un documento, che, per ogni unità operativa complessa e/o semplice dipartimentale, presente nel dipartimento, definisce gli obiettivi da perseguire, con indicazione degli indicatori e dei target di riferimento necessari per la verifica.

Nel 2019, per effetto della sostanziale conferma degli stessi obiettivi assegnati all'ASM dalla Regione Basilicata per il triennio 2018 – 2020, sono stati di fatto confermati gli stessi obiettivi operativi già assegnati alle articolazioni organizzative aziendali nell'anno precedente, che erano già stati negoziati con i Direttori di Dipartimento, i quali a loro li avevano condivisi con i Direttori delle UU.OO. complesse e semplici dipartimentali afferenti a ciascun dipartimento.

Nello specifico, con deliberazione aziendale n. 55 del 29/01/2019, si è provveduto all'adozione piano della performance aziendale 2019-2021 aggiornamento 2019 – conferma per il 2019 degli obiettivi di budget anno 2018, nelle more di un eventuale approvazione dell'aggiornamento degli obiettivi di salute e programmazione economico – finanziaria regionale che di fatto non è avvenuta.

Il sistema degli obiettivi di salute e di programmazione sanitaria assegnati dalla Regione Basilicata alle Aziende del Sistema Sanitario Regionale con D.G.R. n. 190/2018 e s.m.i., ripropone lo stesso impianto già avviato con la D.G.R. degli anni precedenti, sia sotto il profilo strutturale che sotto quello delle logiche sottostanti, che recepisce i cambiamenti nel frattempo intervenuti a livello normativo oltre che nell'ambito dei sistemi di valutazione delle performance delle strutture sanitarie.

3.5. SISTEMA DI VALUTAZIONE

La metodologia di valutazione adottata dal Dipartimento Politiche della Persona della Regione Basilicata è stata condivisa con l'Agenzia nazionale per i Servizi sanitari regionali (AGENAS) e con il Laboratorio di Management e sanità (MeS) della scuola Superiore Sant'Anna.

Nell'estensione del sistema di valutazione si è tenuto conto di alcuni indicatori di valutazione dei LEA, del programma nazionale di valutazione esiti (PNE), del Sistema di valutazione delle performance del network dei sistemi sanitari regionali della Scuola Superiore Sant'Anna e di alcuni specifici indicatori regionali.

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

- **Tutela della salute – peso 25** Prevenzione primaria. Promozione Stili di vita sani. Screening Oncologici. Sicurezza sul lavoro. Sanità veterinaria.
- **Performance organizzative e cliniche aziendali – peso 30** Appropriately Area Clinica - Efficacia assistenziale territoriale. Efficacia del Percorso Emergenza – Urgenza.
- **Gestione economico – finanziaria – peso 25** Efficienza Prescrittiva Farmaceutica – Appropriately Prescrittiva Farmaceutica- Appropriately prescrittiva diagnostica, Efficienza Mobilità ospedaliera;
- **Conseguimento di obiettivi strategici regionali – peso 20** Cure Palliative, Utilizzo dei Flussi informativi – Risk Management – Verifica del programma di controllo delle cartelle Cliniche – Autorizzazione / Accredito strutture sanitarie pubbliche, contenimento della spesa del personale sanitario.

Il sistema dell'assegnazione degli obiettivi, inoltre, si articola in 18 obiettivi misurati con un set di indicatori per le Aziende Sanitarie Territoriali.

A ciascuna area è assegnato un peso per un totale complessivo dei pesi delle aree pari a 100.

Ciascuna area si articola in obiettivi specifici, per un totale di 18 obiettivi, e ciascun obiettivo è misurato da uno o più indicatori, per un totale di 69 indicatori.

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

Al raggiungimento degli obiettivi aziendali, è collegata la retribuzione di risultato dei Direttori Generali, di cui al trattamento integrativo di cui al comma 5 dell'art.1 del DPCM 502/92. L'accesso alla valutazione degli obiettivi della DGR 395/2019 e s.m.i. è condizionato al rispetto di quanto previsto in ambito contrattuale.

Per gli indicatori il cui risultato è un valore quantitativo viene confrontato il valore annuale conseguito l'anno solare precedente l'inizio del mandato con l'anno solare di inizio del mandato. Ad esempio

attraverso il confronto tra il valore dell'indicatore conseguito nell'anno 2019 e quello conseguito nel 2018, e così via di seguito per le successive annualità. Se il singolo indicatore è rimasto uguale o migliorato si attribuisce il segno positivo (+), viceversa se l'indicatore è peggiorato un segno negativo (-).

Per la valutazione degli obiettivi il cui risultato è un valore qualitativo, (SI – NO) viene rilevato il valore annuale conseguito nell'anno solare di inizio mandato. Se l'indicatore è valutato positivamente (SI') si attribuisce il segno (+), viceversa se è valutato negativamente (NO) si attribuisce un segno negativo (-).

Il parere di confermabilità è favorevole se i segni positivi (+) sono in numero uguale o superiore dei segni negativi (-).

Per quanto riguarda la modalità di monitoraggio anche la DGR 395/2018 ha previsto che gli obiettivi verranno verificati con cadenza annuale.

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

AREE STRATEGICHE DI RISULTATO	INDICATORI PER LA VALUTAZIONE GLOBALE PERFORMANCE (VGP)
INDICATORI QUANTITATIVI	
TUTELA DELLA SALUTE	1. Copertura vaccinale antinfluenzale nella Popolazione bersaglio (anziani) 2. n. aziende ispezionate / n. Aziende con dipendenti
PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI Appropriatezza organizzativa Appropriatezza clinica	3. Proporzione di intervento chirurgico entro 2 gg.a seguito di frattura del femore dell'anziano 4. Proporzione di ricoveri di colecistectomie laparoscopiche con degenza < 3gg 5. Proporzione di parti con taglio cesareo primario
PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI Efficacia dell'assistenza territoriale	6. Percentuale di anziani trattati in Cure Domiciliari con valutazione totale della popolazione anziana (>=65 anni)
GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA Efficienza /Appropriatezza prescrittiva farmaceutica Efficienza prescrittiva diagnostica	7. Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nella lista di trasparenza 8. Consumo di farmaci antibiotici sul territorio 9. Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi
INDICATORI QUALITATIVI	
CONSEGUIMENTO OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	10. Trasmissione dei Flussi informativi in maniera tempestiva e completa
TUTELA DELLA SALUTE	11. Raggiungimento della copertura percentuale di campioni effettuati per la ricerca di residui di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale (Piano Nazionale Residui)

La V.G.P. è un parametro basato sul confronto tra il posizionamento che l'Azienda ha tra due anni consecutivi: Il calcolo è effettuato per l'anno 2019, attraverso il confronto tra il valore dell'indicatore conseguito nell'anno 2019 e quello conseguito nel 2018, e così via di seguito per le successive annualità. (2019: 2019 vs 2018; 2020: 2020 vs 2019) Il confronto del singolo indicatore tra i due anni assume il segno (+) se il suo valore è migliorato, viceversa assume il segno (-) se il suo valore è peggiorato.

Come per la metodologia di calcolo utilizzata per il parere di confermabilità, anche per la VPG vale il principio di maggioranza dei segni positivi (+) rispetto ai segni negativi (-)

Ad ogni buon conto si fornisce di seguito lo schema sintetico degli obiettivi di mandato assegnati per il 2019 al Direttore Generale della ASM e quelli assegnati all'ASM con la DGR 395/2019 e s.m.i., con l'indicazione del risultato raggiunto e del conseguente punteggio ottenuto.

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 dalla Regione Basilicata.

OBIETTIVI DI MANDATO TRIENNALE ASSEGNATI IN SEDE CONTRATTUALE AL DIRETTORE GENERALE ASM

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO
Gestione economico finanziaria	Garantire l'equilibrio economico finanziario della gestione	Assicurare l'equilibrio economico in sede di approvazione del bilancio d'esercizio
Tutela della salute	Assicurare i livelli essenziali di assistenza (LEA)	Implementazione di tutte le attività finalizzate al ragg. degli adempimenti previsti dal questionario LEA
Tutela della salute	Assicurare l'attuazione delle politiche della prevenzione	Massimizzare la copertura vaccinale secondo quanto previsto nel Piano Regionale della Prevenzione
Conseguimento obiettivi strategici regionali	Assicurare gli adempimenti debito informativo	Rispetto della corretta e tempestiva trasmissione dei flussi informativi obbligatori nazionali e regionali
Conseguimento obiettivi strategici regionali	Favorire Implementazione Sanità Digitale	Avvio graduale del Fascicolo Sanitario e completamento del processo di dematerializzazione della documentazione clinico medica
Efficacia ed efficienza delle cure	Contenimento delle liste d'attesa entro i tempi definiti dalla programmazione nazionale e regionale	Rispetto dei target d'attesa previsti a seconda della priorità della prestazione: visite e prestazioni strumentali Cod. B = 10 gg. visite Cod. D = 30 gg. prestazioni strumentali Cod. D = 60 gg.
Efficacia ed efficienza delle cure	Riduzione del sado negativo della mobilità ospedaliera passiva extraregionale	Incremento mobilità attiva e decremento della mobilità passiva
Trasparenza e la lotta alla corruzione	Implementazione degli strumenti di prevenzione e di lotta alla corruzione	Assicurare piena rispondenza agli adempimenti previsti dalla normativa vigente;

3.6. OBIETTIVI E PIANI OPERATIVI

Nell'ambito della cornice programmatica definita dagli obiettivi triennali di mandato dianzi riportata, si è sviluppato l'impianto programmatorio aziendale, che si è totalmente conformato agli obiettivi di salute e di programmazione sanitaria assegnati dalla Regione Basilicata all'ASM e alle altre Aziende del SSR, così come formalizzati con la più volte menzionata DGR n. 395/2019 e s.m.i..

Tali obiettivi sono stati declinati e assegnati a tutte le articolazioni organizzative aziendali attraverso una fase di condivisione e negoziazione con tutti i Direttori/Responsabili alla presenza dei Direttori dei Dipartimenti di appartenenza, definendo le risorse necessarie, gli indicatori e le tempistiche di raggiungimento.

Si riporta di seguito l'analisi dei risultati raggiunti dall'ASM nel 2019 per ciascuno dei suddetti obiettivi, nell'ambito delle aree strategiche definite, evidenziando per ogni obiettivo, opportunamente individuato con la stessa codifica utilizzata nella DGR 395/2019 e s.m.i.,:

- l'intervallo dei valori di raggiungimento,
- il risultato raggiunto nel 2019

Si riporta di seguito, per ciascuna area e per ogni obiettivo, la verifica dei risultati raggiunti nel 2019 per ogni indicatore considerato, specificando la fonte dei dati riportati e fornendo ogni altro elemento ritenuto utile per la relativa valutazione.

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.

Si fa inoltre presente che per alcuni obiettivi assegnati dalla Regione non è stato possibile calcolare il relativo indicatore, o è stato possibile solo un calcolo parziale non essendo disponibili i dati necessari per la rilevazione.

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 (1246) / Corte di bambini che compiono 2 anni (1361) *100 = 91,50%		
Fonte	Flusso informativo delle vaccinazioni del Dipartimento Aziendale di Prevenzione Umana ASM - Relazione del Direttore del Dipartimento Prevenzione Umana		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	<90	tra 90 a 95	>95

Nel 2019 i cicli vaccinali per MPR completati tra i bambini nati nel 2017 dell'ASM sono stati 1.246 , a fronte di una coorte di bambini che compiono 2 anni pari complessivamente a 1.361 soggetti .

Ne deriva che nel 2019 la copertura vaccinale per MPR nei bambini di 2 anni nell'ASM è stata pari a circa il 92% superiore rispetto all'anno precedente (91,00%), 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 (33.300) / popolazione residente con età pari o superiore ai 65 anni (44.000) *100 33.300/ 44.300 *100 = 75,40 % (risultato 2019)		
Fonte	Flusso informativo delle vaccinazioni del Dipartim. Aziendale di Prevenzione Umana ASM Relazione del Direttore del Dipartimento Prevenzione Umana		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	<60	Tra 60 e 75	>75,00

Nel 2019 i soggetti (di età pari o sup. ai 65 anni) interessati alla vaccinazione antiinfluenzale nell'ASM sono stati 33.300, in riferimento alla popolazione residente di età pari o superiore ai 65 anni pari a 44.300 soggetti , con una percentuale pari al 75,40%, raggiungendo al 100% l'obiettivo definito dalla programmazione regionale. Il dato dell'anno 2018 è pari al 75,22 %, pertanto nel 2019 è stata aumentata la percentuale di copertura rispetto all'anno precedente.

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

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 2006)		
Formula matematica	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre (579) / Corte di bambine residenti nate nel 2006 (965) *100 - 965/ 1600 *100 = 60,00% (dato 2018)		
Fonte	Flusso informativo delle vaccinazioni del Dipartimento Aziendale di Prevenzione Umana ASM - Relazione del Direttore del Dipartimento Prevenzione Umana		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	<60	tra 60 e 75	>75

Nel 2019 i cicli vaccinali completati tra le bambine, residenti nell'ASM, che hanno compiuto 12 anni (nate nel 2006) sono stati 965, a fronte di una coorte di bambine residenti nella provincia di Matera, nate nel 2006, pari a 1600. Ne deriva che nel 2019 la copertura vaccinale papilloma virus (HPV) nella popolazione di bambine residenti nell'ASM nate nel 2006, è stata pari al 60,00%, consentendo di raggiungere al 50% l'obiettivo definito dalla programmazione regionale.

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.

1.a.4 Grado di Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (operatori sanitari)

Definizione	Grado di Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (operatori sanitari)		
Numeratore	n. operatori sanitari vaccinati		
Denominatore	Totale dipendenti ruolo sanitario e tecnico		
Formula matematica	Operatori sanitari vaccinati (600) / totale dipendenti ruolo sanitario e tecnico (1850) *100 = 32,40 %		
Fonte	Flusso informativo delle vaccinazioni del Dipartim. Aziendale di Prevenzione Umana ASM Relazione del Direttore del Dipartimento Prevenzione Umana		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	<25	Tra 25 e 40	>40,00

Nel 2019 gli operatori sanitari vaccinati con vaccino antiinfluenzale nell'ASM sono stati 600, in riferimento al totale dei dipendenti ruolo sanitario e tecnico pari a 1850 soggetti, con una percentuale pari al 32,40%, raggiungendo al 50% l'obiettivo definito dalla programmazione regionale.

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 2017 al 31 dicembre (1200) / Corte di bambini che compiono 2 anni (1361) *100 1200/ 1361 *100 = 88,20% (dato 201)		
Fonte	Flusso informativo delle vaccinazioni del Dipartimento Aziendale di Prevenzione Umana Relazione del Direttore del Dipartimento Prevenzione Umana		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	< 90	Tra 90 e 95	>95

Nel 2019 i cicli vaccinali completati tra i bambini, residenti nell'ASM, nati nel 2017 sono stati 1.200, a fronte di una coorte di bambini residenti nella provincia di Matera con età inferiore a 2 anni pari a 1.361. Ne deriva che nel 2019 la copertura vaccinale antimeningococcica nella popolazione di bambini residenti nell'ASM con età inferiore a 2 anni, è stata pari all'86,20%, superiore alla media nazionale, pari all'82,64%, raggiungendo allo 0% l'obiettivo 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.

In proposito, anche il Comitato Tecnico regionale per le Politiche vaccinali, in riunioni verbalizzate tenutesi ad inizio anno, aveva indicato obiettivi di copertura più aderenti alla realtà regionale e nazionale.

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 2016 (1310) / Corte di bambini nati nel 2016 (1361) *100 = 96, 20% (risultato 2019)		
Fonte	Flusso informativo delle vaccinazioni del Dipartim. Aziendale di Prevenzione Umana ASM - Relazione del Direttore del Dipartimento Prevenzione Umana		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	<90	Da 90 a 95	>95

Nel 2019 i cicli vaccinali completati tra i bambini, residenti nell'ASM, nati nel 2017 sono stati 1.310, a fronte di una coorte di bambini residenti nella provincia di Matera con età inferiore a 2 anni pari a 1.361. Ne deriva che nel 2019 la copertura vaccinale pneumococcica nella popolazione di bambini residenti nell'ASM con età inferiore a 2 anni, è stata pari al 96, 20%, in crescita rispetto al risultato 2018, raggiungendo al 100% l'obiettivo definito dalla programmazione regionale.

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 2016 (1310) / Corte di bambini di età inf. a 24 mesi (1361) *100 1460 / 1532 *100 = 96,20 %		
Fonte	Flusso informativo delle vaccinazioni del Dipartim. Aziendale di Prevenzione Umana ASM Relazione del Direttore del Dipartimento Prevenzione Umana		
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 2019 i cicli vaccinali completati tra i bambini nati nel 2016 dell'ASM sono stati 1.310 a fronte di una coorte di bambini che compiono 2 anni pari complessivamente a 1.361.

Ne deriva che nel 2019 la copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo di base (3 dosi) nell'ASM è stata pari 96,20 %, raggiungendo al 100% l'obiettivo definito dalla programmazione regionale.

I risultati in riferimento agli obiettivi di sotto riportati, non sono disponibili presso la ASM, ne abbiamo fatto richiesta agli Uffici regionali ma non sono stati resi disponibili

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					

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

L'obiettivo risulta raggiunto 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. donne 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

L'obiettivo risulta raggiunto 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 2019 VPG

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 2014)		
Formula matematica	Numero di imprese attive presenti sul territorio controllate / n. imprese attive presenti sul territorio (253 / 5000 *100) = 5,06%		
Fonte	Sistema Informativo del Servizio di Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro - Relazione del Responsabile		
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 2019 i servizi aziendali dell'area della prevenzione preposti alle attività di controllo hanno controllato 253 imprese attive, in sostanziale allineamento rispetto all'anno precedente, a fronte di un numero complessivo di imprese presenti nel territorio aziendale pari a 5.000 (tale dato si riferisce al 2017 ed è l'ultimo dato ufficiale disponibile e consultabile sul software). La % 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 2019 la percentuale di imprese attive sottoposte a controlli da parte dell'ASM è stata pari all'5,06%, 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 (135/600 *100) = 22,05%		
Fonte	Sistema Informativo del Servizio di Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro - Relazione del Responsabile		
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 2019 i servizi aziendali dell'area della prevenzione preposti alle attività di controllo e ispezione hanno ispezionato 258 cantieri su 900 notificati, raggiungendo il 50% il target definito dalla programmazione regionale.

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 28,01% (253/n. 9 ponderato *100)		
Fonte	Sistema Informativo del Servizio di Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro - Relazione del Responsabile		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	< 40	tra 40 e 50	>50

Nel 2019, 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 28,1 raggiungendo lo 0% il target definito dalla programmazione regionale.

1.d.4. Valutazione dell'efficienza produttiva

Definizione	n. di sopralluoghi /n. personale UPG SPSAL		
Numeratore	Numero di sopralluoghi effettuati dal servizio nel corso dell'anno		
Denominatore	N. di personale UPG - SPSAL (Ufficiali di Polizia giudiziaria – Servizio per la Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro)		
Formula matematica	Numero di sopralluoghi / n. personale UPG - SPSAL (Ufficiali di Polizia giudiziaria – Servizio per la Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro) 37,00%		
Fonte	Sistema Informativo del Servizio di Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro – Relazione del Responsabile		

Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	< 70	tra 70 e 90	>90

Nel 2019, 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 37,00 % raggiungendo lo 0% il target definito dalla programmazione regionale.

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		
Formula matem.	N. totale di campioni effettuati nell'ambito del PNR 53 / N. campioni programmati/ *100 = 100 %		
Fonte	Sistema informativo NSIS – PNR Nuovo Sistema informativo - Piano Naz. Residui. Relazione Direttore Dipartimento Prevenzione Sanità Animale		
Intervallo 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 2019, 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 2018.

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		
Formula 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 : 217/217 = 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). Relazione Direttore Dipartimento Prevenzione Sanità Animale		
Note			
Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo	0%		100%
Risultato ovini	NO		SI'
Risultato caprini			

Nel 2019 il numero di capi di ovini e caprini di età superiore ai 18 mesi testati morti per scrapie è stato pari a 416, a fronte dei quali è stato possibile effettuare il controllo solo a 217. Nel 2019 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 2019, 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 395-2019.

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. 55		
Denominatore	N. di campioni assegnati 55		
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) – Relazione Direttore Dipartimento Prevenzione Sanità Animale		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%		100%
Risultato	NO		SI

Nel 2019, a fronte di 48 campioni programmati, il numero totale dei campioni effettuati è stato pari a 48, consentendo il pieno raggiungimento dell'obiettivo regionale (100%), come accaduto anche nel 2018.

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 Anno 2019

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 2021		
Denominatore	N. di residenti 197.909		
Formula matematica	N. ricoveri per DRG medici relativi ai residenti / N. residenti x 100 = 102,12		
Fonte	SIS - Flusso SDO – Procedura di rilevazione aziendale		
Note per l'elaborazione	I DRG considerati sono quelli del Patto della Salute 2010 -2012 (con le relative esclusioni indicate nell'allegato B) vedi DGR 395 pag. 37		
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 attraverso la procedura di rilevazione dei dati ospedalieri aziendali sulla base dei ricoveri effettuati dalle strutture ospedaliere aziendali.

La performance rilevate nella ASM nel 2019 risulta migliore rispetto all'anno precedente, (dato 2018 = 115,56 – dato 2019 = 96,46), con una forte riduzione.

Al momento non sono disponibili tutti i dati necessari per la determinazione del tasso di ospedalizzazione complessivo aziendale per l'anno 2019. 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.

2.a.2 Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1000 residenti 2019

Definizione	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1000 residenti		
Numeratore	N. ricoveri per acuti in DH con finalità diagnostiche 11		
Denominatore	n. residenti 197.909		

Formula matematica	N. ricoveri per acuti in DH con finalità diagnostiche / n. residenti 11/197.909*100			0,06
Fonte	SIS - Flusso SDO - Procedura di rilevazione aziendale			
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 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 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 2019. 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.

2.a.4 Percentuale di ricoveri effettuati in Day Surgery per i DRG dei LEA chirurgici 2019

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 498		
Denominatore	N. ricoveri effettuati in Day Surgery e ricovero ordinario per i DRG LEA chirurgici 1298		
Formula matematica	N. di ricoveri effettuati in D.S. 498/Ricoveri effettuati in D.S. e ricovero ordinario 1298 *100	38,7	
Fonte	SIS - Flusso SDO - Procedura di rilevazione aziendale		
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

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.5 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene, per 100.000 residenti standardizzato per età e sesso 2019

Definizione	Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene, per 100.000 residenti standardizzato per età e sesso	
Numeratore	n. di ricoveri per intervento di stripping vene relativi ai residenti 27	
Denominatore	N. di residenti con età maggiore o uguale a 18 anni 167.508	
Formula matematica	n. di ricoveri per intervento di stripping vene relativi ai residenti 27/ n. residenti con età maggiore o uguale a 18 anni 167.508	16,12
Fonte	SIS - Flusso SDO - Procedura di rilevazione aziendale	

Note per l'elaborazione	Si considerano i ricoveri ovunque erogati extra regione inclusi, erogati da strutture pubbliche e private accreditate relativi ai residenti in regione con età >= 18 anni e con i codici ICD9-CM di procedura principale o secondari di legatura e stripping vene dell'arto inferiore:38.59. Sono esclusi i ricoveri con mdc 15 e anche i trasferiti da altre strutture o da altro regime o tipologia delle stesse IRC di ricovero. La standardizzazione è fatta per età e per sesso. la popolazione standard è la pop. residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT: Classi di età utilizzate: 18-19, 20-24,25-29....80-84 -85.		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	Più di 65	Tra 50 e 65	Meno di 50

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 2019. 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.

2.a.7 Riammissione a 30 gg. dopo intervento chirurgico di protesi d'anca 2019

Definizione	Riammissione a 30 gg. dopo intervento chirurgico di protesi d'anca		
Numeratore	N. di ricoveri con riammissione entro 30 gg. dalla data di dimissione del ricovero x protesi d'anca 7		
Denominatore	N. ricoveri con intervento di protesi di anca 127		
Formula matematica	N. di ricoveri con riammissione entro 30 gg. dalla data di dimissione del ricovero x protesi d'anca 7/ N. ricoveri con intervento di protesi di anca 127 x 100		
Fonte	SIS - Flusso SDO- Procedura di rilevazione aziendale		
Note per elaborazione	Protocollo operativo del piano Nazionale Esiti (PNE)		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	Più di 3,7	Tra 2,7 e 3,7	Meno di 2,7

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.

2.a.8 Proporzione di intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del femore (VGP) 2019

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) 289		
Denominatore	N. di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore n. 404		
Formula matematica	N. di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore 289 con durata degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni / N. interventi per frattura di femore 404 x 100		
Fonte	SIS - Flusso SDO- Procedura di rilevazione aziendale		
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

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.14 Proporzione di infarti miocardici acuti (IMA) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminare (PTCA) entro 2 gg. 2019

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 373x 100		32,17
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	Meno di 34	Tra 34 e 44	più di 44

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.15 Mortalità a 30 gg. dal ricovero per un episodio miocardico acuto (IMA in diagnosi principale) 2019

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

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		37,11%
Note per l'elaborazione	Protocollo operativo del Piano Nazionale Esiti (PNE).		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	Meno di 50	Tra 50 e 60	più di 60

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) 2019

Definizione	Percentuale di parti con taglio cesareo primario
--------------------	---

Numeratore	Numero totale di parti cesarei primari 152	
Denominatore	n. totale di parti con nessun pregresso cesareo 911	
Formula matematica	Numero totale di parti cesarei primari / n. totale di parti con nessun pregresso cesareo x 100	16,68%
Fonte	SIS - Flusso SDO - Procedura di rilevazione aziendale	
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

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.

La percentuale di parti con taglio cesareo primario sul totale dei parti effettuati negli Ospedali di Matera e Policoro nel 2019 è stata pari al 17 %, consentendo un parziale raggiungimento del target regionale, ma anche un miglioramento sul dato riportato nel 2018 pari al 22%, con una riduzione del 25%.

EFFICACIA ASSISTENZIALE TERRITORIALE

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

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 1041		
Denominatore	Popolazione residente 197.909		
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		5,26
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 2019. 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.

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 120		
Denominatore	Popolazione residente della fascia di età 50 – 74 anni 65.240		
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		183,94
Fonte	SIS - Flusso SDO - Procedura di rilevazione aziendale		
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 unità 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 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.

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.

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 15			
Denominatore	N. popolazione residente della fascia di età 35 – 74 106.460			
Formula matematica	N. ricoveri x diabete in residenti della fascia di età 35–74 anni /popolazione residente della fascia di età 35– 74 x 100.000			14,09
Fonte	SIS - Flusso SDO - Procedura di rilevazione aziendale			
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 unità 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 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.

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 2019. 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.

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 17			
Denominatore	N. residenti della fascia di età 50 – 74 anni 65.240			
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			26,06
Fonte	SIS - Flusso SDO - Procedura di rilevazione aziendale			
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 unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuro riabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75); i ricoveri in strutture private non accreditate.			
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%	
Risultato	Più di 35	Da 25 a 35	Meno di 25	

Il 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.

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 2019. 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.

2.c.5 Percentuale di over 64 anni trattati in ADI (VGP) 2019

Definizione	Percentuale di over 64 anni trattati in ADI		
Numeratore	N. di over 64 anni trattati in ADI 2.859		
Denominatore	popolazione residente over 64 43.645		
Formula matematica	N. di over 64 anni trattati in ADI / popolazione residente over 64 x 100		6,4
Fonte	SIS – Flusso ADI – Relazione Responsabile 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 2019 è stato pari a 2.859, che rappresentano oltre il 6,4 % del totale della popolazione residente degli ultrasessantatrenni, evidenziando un raggiungimento al 50% del target regionale di poco inferiore al dato raggiunto nell'anno 2018 (6,00%). I dati sono stati forniti dal Responsabile aziendale dell'ADI.

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

Definizione	Percentuale di prese in carico con CIA maggiore di 0,13 per over 65 in Cure domiciliari		
Numeratore	N. di prese in carico con CIA > 0,13 per residenti con età maggiore o uguale a 65 anni 2.859		
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 3.666		
Formula matematica	2.859/3.666 = 78%		78%
Fonte	SIS – Flusso ADI - Relazione Responsabile 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

Nel 2019 il numero di prese in carico con CIA > 0,13 per residenti con età maggiore o uguale a 65 anni è stato pari a 2.859 a fronte di un numero di un numero di prese in carico (PIC) per Cure domiciliari per persone, con età maggiore o uguale a 65 anni pari a 3.666, con una percentuale pari al 78%, che evidenzia il raggiungimento al 100% del target regionale. I dati sono stati forniti dal Responsabile aziendale dell'ADI.

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 295		
Denominatore	Popolazione residente maggiorenne 167.508		
Formula matematica	N. ricoveri con diagnosi psichiatriche in qualsiasi reparto relativi ai residenti maggiorenni/ Popolazione residente maggiorenne 293/167.508		176,11 %
Fonte	SIS - Flusso SDO – Procedura di rilevazione aziendale		
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 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 2019. 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.

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) 9			
Denominatore	n. ricoveri per patologie psichiatriche da 1 gennaio al 30 novembre 203			
Formula matematica	Numeratore /denominatore % 9/203			4,4 %
Fonte	SIS - Flusso SDO – Procedura di rilevazione aziendale			
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.			
Intervallo di raggiungimento dell’obiettivo		0%	50%	100%
Risultato		Più di 6	Tra 4 e 6	Meno di 4

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.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) 893			
Denominatore	Popolazione residente (<14 anni) 22.505			
Formula matematica	Numeratore / denominatore % 285/22.505			3,97 %
Fonte	SIS - Flusso SDO - Procedura di rilevazione aziendale			
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 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 2019. 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.

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	13.890	
Denominatore	N. accessi in P.S. con codice giallo	16.260	
Formula matematica	Numeratore / denominatore %		85,42 %
Fonte	SIS - Procedura di rilevazione aziendale		
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

I dati elaborati dal sistema di rilevazione aziendale evidenziano il raggiungimento dell'obiettivo al 50%.

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	35.930	
Denominatore	N. accessi in P.S. con codice verde	47.255	
Formula matematica	Numeratore / denominatore %		76,03 %
Fonte	SIS - Procedura di rilevazione aziendale		
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

I dati elaborati dal sistema di rilevazione aziendale evidenziano il raggiungimento dell'obiettivo al 50%.

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	36.140	
Denominatore	N. accessi in P.S. con codice verde non inviati al ricovero	43.395	
Formula matematica	Numeratore / denominatore %		83,28 %
Fonte	SIS - - Procedura di rilevazione aziendale		
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

I dati elaborati dal sistema di rilevazione aziendale evidenziano il raggiungimento dell'obiettivo al 100%.

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 3.548.728		
Denominatore	N. confezioni complessivamente erogate 3.884.211		
Formula matematica	3.548.728/3.884.211 x 100		91,36 %
Fonte	SIS Flusso Marno. Relazione del Responsabile della Farmacia Territoriale		
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

I dati elaborati dal Responsabile del Servizio Farmaceutico Territoriale Aziendale evidenziano il raggiungimento dell'obiettivo al 100%.

3.a.2 Percentuale di utilizzo farmaci biosimilari

Definizione	Percentuale di utilizzo farmaci biosimilari		
Numeratore	Totale unità posologiche solo biosimilari		188.283
Denominatore	N. Totale unità posologiche biosimilari +originator		312.251
Formula matematica	N. Totale unità posologiche biosimilari / Totale unità posologiche (biosimilari +originator)		60,30 %
Fonte	SIS Flusso Marno. Relazione del Responsabile della Farmacia Territoriale		
Note x l'elaborazione	Si considerano al numeratore e al denominatore solo i seguenti principi attivi: BO3AAO2, altri preparati antianemici-eritroproteine 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

I dati elaborati dal Responsabile del Servizio Farmaceutico Territoriale Aziendale evidenziano il mancato raggiungimento dell'obiettivo.

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		7.557.952
Denominatore	Popolazione residente pesata		210.219
Formula matematica	(7.557.952/210.219 x 100) x 100		35,95 %
Fonte	SIS Flusso Marno. Relazione del Responsabile della Farmacia Territoriale		
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

I dati elaborati dal Responsabile del Servizio Farmaceutico Territoriale Aziendale evidenziano il mancato raggiungimento dell'obiettivo.

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	138.128+149.898	= 288.026
Denominatore	N. confezioni di farmaci appartenenti al gruppo terapeutico C09 delle "sostanze ad azione sul sistema renina – angiotensina" erogati dalle farmacie territoriali	553.902	
Formula matematica	288.026/553.902x 100		51,99%
Fonte	SIS Flusso Marno. Relazione del Responsabile della Farmacia Territoriale		
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.		
Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	Più di 40	Tra 40 e 30	Meno di 30

I dati elaborati dal Responsabile del Servizio Farmaceutico Territoriale Aziendale evidenziano il mancato raggiungimento dell'obiettivo.

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	1.658.996,00	
Denominatore	Popolazione pesata x 365	210.219	
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)	21,62%	
Fonte	SIS Flusso Marno. Relazione del Responsabile della Farmacia Territoriale		
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. 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.		
Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	Più di 36	Tra 26 e 36	Meno di 26

I dati elaborati dal Responsabile del Servizio Farmaceutico Territoriale Aziendale evidenziano che il consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), (prescrizioni di antidepressivi), nella ASM è del 21.62% in piena e totale aderenza al target fissato dalla programmazione regionale.

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	1.371.366,44	
Denominatore	Popolazione pesata x 365	210.219 x 365	
Formula matematica	DDD di altri farmaci antibiotici (classe ATC : J01) erogati nell'anno / N. Popolazione pesata x 365 x 1000	17,87	

Fonte	SIS Flusso Marno. Relazione del Responsabile della Farmacia Territoriale		
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

I dati elaborati dal Responsabile del Servizio Farmaceutico Territoriale Aziendale evidenziano che il consumo dei farmaci antibiotici sul territorio della ASM è del 17,87 % raggiungendo il 50% del target fissato dall'obiettivo regionale. Si fa presente che nel 2018 la percentuale di raggiungimento era del 21,88, pertanto nel 2019 la percentuale del consumo è diminuita.

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			>90%	
Fonte	Dati riferiti dal Direttore UOC Cardiologia e UTIC Matera			
Note x l’elaborazione				
Intervallo 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			>90%	
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 (per il 2018 il denominatore ad esempio è riferito al 2017)		
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.190/2018, pag. 86, DRG 544- 541 – 224 – 254 – 012 – 009 - 359 – 035 – 558 – 149 – 545 – 225 – 410 – 518 - 503 Ultimi dati disponibili di mobilità passiva sono relativi all'anno 2017	9/14	
Fonte	Dipartimento Politiche della Persona - Regione Basilicata		
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		
Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	Meno di 4	Tra 4 e 12	più di 12

Il risultato del suddetto indicatore è stato calcolato sui dati di mobilità passiva extraregionale relativi al 2018, comunicati dal Dipartimento Politiche della Persona della Regione Basilicata, che sono gli ultimi allo stato disponibili.

DRG	Descrizione	Tipo Drg	2017	2018	scostamento	
9	Malattie e traumatismi del midollo spinale	M	460.061	563.139	103.078	22%
12	Malattie degenerative del sistema nervoso	M	402.030	362.677	-39.353	-10%
35	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	M	161.673	123.622	-38.051	-24%
518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	C	284.834	316.066	31.232	11%
548	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	C	136.460	77.786	-58.674	-43%
149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	C	333.884	510.998	177.114	53%
224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	C	437.225	430.053	-7.172	-2%
225	Interventi sul piede	C	347.279	269.961	-77.318	-22%
254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	M	22.160	2.319	-19.841	-90%
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	C	270.654	194.064	-76.590	-28%
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	C	2.074.486	2.285.485	210.999	10%
545	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	C	350.396	291.970	-58.426	-17%
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	C	431.029	462.224	31.195	7%
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	M	211.326	205.428	-5.898	-3%

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	494.254	504.033	9.779	2%
	TOTALE		6.417.751	6.599.825	182.074	3%

Per l'anno 2019 e per gli anni successivi, è obiettivo prioritario dell'Azienda, anche in conformità agli indirizzi programmatici regionali, la riduzione della migrazione ospedaliera extraregionale che continua ad attestarsi su valori elevati.

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 2018) € 11.701.950	
Denominatore	Valore economico della mobilità passiva ospedaliera (totale strutture)	Mobilità passiva extra regionale € 30.552.780	
Formula matematica	Mobilità Attiva extraregionale/ Mobilità Passiva extraregionale	0,38	
Fonte	Flusso SDO - Dipartimento Politiche della Persona - Regione Basilicata		
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

Il risultato del suddetto indicatore è stato calcolato sui dati di mobilità passiva extraregionale relativi al 2018, comunicati dal Dipartimento Politiche della Persona della Regione Basilicata, che sono gli ultimi allo stato disponibili.

	2017	2018	SCOSTAMENTO
MOBILITA' ATTIVA EXTRAREGIONALE OSPEDALIERA	12.201.063	11.701.950	-4%
MOBILITA' PASSIVA EXTRAREGIONALE OSPEDALIERA	29.387.877	30.552.780	4%
RAPPORTO MPE/MAE	0,42	0,38	-10%

L'obiettivo non è stato raggiunto dalla ASM e, come emerge dal raffronto fra i dati 2017 e 2018 (ultimi dati disponibili di mobilità passiva), si riscontra un peggioramento del trend determinato dalla riduzione della mobilità attiva e dal contestuale incremento di quella passiva.

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		105
Denominatore	N. di assistiti oncologici ricoverati e con assistenza conclusa= 105		105
Formula matematica	N. di assistiti oncologici ricoverati e con assistenza conclusa 105/105		100 %
Fonte	Flusso Hospice – relazione del Dirigente Responsabile Hospice		
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

Il presente indicatore è stato calcolato tenendo conto dei pazienti ricoverati presso l'Hospice Aziendale, situato a Stigliano.

4.b.2 Consumo territoriale di farmaci oppioidi

Definizione	Consumo territoriale di farmaci oppioidi		
Numeratore	DDD farmaci oppioidi maggiori erogati nell'anno per principio attivo		88.396,58
Denominatore	N. residenti x 365		197.909
Formula matematica	DDD farmaci oppioidi maggiori erogate nell'anno per principio attivo / N. residenti x 365 x 1000		1,22
Fonte	Relazione del Responsabile della Farmacia Territoriale		
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

I dati elaborati dal Responsabile del Servizio Farmaceutico Territoriale Aziendale evidenziano che il consumo territoriale dei farmaci oppioidi sul territorio della ASM è pari a 1,22, raggiungendo il 50% del target fissato dall'obiettivo regionale.

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.entro 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	111
Denominatore	N. totale schede prodotte	20.830
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	
		0,53 %

	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 0,58	Tra 3 e 5	Meno di 3	

Il presente indicatore è stato calcolato dalle Direzioni Sanitarie dei 2 presidi ospedalieri di Matera e Policoro.

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. totale schede prodotte tot. 1.410		
Denominatore	N. di schede con errore riscontrate che generano anomalia Tot. 20.830		
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 è stato calcolato dalle Direzioni Sanitarie dei 2 presidi ospedalieri di Matera e Policoro.

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	Responsabile Aziendale U.O. Medicina Legale e Rischio Clinico		
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 2019 entro il 30 giugno 2019, e lo ha inviato in Regione con nota del 30 giugno 2019 con nota prot.2019 – 0037287

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	Responsabile Aziendale U.O. Medicina Legale e Rischio Clinico		
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 2019, che ha trasmesso al Dipartimento Politiche della Persona della Regione Basilicata con nota prot. n. 2020 - 13328 del 28/02/2020, in piena aderenza con l'obiettivo assegnato.

CONTROLLO CARTELLE CLINICHE

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

Definizione	Verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche		
Criterio per valutazione positiva	Realizzazione del programma di controllo deliberato dalla Regione Basilicata e trasmissione degli esiti secondo le modalità e i termini specificati nello stesso programma	100%	
Fonte	Direzioni Sanitarie Ospedaliere		
Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo		0%	100%
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 2019 sono stati pari complessivamente a 2.066 su un totale di 20.023 cartelle cliniche totali prodotte, per una percentuale pari al 10,32%, così composta:

P.O. Matera = 1.400 cartelle cliniche controllate su un totale di 13907 cartelle, pari al 10,1%

P.O. Policoro = 666 cartelle cliniche controllate su un totale di 6116 cartelle, pari al 10,9%

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

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	Procreazione medicalmente assistita 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
Centro Dialisi co/ Ospedale Distrettuale TINCHI	Contrada Tinchì	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 Tinchì 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.g.1 Verifica della tempestività dell'avvio delle attività del Piano regionale sul gioco d'azzardo patologico (GAP) 2017 – 2018

Definizione	Verifica della tempestività dell'avvio delle attività del Piano regionale sul gioco d'azzardo patologico (GAP) 2017 – 2018	
Criterio per valutazione positiva	Pubblicazione, entro il 30 giugno 2019 degli Avvisi Pubblici e/o ogni forma di evidenza pubblica relativi alla realizzazione degli obiettivi e delle attività previste DAL "Piano Regionale 2017 – 2018 – Gioco d'azzardo patologico e trasmissione in Regione di Relazione dettagliata	Il piano di attività biennale 2018 -2019 , con dettagliata relazione, è stato inviato alla Regione Basilicata nei tempi previsti
Fonte	Relazione "Verifica tempestività avvio del piano regionale Gioco d'Azzardo Patologico (GAP)" della dott.ssa D'Ambrosio – Direttore Ser.D ASM (referente scientifico per la ASM)	100%
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo		100%
Risultato	NO	SI'

SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA: TEMPI DI PAGAMENTO

Definizione	rispetto dei tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente per gli enti del servizio sanitario nazionale (art. 1, comma 865 l. 30 dicembre 2018 n. 145)	
Fasce di valutazione aziendale		Punteggio attribuibile
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	a) non è riconosciuta qualora l'ente sanitario registri ritardi superiori a 60 gg. oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10% del debito commerciale residuo	0
	b) è riconosciuta per la metà qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi tra 31 e 60 gg.	3
	c) è riconosciuta per il 75% qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi tra 11 e 30 gg.	4,5
	d) è riconosciuta per il 90 % qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi tra 1 e 10 gg.	5,4
	e) è riconosciuta per il 100% qualora l'ente sanitario registri pagamenti con tempistica inferiore o uguale a 60 gg.	6
Risultato ASM	5,4	Raggiungimento obiettivo al 90%

I suddetti dati sono stati forniti dal Responsabile dell'U.O.C. Direzione Economico Finanziaria dell'ASM

Il quadro sinottico di seguito riportato fornisce una rappresentazione sintetica e complessiva della performance dell'Azienda Sanitaria di Matera in riferimento agli obiettivi riportati Piano della Performance della ASM relativo all'anno 2019.

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

AREA	NR	OBIETTIVI	INTERVALLI DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI			RISULTATI 2019
			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	91,5%
	1.a.2	Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani) (VGP)	< 60	tra 60 a 65	> 65	75,4%
	1.a.3	Copertura vaccinale Papilloma Virus (HPV) nella popolazione bersaglio	< 75	tra 60 e 75	> 75	60,0%
	1.a.4	Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (operatori sanitari ruolo sanitario e tecnico)	< 25	tra 25 e 40	> 40	32,4%
	1.a.5	Copertura vaccinale antimeningococcico a 24 mesi	< 90	tra 90 e 95	> 95	88,2%
	1.a.6	Copertura vaccinale antipneumococcico a 24 mesi	< 95	tra 90 e 95	> 95	96,2%
	1.a.7	Copertura vaccinale esavalente 24 mesi per bambini residenti nel territorio di competenza	< 90	tra 90 e 95	> 95	96,2%
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
	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
	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
	1.b.5	% di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	< 35	tra 35 e 55	> 55	N.V

AREA	NR	OBIETTIVI	INTERVALLI DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI			RISULTATI 2019
			0%	50%	100%	
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	29,1%
	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	56,9%
	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	33,1%
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	5,1%
	1.d.2	Numero cantieri ispezionati / Numero cantieri notificati	meno di 20	tra 20 e 30	più di 30	22,1%
	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	28,0%
	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	37,0%
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
	1.e.2	Raggiungimento della copertura % dei campioni % di ovini e caprini testati per scrapie	NO		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

AREA	NR	OBIETTIVI	INTERVALLI DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI			RISULTATI 2019
			0%	50%	100%	
PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI – 30						
Appropriatezza area clinica 13	2.a.1	Tasso di ospedalizzazione per i DRG medici LEA standardizzato per età e per sesso – Ricoveri medici potenzialmente inappropriati	> 180	da 135 a 180	<135	102,12
	2.a.2	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1000 residenti	> 3	da 1,5 a 3	< 3	0,06
	2.a.4	Percentuale di ricoveri effettuati in Day Surgery per i DRG dei LEA chirurgici	< 45	da 45 a 75	> 75	38,7%
	2.a.5	Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene, per 100.000 residenti standardizzati per età e per sesso	> 65	da 50 a 65	< 50	16,12
	2.a.7	Riammissione a 30 giorni dopo intervento di protesi di anca	> 3,7	da 2,7 a 3,7	< 2,7	5,5%
	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	72,2%
	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	32,2%
	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	5,4
	2.a.16	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni (VGP)	< 50	da 50 a 60	> 60	37,1%
	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	16,7%

AREA	NR	OBIETTIVI	INTERVALLI DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI			RISULTATI 2019
			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
	2.c.2	Tasso di ricovero per scompenso cardiaco x 100.000 residenti 50 – 74 anni	> 195	da 155 a 195	<155	183,94
	2.c.3	Tasso di ricovero per diabete x 100.000 residenti 35– 74 anni	> 35	da 25 a 35	< 25	14,1
	2.c.4	Tasso di ospedalizzazione BPCO x 100.000 residenti 50 – 74 anni	> 35	da 25 a 35	< 25	26,06
	2.c.5	% di anziani in Cure Domiciliari con valutazione sul totale della popolazione (VGP)	< 4	da 4 a 8	> 8	6,4%
	2.c.6	% di presa in carico con CIA (coefficiente di intensità assistenziale) > 0,13 per over 65 in Cure Domiciliari	< 35	da 35 a 55	> 55	78,0%
	2.c.7	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti maggiorenni	> 300	da 200 a 300	<200	176,11
	2.c.8	% di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 gg. per patologie psichiatriche	> 6	da 4 a 6	< 4	4,4%
	2.c.9	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica x 100 residenti <14 anni	>10	da 7 a 10	<7	3,97
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	85,4%
	2.d.2	% di accessi in P. Soccorso con codice VERDE visitati entro 1 ora	< 70	da 70 a 80	> 80	76,0%
	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	83,3%
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	91,4%
	3.a.2	% di utilizzo di farmaci biosimilari (mantenimento dei livelli di utilizzo per i attivi elencati)	< 80	da 80 a 95	>95	60,3%

AREA	NR	OBIETTIVI	INTERVALLI DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI			RISULTATI 2019
			0%	50%	100%	
Appropriatezza prescrittiva farmaceutica 7	3.b.1	Consumo pro capite farmaci inibitori di Pompa Protonica (IPP)	>30	da 28 e 30	<28	35,95
	3.b.2	Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina – angiotensina (antiipertensivi)	>40	da 40 a 30	<30	51,99
	3.b.3	Consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSR)	>36	da 26 a 36	<26	21,62
	3.b.4	Consumo di farmaci antibiotici sul territorio (VGP)	>22	da 16 a 22	< 16	17,87
	3.b.5	% di pz. dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta – bloccanti alla dimissione	< 67	da 67 a 77	> 77	>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
	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
Appropriatezza prescrittiva diagnostica 3	3.c.1	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)	< 30	da 20 a 30	> 20	
	3.c.2	% di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi	> 8	da 6 a 8	< 6	
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
	3.d.2	miglioramento del saldo di mobilità ospedaliera	< 0,58	da 0,58 a 0,62	>0,62	0,38
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	100,0%
	4.b.2	Consumo territoriale di farmaci oppiacei	< 1,6	da 1,6a 2,1	> 2,1	1,22
Utilizzo dei flussi informativi 5	4.c.1	Trasmissione dei flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa	NO		SI	SI
	4.c.2	n. % di errori che generano scarti sul totale delle SDO trasmesse	> 5	da 3 a 5	< 3	0,53%
	4.c.3	n. % di errori che generano anomalie sul totale delle SDO trasmesse	>20	da 10 a 20	< 10	6,77%
	4.c.4	Copertura del flusso NSIS sui contratti dei dispositivi medici	< 10	da 10 a 15	< 15	N.V.
	4.c.5	Copertura del flusso NSIS sui consumi dei dispositivi medici	< 80	da 80 a 95	< 80	N.V.

AREA	NR	OBIETTIVI	INTERVALLI DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI			RISULTATI 2019
			0%	50%	100%	
Risk Management 2	4.d.1	Adozione / attualiz. del Piano aziendale per la prev. del rischio clinico e invio del Piano Aziendale ASM in regione entro il 30 giugno di ogni anno	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 - Procreazione medicalmente assistita c/o P.O. Mt - Riabilitazione e RSA c/o O. D. Tricarico - Diagnostica per immagini c/o P.O. Policoro - Ospedale Matera	NO		SI	SI
Verifica della tempestività dell'avvio delle attività del Piano Regionale sul Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) 2017-2018 3	4.g.1	Trasmissione alla Regione entro il 30 giugno delle attività svolte (avvisi pubblici)	NO		SI	SI
Tempi di pagamento	All. n. 2	Rispetto dei tempi di pagamento stabiliti dalla legislazione vigente per gli Enti del Servizio Sanitario	90,0%			

Per un'analisi più dettagliata sulla verifica degli obiettivi con indicazione dei risultati raggiunti per ciascun obiettivo, il grado di conseguimento dello stesso e il riferimento al target programmato si rimanda alla relazione sul raggiungimento degli obiettivi anno 2019 DGR 395 / 2019 (all. 4)

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

La verifica sul raggiungimento degli obiettivi delle singole unità operative dipartimentali viene effettuata con cadenza semestrale e annuale, quest'ultima viene approvata con delibera aziendale e pubblicata nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente". La relazione per l'anno 2019, è in corso, ed è corredata da una scheda per ogni unità operativa complessa e /o semplice, su ogni scheda vengono riportati gli obiettivi negoziati per l'anno 2018, gli indicatori e il target di riferimento, oltre che la percentuale di raggiungimento per ciascun obiettivo.

PROGETTO "NETWORK REGIONI"

Dal 2012 la Regione Basilicata aderisce al progetto "Network Regioni" il cui obiettivo è di fornire un sistema di valutazione della performance del sistema sanitario attraverso il confronto di un set di indicatori condivisi. Tale sistema che coinvolge, oltre alla Basilicata, il Veneto, la Toscana, la Liguria, il Piemonte, l'Umbria, la P.A. di Trento, la P.A. di Bolzano e Marche è stato progettato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, che cura l'elaborazione degli indicatori e dei report annuali. Attraverso un processo di condivisione inter-regionale si è arrivati alla definizione di 130 indicatori (80 di valutazione e 50 di osservazione) volti a descrivere e confrontare, tramite processo di benchmarking, vari aspetti o "dimensioni" della performance del sistema sanitario. Tali indicatori sono stati raggruppati, tramite una struttura "ad albero", ad indicatori di sintesi.

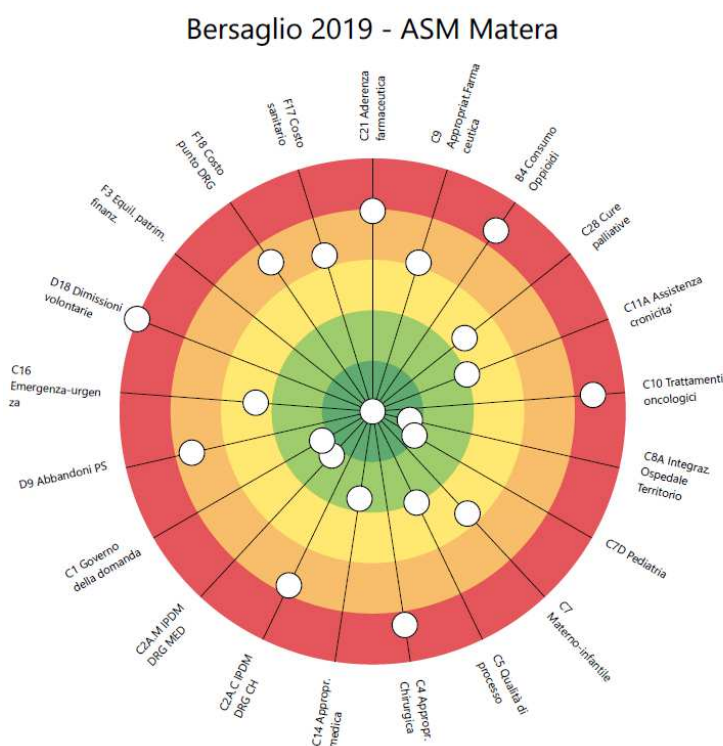
Si riporta di seguito il "bersaglio 2019" elaborato dall'Istituto Sant'Anna e pubblicati sul sito web.

In particolare, nel grafico sono rappresentati sinteticamente tutti gli indicatori rilevati nel 2019, che evidenziano i risultati di performance raggiunti dalla ASm di Matera in quell'anno, con il relativo posizionamento nell'ambito delle varie fasce di performance individuate.

In particolare:

- la fascia verde (punti 4 – 5) rappresenta una performance ottima (punto di forza)
- la fascia verdino (punti 3 – 4) rappresenta una performance buona
- la fascia gialla (punti 2 – 3) rappresenta una performance media
- la fascia arancione (punti 1 – 2) rappresenta una performance scarsa
- la fascia rossa (punti 0 – 1) rappresenta una performance molto scarsa (punto di debolezza)

Lo schema di bersaglio viene utilizzato al fine di offrire un immediato quadro di sintesi sulla performance ottenuta dall'Azienda su tutte le dimensioni del sistema e di identificare immediatamente i punti di forza e di debolezza.



Nel 2019 l'ASM di Matera presenta 2 indicatori pienamente nella fascia verde (punti di forza), 2 indicatori a cavallo fra la fascia verde e la fascia verdina, (performance buona), 4 indicatori nella fascia verdina, (performance buona), 5 nella fascia gialla, (performance media), 6 nella fascia arancione (performance scarsa), e 4 nella fascia rossa, (performance molto scarsa, punto di debolezza)

Nello specifico l'ASM presenta una ottima performance in riferimento all'equilibrio economico finanziario, che costituisce un punto di forza, una buona performance riguardo alla appropriatezza medica, sicurezza sul lavoro, Cure palliative, attesa chirurgica e appropriatezza chirurgica, una performance media per l'appropriatezza farmaceutica, la comunicazione - web ecc, e scarsa sull'appropriatezza farmaceutica, trattamenti chirurgici ecc.

Si registra una buona performance nella copertura vaccinale, (tranne che per le vaccinazioni anti influenzali per MPR e HPV), mentre il controllo del dolore costituisce un punto di debolezza, con una scarsa attenzione alla prescrizione di farmaci oppioidi.

Sul versante ospedaliero il governo della domanda evidenzia una performance abbastanza buona, con il contenimento del tasso di ospedalizzazione ed il miglioramento dell'appropriatezza medica, che tuttavia rimane ancora lontana dalla performance ottimale.

Nella media la performance relativa alla qualità clinica.

Buoni i risultati dell'integrazione ospedale territorio e nella media quelli dell'efficacia assistenziale delle malattie croniche.

Ottima è risultata la performance relativa alla gestione del Pronto Soccorso, mentre sono risultati migliorati i dati relativi alle dimissioni volontarie.

Maggiore attenzione va dedicata alla gestione dell'assistenza farmaceutica, dove l'appropriatezza e l'efficienza prescrittiva sono risultate scarse, producendo una spesa farmaceutica territoriale molto elevata.

LE CRITICITA' E LE OPPORTUNITA'

LE CRITICITA'

Persistono specifiche difficoltà aziendali in riferimento al raggiungimento di alcuni degli obiettivi strategici quali ad esempio

- le Performance organizzative e cliniche aziendali, (l'appropriatezza organizzativa e clinica);
- l'efficienza prescrittiva farmaceutica (consumo di alcune categorie di farmaci),
- la parziale riduzione delle liste di attesa per alcune prestazioni comprese nei LEA, (Applicazione difficoltosa delle liste di priorità codice B < 10 gg. e codice D < 30 gg.),
- Il mancato perseguimento degli obiettivi sopra indicati è da attribuire solo in parte alle attività e all'impegno degli operatori socio sanitari, intervengono infatti altri fattori quali:
- ritardi nell'organizzazione dei servizi territoriali (poche le strutture intermedie quali Hospice, riabilitazione, RSA, Centri diurni) che non decongestionano in modo adeguato l'ospedale;
- Il blocco del turnover del personale;
- Carenze di personale infermieristico e medico, accentuate da limitazioni funzionali e di servizio;
- Perdita di motivazione del personale in assenza di segnali di cambiamento e / o retribuzioni di risultato
- Ritardi degli investimenti in tecnologie sanitarie qualificanti, obsolescenza delle apparecchiature tecnologiche (servizi diagnostici e blocco operatorio);
- Organizzazione dei ricoveri del Pronto Soccorso;
- Ruolo organizzativo dei dipartimenti;
- Assenza di cultura manageriale dei dirigenti soprattutto medici;
- resistenza da parte della popolazione alla ridefinizione di un nuovo modello di offerta delle attività sanitarie;
- Difficoltà dimostrata dai Comuni afferenti alla ASM a sostenere la spesa di compartecipazione;

LE OPPORTUNITA'

- Disponibilità di professionalità e competenze ad alto potenziale di sviluppo (chirurgia vascolare, radiologia interventistica, neurologia per le attività ospedaliere e assistenza domiciliare integrata per il territorio);

- Struttura ospedaliera moderna e facilmente adeguabile ad esigenze di riorganizzazione;
- Defocalizzazione di piccole strutture ospedaliere lucane e pugliesi dell'assistenza in acuzie;
- Completezza dell'offerta di servizi diagnostici e terapeutici;
- Tradizione consolidata di alcuni servizi assistenziali (Urologia, Pneumologia, Ostetricia);
- Disponibilità di servizi attrattivi capaci di lavorare su volumi elevati (es. Ortopedia, chirurgia generale, Pneumologia, Patologie Infettive, Ematologia, Neurologia con il centro riferimento Sclerosi Multipla);
- Esperienze positive nello sviluppo interno di strumenti per il miglioramento della qualità (es. boarding card, scheda unica di terapia),
- Azioni di risanamento effettuate sui costi di gestione, avviate nel 2012 e continuate nel 2013, che hanno portato all'azzeramento delle perdite a livello aziendale;
- Adozione e implementazione del Piano strategico di riorganizzazione dell'Ospedale Madonna delle Grazie di Matera con la sperimentazione dell'organizzazione ospedaliera per intensità di cure.
- Adozione del nuovo Atto Aziendale dell'ASM che ha portato a coronamento in maniera definitiva il processo di unificazione delle due Aziende, ex ASL n. 4 di Matera e ex ALS n. 5 di Montalbano Jonico, confluite nell'ASM

4. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

4.1. FASI, SOGGETTI TEMPI E RESPONSABILITÀ

Nel contesto del decreto n.150/2009, la performance è 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.

Le nuove gestioni manageriali sono sempre più ispirate alla cultura della performance, al coinvolgimento del personale nel miglioramento dell'organizzazione in termini di efficienza, efficacia ed economicità e a valorizzare la struttura aziendale in coerenza con le esigenze degli stakeholder dell'Azienda, al fine di governare il cambiamento.

Il ciclo della performance rappresenta uno stimolo alla realizzazione di attività di eccellenza improntato a significativi momenti di condivisione. Il percorso di miglioramento si deve avvalere di un processo di valutazione che assicuri il coinvolgimento dei valutati e degli stakeholder, individuando nell'Organismo Indipendente di Valutazione l'organo garante della correttezza del Sistema di Misurazione e valutazione della performance e del Piano della Performance.

L'art. 10 del D. Lgs. n. 150/2009, così come aggiornato con le modifiche introdotte dal D. Lgs. n. 74/2017, individua i documenti di rappresentazione della performance, da redigere e pubblicare con cadenza periodica, attraverso i quali gli Enti/Aziende della Pubblica Amministrazione, ivi comprese le Aziende Sanitarie, consolidano e razionalizzano una serie di strumenti di pianificazione e di rendicontazione declinati come segue:

- Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance,
- Piano della Performance,
- Relazione sulla Performance

Il Piano della Performance (art. 4 del D. Lgs. 150/2009) è il documento di rappresentazione della pianificazione e programmazione aziendale finalizzato a supportare i processi decisionali, redatto con orizzonte temporale triennale, da aggiornare ogni anno, in stretta coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

Il Piano della Performance, attraverso cui si avvia il ciclo di gestione della performance, è il documento in cui, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori e i target, necessari per le verifiche finali e la rendicontazione della performance.

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

Conseguentemente quale atto successivo al Piano della Performance, la Relazione Annuale sulla Performance, approvata con delibera del Direttore Generale dell'Azienda e validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione, costituisce il documento di consuntivazione della performance che evidenzia, a posteriori, dunque con riferimento all'anno precedente i risultati raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati.

La Misurazione e la Valutazione della Performance rappresentano, a loro volta, due processi nettamente distinti del ciclo della performance.

Attraverso il processo di misurazione viene definito, a livello aziendale, il sistema di indicatori adeguato a rilevare, in termini quali – quantitativi, le dimensioni che rilevano ai fini della performance organizzativa ed individuale.

Nella fase di misurazione vengono quantificati i risultati raggiunti dall'amministrazione nel suo complesso e i contributi agli stessi verificati per ciascun Centro di Responsabilità (Struttura Complessa e/o Struttura Semplice Dipartimentale) intesi come "performance organizzativa", vengono altresì quantificati i contributi individuali intesi come "performance individuali".

Il processo di misurazione è essenziale e propedeutica all'attivazione del conseguente processo finale di valutazione atto a confrontare, a consuntivo, il livello di performance raggiunto con i risultati attesi. È il

momento in cui dalla misurazione si passa all'analisi dei dati misurati e si procede all'attribuzione del "giudizio" complessivo.

Gli eventuali scostamenti rilevati a consuntivo, dunque consolidati, oltre che rilevare ai fini della gestione del sistema premiante, costituiscono motivo di analisi e riflessione sulle cause del gap evidenziati per il futuro miglioramento della gestione e costituiscono, nel breve periodo, la baseline di implementazione del nuovo ciclo di gestione della performance e di prefigurazione dei futuri scenari.

La fase di valutazione ha come output la Relazione Annuale sulla Performance, atta ad evidenziare, a consuntivo, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto agli obiettivi programmati e formalizzati nel Piano della Performance.

Misurazione e valutazione, pertanto si riferiscono alle diverse dimensioni in cui si declina la performance come intesa dal complesso normativo vigente: in merito alla performance organizzativa, il riferimento è alla performance dell'ASM nel suo complesso ed alla performance dei singoli Centri di Responsabilità che rappresentano la delineaione strutturale interna del contesto organizzativo aziendale; in merito alla performance individuale, il riferimento è alla performance riferita a ciascun dipendente dell'Azienda.

Il modello di misurazione e valutazione delle performance cui si è ispirati è strettamente collegato ai seguenti principi di fondo:

1. Collegamento con gli strumenti istituzionali (prioritariamente nazionali P.S.N. e regionali P.S.R.) di programmazione annuale e pluriennale: in tal senso il piano della performance dell'ASM, fatta salva l'autonomia aziendale, ha recepito gli indirizzi del Piano Sanitario Nazionale e del Piano Sanitario Regionale che rappresentano il primo punto di riferimento per la formulazione delle scelte strategiche aziendali.
2. Valorizzazione degli obiettivi strategici dell'Azienda mediante la proposizione di un percorso di lavoro che la Direzione ha inteso mettere in campo nel medio lungo periodo e rispetto al quale ha orientato le scelte di programmazione di breve periodo.
3. Eliminazione di duplicazione di attività programmatiche, in tal senso strumenti innovativi di programmazione (implementazione della informatizzazione, del sistema di reporting di tempestività dei flussi informativi con particolare riferimento agli obiettivi del piano delle performance) hanno trovato un organico inquadramento negli esistenti sistemi e strumenti di programmazione annuali e pluriennali.
4. Valorizzazione e riqualificazione del sistema di budgeting aziendale che, coerente con la funzione di declinazione a livello di struttura degli obiettivi annuali aziendali, è stato collegato con il piano delle performance traducendo gli indirizzi strategici aziendali in obiettivi a livello di struttura.
5. Garanzia di adeguata chiarezza e trasparenza delle strategie aziendali e degli obiettivi anche a soggetti e stakeholder non appartenenti al mondo della sanità e, di conseguenza, meno familiari con misure e terminologie "di settore" ci si è impegnati ad attivare adeguati modelli di comunicazione dei risultati e delle performance e di particolari attività messi in campo dall'Azienda riflettenti i compiti istituzionali.

Nello specifico, il ciclo della Performance dell'ASM per il 2019, ha avuto inizio con la predisposizione del Piano della performance 2019 - 2021, adottato con deliberazione aziendale n. 55 del 29/01/2019 e successivamente aggiornato con deliberazione aziendale n. 733 del 07/08/2019, nel quale sono stati individuati gli obiettivi aziendali per il triennio 2019 – 2021, in conformità agli indirizzi programmatici e strategici definiti dalla Regione Basilicata con successive DD.GG.RR. N. 190/2018 e n. 733/2019.

Nello specifico, con deliberazione aziendale n. 55 del 29/01/2019, con l'adozione del Piano della Performance aziendale 2019-2021 (aggiornamento 2019) sono stati confermati per il 2019 gli obiettivi di budget anno 2018 assegnati alle strutture complesse e semplici dipartimentali dell'Azienda, nelle more dell'approvazione da parte della Regione dell'aggiornamento degli obiettivi di salute e programmazione sanitaria.

In seguito all'aggiornamento, da parte della Regione Basilicata degli obiettivi di salute e di programmazione sanitaria per l'anno 2019, assegnati alle aziende sanitarie ed ospedaliere regionali, formalizzato con DGR 395/2019, la ASM, con deliberazione del Direttore Generale n. 733 del 07/08/2019, ha provveduto all'aggiornamento ed integrazione del Piano della Performance anno 2019, lasciando tuttavia invariate le

schede di budget precedentemente assegnate, in considerazione della irrilevanza dei nuovi obiettivi operativi assegnati dalla regione.

Il Piano recepisce gli obiettivi di salute e di programmazione economico finanziaria per le Aziende sanitarie territoriali della regione Basilicata per l'anno 2018, assegnati dalla regione con DGR n. 190 del 2018 e lievemente integrati con deliberazione n. 395/2019.

L'ASM dopo aver redatto il Piano della Performance 2019, intende ora far seguire la propria Relazione sullo stato di attuazione del suddetto Piano e i principali dati di sintesi sulle performance conseguite.

La presente Relazione sulla Performance conclude l'applicazione del ciclo della performance relativo all'anno 2019, ed è stata redatta in ossequio alle Linee Guida della Funzione Pubblica N° 2/2018, oltreché secondo le disposizioni contenute nel D.Lgs n. 74 del 25 maggio 2017.

L'Azienda, pertanto, come chiusura del ciclo della Performance per l'anno 2019 ha elaborato la presente Relazione che rendiconta ed evidenzia la performance aziendale, la misurazione del raggiungimento degli obiettivi prefissati e i risultati conseguiti.

La Relazione viene sottoposta - per la validazione - all'Organismo Indipendente di Valutazione.

Il presente documento evidenzia a consuntivo i risultati raggiunti nell'anno 2019 anche rispetto ai target programmati nel Piano della Performance 2018-2020, anno 2019.

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".

Le fasi individuate per la redazione della relazione sulla Performance sono in linea con quanto stabilito dall'ANAC ex CIVIT e prevede che la relazione della Performance sia elaborata a cura del CCS aziendale entro il 30 giugno di ogni anno.

Dopo la stesura della relazione l'O.I.V. provvede alla validazione del documento inviato, entro il 30 giugno, secondo quanto previsto dalla nota circolare del 29.03.2018, del Dipartimento della Funzione Pubblica – Ufficio per la Valutazione della Performance.

Tuttavia, per le ragioni dianzi dette, connesse direttamente allo stato emergenziale determinato dalla diffusione del COVID – 19, non è stato possibile rispettare tali scadenze.

La tempistica di realizzazione del ciclo della performance è raffigurata nel grafico seguente.



4.3. PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

Punti di forza:

- Integrazione fra ciclo del bilancio, ciclo di programmazione e controllo e gli adempimenti previsti dal Decreto 150 /2009 e s.m. i.e Linee Guida ANAC ex CIVIT;
- Perseguimento di un costante innalzamento del livello dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni assistenziali, declinata sotto i tutti i profili, da quello clinico a quello organizzativo,
- Chiara attribuzione delle responsabilità per ciascuna fase del Ciclo della Performance;
- Puntuale e attenta supervisione e coordinamento del C.C.S. su tutte le fasi di definizione /aggiornamento del sistema ;
- Costante coinvolgimento dei componenti dell'O.I.V. nel promuovere la cultura della responsabilità e verifica dei risultati;
- Consapevolezza delle difficoltà economiche nazionali e regionali;
- Riorganizzazione dell'intera rete ospedaliera e territoriale sia a livello aziendale che regionale;
- Ottimo sviluppo della tecnologia informatica a supporto dei processi di regolazione della governance e dei sistemi operativi – gestionali;
- Sviluppo delle reti interaziendali;
- Cultura della trasparenza e sviluppo di una buona comunicazione tra l'azienda e la comunità di riferimento.

Punti di debolezza:

- 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 allungamento delle liste d'attesa.
- Difficoltà conseguenti alla ricostruzione e riavvio di alcuni assetti procedurali e funzionali, conseguenti ad alcune criticità riscontrate nell'applicazione di taluni istituti contrattuali (vertenza fasce, irregolare ricorso all'istituto della pronta disponibilità, reiterato ricorso alle proroghe).
- Difficoltà di coinvolgimento e collaborazione delle altre strutture aziendali nelle varie fasi del ciclo della performance;
- Reazioni al cambiamento delle categorie di lavoratori interessate dagli interventi di razionalizzazione (OO.SS. Dirigenza, Comparto, Medici convenzionati);
- Difficoltà ad accettare la cultura del "rendere conto" accountability;
- Insufficiente organizzazione dei servizi sul territorio, connessa alla incompleta implementazione dei Distretti.

5. TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE

5.1. COERENZA CON IL PIANO TRIENNALE ANTICORRUZIONE E RISULTATI RAGGIUNTI NEL CORSO DELL'ANNO 2019.

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

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

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

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

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

In seguito con deliberazione aziendale n. 827 del 24.09.2018, ha unificato le due figure nominando la dott.ssa Maria Malvasi, Dirigente Sociologo dell'ASM, come unico responsabile della Prevenzione della Corruzione e Responsabile della Trasparenza ed Integrità così come previsto dalla norma.

Con successiva 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. 46 del 29/01/2019 ha adottato il "Piano aziendale triennale di prevenzione della corruzione 2019-2021", unitamente al Programma Triennale della Trasparenza e Integrità "PTTI", come Specifica Sezione all'interno del PTPC stesso, giusta "raccomandazione" Det. n. 12 del 28.10.2015 e Delibera n. 831/2016 ANAC, allegando allo stesso i suddetti documenti:

- Catalogo dei Processi e dei Rischi – contenente le Schede di Mappatura dei processi, valutazione dei rischi di corruzione ed individuazione misure;
- Attuazione e monitoraggio del PTPC. Reporting;
- Relazione annuale esito attività svolta PTPC 2018;
- Piano Triennale Trasparenza e Integrità (Sezione Specifica);
- Promozione “ Settimana della Trasparenza”. Analisi dei messaggi;
- Consulta pubblica “PTPC e PTTI 2019-2021”.

Con successiva deliberazione aziendale n. 615 del 27/06/2019, conseguente alla nota prot. n. 0037391 del 10/05/2019 trasmessa dall'ANAC, avente ad oggetto “Comunicazione di avvio di procedimento di vigilanza sulle misure di prevenzione della corruzione – diffida”, si è provveduto all'Aggiornamento del “Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2019 / 2021”.

Nello specifico, coerentemente alle prescrizioni dell'ANAC, si è proceduto ad individuare l'agenda delle azioni in corso di predisposizione nelle aree così specificate:

- Rotazione del Personale;
- Conferimento di incarichi dirigenziali
- Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro
- Astensione in caso di conflitto di interesse
- Attività di Monitoraggio

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione per il triennio 2019-2021 dell'ASM, in continuità con i precedenti, rappresenta un documento “programmatico” che definisce le strategie per la prevenzione della corruzione e mira a rendere l'ambiente lavorativo più organizzato ed efficiente. Si applica a tutti i dipendenti e collaboratori, a qualsivoglia titolo, dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera.

Con Deliberazione n. 1074 del 21/11/2018 l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha approvato l'aggiornamento al PNA 2018. Il documento non contiene indicazioni specifiche per il contesto sanitario, rinviando per tale specifico contesto all'approfondimento di cui alla Determinazione N. 12 del 28/10/2015 e alla Deliberazione ANAC N.831 del 3/8/2016 - PNA 2016, ma fornisce comunque suggerimenti ed indicazioni sulle modalità di approvazione del PTPCT e sui suoi contenuti sostanziali, integrando alcune indicazioni sull'applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione.

Riprendendo quanto scrive il PNA, il PTPC è lo strumento attraverso il quale l'amministrazione sistematizza e analizza un processo articolato in fasi, finalizzato a formulare una strategia di prevenzione del fenomeno di corruzione e di illegalità.

Nel Piano si descrivono una serie di attività che devono condurre alla prevenzione partendo dall'analisi dei processi dell'organizzazione aziendale. Il Piano di prevenzione della corruzione e dell'illegalità è finalizzato a fornire una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici a rischio di corruzione e di illegalità, mediante l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione. Il Piano triennale di prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità dell' ASM si configura come significativo percorso di crescita e strumento di approfondimento nell'impegnativa azione di prevenzione della corruzione, nel senso più ampio ed ormai consolidato della materia.

L'aggiornamento del PTPC 2019/2021, in conformità con le nuove disposizioni normative, contiene il Piano Triennale Trasparenza ed Integrità, allegato quale specifica sezione divenendo parte integrante del PTPC.

Sono stati evidenziati, sin dall'anno 2015 e completamente conseguiti nel 2019, alcuni obiettivi, in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, riportati nel piano della performance, con specificazione di indicatori, target, e risultati raggiunti per ciascun obiettivo.

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

A fine 2019 sono stati verificati i risultati raggiunti per ciascun obiettivo strategico concordato ed è stata effettuata l'analisi dei risultati dell'attività svolta, quale rendiconto sull'efficacia delle misure di prevenzione definite, relative all'anno 2019. La rendicontazione sull'efficacia delle misure di prevenzione definite nel PTPC 2019-2021, approvato con deliberazione aziendale n. 615/2019 è stata inserita in allegato al PTPC 2020-2022 quale reporting sull'esito dell'attività PTPC 2019 e pubblicata sul Sito aziendale.

Il Piano triennale di prevenzione della corruzione ASM per il triennio 2019-2021 (adottato il 29 gennaio 2019 con delibera n. 46/2019) e il suo aggiornamento (delibera n. 615/2019) introduce miglioramenti alla politica di prevenzione della corruzione della ASM e si adegua alle nuove ed aggiuntive indicazioni contenute nell'aggiornamento 2018 del Piano Nazionale Anticorruzione. Tra queste:

- la definizione puntuale degli indicatori (numerici) riferiti al raggiungimento dei singoli obiettivi sul monitoraggio dell'applicazione delle misure previste;
- L'individuazione, così come previsto dalle direttive ANAC, di un sistema di monitoraggio sull'implementazione delle misure attraverso l'applicazione e gestione di un software per il monitoraggio dell'attuazione delle misure previste dal PTPC per tutte le UU.OO. appartenenti alle Aree a Rischio. Il software è stato sviluppato in house nel corso dell'anno 2016 e implementato nel 2018; il software è stato messo a disposizione dei dirigenti responsabili delle unità operative e dei servizi direttamente coinvolti nell'applicazione e/o rispetto delle misure di anticorruzione. I dirigenti interessati hanno avuto accesso, tramite password personale, al software applicativo dedicato e aggiornato a fine anno (solo qualche dirigente ha aggiornato con cadenza semestrale) la percentuale di realizzazione della misura concordata e assegnata, oltre che la motivazione di un eventuale scostamento. Tramite il software essi hanno avuto anche la possibilità di interloquire con il RPC in ordine all'adeguatezza ed efficacia delle misure adottate oltre che all'opportunità di modificarle, integrarle o implementarle.
- La definizione di un sistema di reportistica, parzialmente attuata, per consentire al responsabile della prevenzione della corruzione di monitorare costantemente "l'andamento dei lavori" ed intraprendere le iniziative più adeguate nel caso di scostamenti.

Nella tabella seguente sono evidenziati a partire dall'anno 2016 e fino al 2019 gli obiettivi assegnati nei PTPC, con relativi indicatori, target e risultati raggiunti.

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2019	RISULTATI 2019	FONTI E DATI	SOGGETTI COMPETENTI
Prevenzione della corruzione	Aggiornamento Piano prevenzione della corruzione Monitoraggio aree a rischio	Monitoraggio delle Aree a rischio ex lege / uffici esposti ad eventi rischiosi nelle singole UU.OO.	Monitoraggio 100% attività nelle UU.O a rischio e delle misure correttive previste e verifica a campione dell'attuazione delle misure Utilizzo software Reports su Azione Migliorative	100 % monitoraggio attività nelle UU.O a rischio e delle misure correttive previste. Utilizzo software Reports su Azione Migliorative	Relazione annuale sull'esito dell'attività PTPC 2019 - 2021. Verifica applicativo software informatico	Direzione Strategica Responsabile del Prev e Corr. Responsabile Trasparenza Referenti del Resp. della corruzione Dirigenti UU.OO. interessate

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2019	RISULTATI 2019	FONTI E DATI	SOGGETTI COMPETENTI
Prevenzione della corruzione	Applicazione Codice di comportamento	Apertura sportello informativo (c/o U.O. Gestione Risorse umane) per consulenza ai dipendenti sull' applicazione del codice X almeno 2 gg. settimana N. dipendenti a conoscenza del Codice di comportament o aziendale/ N. dipendenti intervistati	Al 100 % dei neo assunti viene consegnato ed illustrato il codice di Comportamento Monitoraggio dello stato di attuazione e applicazio ne del Codice di Comportamento	Consegna del Codice di comportamento al 100% dei neo assunti e pubblicato sul sito aziendale.	Relazione annuale sull'esito dell' attività PTPC 2019 - 2021. Verifica applicativo software informatico	Direzione Strategica Responsabile della prevenz. della corruzione Referenti RPC Responsabile della Trasparenza O.I.V. Gestione Risorse Umane U.P.D.
Prevenzione della corruzione Area Economato- Provveditorato	Prevenzione di eventi corruttivi nel settore Contratti pubblici ex Det. 12/2015 ANAC	Adozione applicazione di regolamento interno N. segnalazioni di conflitti d'interesse / n. totale di procedimenti Contratti pubblici ex Det. 12/2015 ANAC	Report su Monitoraggio Applicazione procedure misure n. conflitti di interesse Reports Azioni di miglioramento Intraprese	Monitoraggio effettuato. Misura attuata al 100%	Relazione annuale sull'esito dell' attività PTPC 2019 - 2021. Verifica applicativo software informatico	Direzione Strategica Responsabile della prevenz. della corruzione Responsabile della Trasparenza Dirigente dell'U.O. Economato / Provveditorato

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2019	RISULTATI 2019	FONTI E DATI	SOGGETTI COMPETENTI
Prevenzione della corruzione	ALPI (Libera professione) Verifica dell'att. svolta in regime intramoenia allargata	Report su Controllo sistematico della gestione e programmaz. delle agende della spec. amb. al fine di uniformare i comport.degli operatori coinvolti	Reports su verifiche effettuate	Reports su verifiche effettuate	Relazione annuale sull'esito dell' attività PTPC 2019 - 2021. Verifica applicativo software informatico	Direzione Sanitaria ospedaliera Responsabile
Prevenzione della corruzione	Verifica e controllo della gestione delle attività conseguenti al decesso in ambito intra ospedaliero	Report su Controllo sistematico delle attività conseguenti al decesso al fine di uniformare i comport.degli operatori coinvolti	100% verifiche Reports su verifiche effettuate	100% verifiche Reports su verifiche effettuate	Relazione annuale sull'esito dell' attività PTPC 2019 - 2021. Verifica applicativo software informatico	Direzione Sanitaria ospedaliera Responsabil e
Prevenzione della corruzione	Verifica e controllo della gestione delle agende della specialistica amb. Liste di attesa	Controllo sistematico della gestione . delle agende al fine di uniformare i comport.degli operatori coinvolti	100% verifiche Reports su verifiche effettuate	100% verifiche Reports su verifiche effettuate	Relazione annuale sull'esito dell' attività PTPC 2019 - 2021. Verifica applicativo software informatico	Direzione Sanitaria ospedaliera Responsabile

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2019	RISULTATI 2019	FONTI E DATI	SOGGETTI COMPETENTI
Prevenzione della corruzione	Verifica e controllo delle attività dei servizi esternalizzati di ristorazione , lavanolo ed igiene amb.perchè siano aderenti ai rispettivi capitolati	Controllo sul rispetto dei capitolati da parte delle aziende che forniscono i servizi alla ASM	100% verifiche Reports su verifiche effettuate	100% verifiche Reports su verifiche effettuate	Relazione annuale sull'esito dell'attività PTPC 2019 - 2021. Verifica applicativo software informatico	Direzione Sanitaria ospedaliera Responsabile Coordinatori del Servizio Infermieristico

5.2 COERENZA CON IL PIANO TRIENNALE DELLA TRASPARENZA E RISULTATI RAGGIUNTI NEL CORSO DEL 2019

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 2019.

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 dei 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 come 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 2019	RISULTATO 2019	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
OBIETTIVI DI EMPOWERMENT	Obiettivo strategico	Produzione indagine sulla soddisfazione e degli utenti (customer satisfaction) Adesione all'indagine sul clima interno	Almeno 25% Risposte al questionario sull' Indagine soddisfazione degli utenti pubblicata sul sito	35%	< 35%	Pubblicazione su sito aziendale Ufficio Pianificazione del Dipartimento 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 ad utenti qualora trasmesso da Uffici interessati ad Urp	Pubblicazione su sito aziendale Ufficio Pianificazione del Dipartimento Salute della Regione	URP Aziendale UU.OO Aziendali
Trasparenza	Rispettare la tempistica di pubblicazione dei dati ex Decreto 33/2013	Pubblicazione e 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 (30.6.2020) (con annotazione in calce *)	Sito aziendale Responsabil e Trasparenza ASM Documento di attestazione trasparenza OIV	Dirigenti delle UU.OO
Community azien. – BloG talk	Rafforzamento della circolarità delle comunicazioni con i cittadini	Sondare l'interesse dei cittadini per la sezione trasparenza del sito az.	Organizzaz. della giornata della trasparenza	Organizzazione della settimana della trasparenza e accesso al blog	Trasformazione e della settimana della trasparenza in giornata della trasparenza, regolarmente svolta	Sito aziendale Responsabil e Trasparenza a ASM	Dirigenti delle UU.OO

* 1'Azienda Sanitaria di Matera NON ha disposto filtri o altre soluzioni tecniche atte ad impedire ai motori di ricerca web di indicizzare ed effettuare ricerche all'interno della sezione AT, salvo le ipotesi consentite dalla normativa vigente.

5.3 LA GIORNATA DELLA TRASPARENZA

L'Azienda Sanitaria di Matera ha organizzato, in data 16 dicembre, dalle ore 9.30 alle ore 13.30, presso la Sala Cinema della sede centrale a Matera, la "Giornata della Trasparenza", nell'ambito di un incontro formativo incentrato sulla normativa anticorruzione e sulle linee Guida Anac, con particolare riferimento al settore sanità, rivolto ai dipendenti ed anche agli stakeholder.

L'incontro è stata un'occasione di confronto e di ascolto utile a garantire effettiva partecipazione e coinvolgimento e finalizzata ad acquisire feedback utili alla ridefinizione di alcuni obiettivi.

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.

Nel corso del 2019, con successive deliberazioni n. 52 del 29/01/2019 e n. 442 del 22/02/2019 si è provveduto ad aggiornare la composizione del CUG a seguito della cessazione dal lavoro di taluni componenti.

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.

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.

Gli obiettivi aziendali del CUG riguardano la definizione ed approvazione del Piano triennale di azioni positive, Piano approvato con delibera aziendale n. 1361 / 2011.

Nel corso del 2019 sono stati effettuati vari incontri con i componenti del Comitato per la predisposizione del Regolamento di funzionamento del CUG e per la definizione del Piano delle Azioni Positive 2019 – 2021, 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 attività formative ECM connesse al CUG effettuate nel 2019 sono riconducibili alle seguenti:

- Nell'ambito della "Settimana della salute sostenibile tra prevenzione innovazione" dal 7/10 al 11/10/2019, sono state accreditate e svolte le seguenti attività:
 - Accoglienza e presa in carico delle vittime di violenza (07/10/2019);
 - Gestione del rischio e prevenzione degli atti di violenza verso gli operatori sanitari (08/10/2019);
 - Medicina genere-specifica: tra prevenzione e appropriatezza terapeutica - prevenzione e trattamento della osteoporosi - prevenzione e cura dei tumori femminili (09/10/2019);
 - Dipendenze e differenze di genere (10/10/2019);

- Il Cug ha inoltre patrocinato la seguente attività promossa dall'ordine degli psicologi:
 - o Brain forum nazionale della psicologia. Neuroscienze e differenze di genere (11/10/2019).

Si fornisce di seguito uno schema di sintesi del bilancio di genere in ASM al 31/12/2019, con riferimento alla dotazione organica ed agli incarichi dirigenziali gestionali strutturati.

ANALISI DI GENERE ANNO 2019	
Indicatori	Valori al 31/12/2019
% donne rispetto al totale del personale	61%
% dirigenti donne sul totale del dirigenti	41%
% 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	32%
% di personale donna assunto a tempo indeterminato	61%
Età media del personale femminile dirigente	50,97
Età media del personale femminile comparto	49,68

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.