

IL SERVIZIO DI EMERGENZA TERRITORIALE 118

Nell'anno 2014 si sono rivolti al Pronto Soccorso degli Ospedali della ASM 69.434 pazienti con un incremento rispetto al 2013 del +2% (67.964). La media giornaliera è stata di oltre 190 accessi ai Pronto Soccorso degli ospedali ASM, a fronte di oltre 186 accessi nel 2013.

NUMERO ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO		2011	2012	2013	2014	Scostamento 2014 - 2011	
						assoluto	%
OSPEDALE MATERA	codice bianco	4.765	4.787	5.264	3.905	-860	-18%
	codice giallo	7.777	7.332	7.332	8.050	273	4%
	codice verde	20.759	20.462	19.684	20.995	236	1%
	totale	33.772	33.039	32.682	33.336	-436	-1%
OSPEDALE POLICORO	codice bianco	1.098	1.247	1.125	731	-367	-33%
	codice giallo	2.352	2.823	3.105	3.699	1.347	57%
	codice verde	23.852	22.862	22.959	24.379	527	2%
	totale	27.393	27.019	27.279	28.898	1.505	5%
OSPEDALE STIGLIANO	codice bianco	65	31	42	42	-23	-35%
	codice giallo	47	30	31	44	-3	-6%
	codice verde	774	642	791	872	98	13%
	totale	886	705	864	958	72	8%
OSPEDALE TINCHI	codice bianco	73	42	10	19	-54	-74%
	codice giallo	243	180	152	187	-56	-23%
	codice verde	4.658	4.570	4.621	3.468	-1.190	-26%
	totale	4.980	4.797	4.783	3.676	-1.304	-26%
OSPEDALE TRICARICO	codice bianco	31		1	33	2	6%
	codice giallo	66	36	54	76	10	15%
	codice verde	2.054	2.230	2.298	2.452	398	19%
	totale	2.157	2.268	2.356	2.566	409	19%
TOTALE OSPEDALI ASM	codice bianco	6.032	6.107	6.442	4.730	-1.302	-22%
	codice giallo	10.485	10.401	10.674	12.056	1.571	15%
	codice verde	52.097	50.766	50.353	52.166	69	0%
	totale	69.188	67.828	67.964	69.434	246	0%

Dai dati riportati si rileva un lievissimo decremento delle prestazioni effettuate nel 2014, pari a circa il -1%. L'analisi degli accessi ai Pronto Soccorso degli Ospedali della ASM evidenzia come la maggior parte degli accessi sia costituita dai codici verdi, ossia i pazienti poco critici ad urgenza bassa, che nel 2014 hanno rappresentato il 75% della casistica complessiva, in incremento rispetto all'anno precedente. Dopo i codici verdi, gli accessi più frequenti sono costituiti dai codici gialli, vale a dire i pazienti mediamente critici, con

priorità intermedia, che nel 2014 rappresentano il 17% del totale degli accessi, in netto incremento rispetto agli anni precedenti. Seguono i codici bianchi, vale a dire i pazienti senza alcuna priorità, che nel 2014 costituiscono il 7% dell'intera casistica, in netta riduzione rispetto agli anni precedenti. Infine vi sono i codici rossi, vale a dire i pazienti molto critici, con priorità massima e con accesso immediato, che nel 2014 rappresentano l'1% del totale degli accessi in linea con gli anni precedenti.

Circa il 90% degli accessi al Pronto Soccorso è avvenuto presso gli Ospedali per acuti, ed in particolare il 48% presso il P.O. di Matera e il 42% presso il P.O. di Policoro; il rimanente 10% è stato effettuato presso gli Ospedali Distrettuali e, in particolare: il 5% presso l'ospedale di Tinchi, il 4% presso l'Ospedale di Tricarico e solo l'1% presso l'Ospedale di Stigliano.

2.3.8. I RISULTATI RAGGIUNTI IN RIFERIMENTO AGLI OBIETTIVI E ALLE ATTIVITA' DI 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, la prevenzione è erogata dall'ASM attraverso due Dipartimenti:

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

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, in sintesi le principali attività effettuate nel 2014, distinte per singola U.O. erogante.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE COLLETTIVA DELLA SALUTE UMANA

L'assetto strutturale del Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana prevede per ciascuna articolazione funzionale 2 Unità Operative Complesse, una per ambito territoriale di riferimento (coincidente rispettivamente con i comprensori della ex ASL n. 4 di Matera e ex ASL n. 5 di Montalbano Jonico confluite nella ASM), per un totale di 8 UU.OO.

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, una per ciascuno dei due ambiti territoriali ex ASL n. 4 di Matera e ASL ex 5 di Montalbano Jonico:

- Servizio Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica (S.I.S.P.), con sedi operative rispettivamente a Matera e a Montalbano J.co;
- Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (S.I.A.N.), con sedi operative rispettivamente a Matera e a Montalbano J.co;
- Servizio Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (M.L.S.A.L.), con sedi operative rispettivamente a Matera e a Montalbano J.co;
- Servizio Prevenzione, Protezione ed Impiantistica nei Luoghi di Lavoro (S.P.P.I.L.L.), con sedi operative rispettivamente a Matera e a Montalbano J.co;

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

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

2.3.8.1. RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI RELATIVI ALL'AMBITO DELLA PREVENZIONE UMANA

L'organizzazione del **Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana** e la mappa delle competenze delle varie UU.OO. sono rimaste legate agli ambiti territoriali dell'ex ASL n. 4 di Matera e dell'ex ASL n. 5 di Montalbano J. Co.



Gli obiettivi prioritari hanno riguardato principalmente l'omogeneizzazione delle attività, dei processi e dei percorsi in uso presso le ex ASL confluite nella ASM. Tale lavoro di armonizzazione, condotto attraverso le riunioni del Comitato di Dipartimento e coordinato dal Direttore del Dipartimento si è rivolto particolarmente all'unificazione della modulistica e delle procedure, alla riorganizzazione delle attività al fine di assicurare un'omogeneità di erogazione delle prestazioni a tutta la popolazione afferente, evitando inutili sovrapposizioni di ruoli e competenze con conseguenti sprechi di risorse umane ed economiche.

Nel corso del 2014 ha trovato consolidamento il lavoro di armonizzazione delle procedure tra le UU.OO. gemelle e all'interno del Dipartimento; in particolare sono state uniformate le schede di raccolta dei dati di attività, schede formalmente approvate in Comitato di Dipartimento.

Accanto alle attività inerenti precipuamente le funzioni e le competenze proprie delle UU.OO. che compongono il Dipartimento, ve ne sono altre a valenza dipartimentale e interdipartimentale svolte in collaborazione con enti pubblici e privati, di cui si citano, di seguito, le più importanti:

- Commissione ex L. 28/2000 (istruttorie al fine del rilascio dell'autorizzazione regionale all'apertura e all'attività di strutture sanitarie: n. 33 istruttorie);
- Commissione ex D.G.R. 259/2010 (istruttorie al fine del rilascio dell'autorizzazione regionale all'apertura e all'attività di laboratori che fanno analisi sulle matrici alimentari);
- Commissione per il controllo delle farmacie;
- Collaborazione con il Centro Operativo Regionale del Registro Nazionale dei Mesoteliomi;
- Partecipazione ai lavori dei vari Collegi Medico – Legali dell'ASL (L. 335/95 – L. 153/88 – L. 300/70 – L. 482/88) – tempi di attesa c/o la Commissione Invalidi Civili ridotti da 150 a 30gg.;
- Attività del Nucleo Operativo Permanente per le problematiche connesse all'amianto;
- Espressione di pareri sui nuovi insediamenti produttivi (NIP);
- Partecipazione al Comitato Tecnico Scientifico per le politiche vaccinali c/o la Regione;
- Partecipazione alla stesura del capitolato d'appalto con i Comuni per l'affidamento delle mense scolastiche;
- Progetto di prevenzione dentale dei bambini di sette anni in collaborazione con la Direzione Sanitaria Aziendale e gli odontoiatri liberi - professionisti;
- Gruppo tecnico di coordinamento delle attività di vigilanza e controllo nel comparto agroalimentare e della pesca c/o la Prefettura composto anche da rappresentanti delle Forze dell'Ordine (Polizia, Carabinieri, Finanza), Corpo Forestale dello Stato, Capitaneria di Porto, Repressione Frodi;
- Gruppo di Coordinamento Regionale per le attività di vigilanza in Medicina del Lavoro;
- Commissione di accertamento delle Strutture Sanitarie;
- Commissione Tecnica ex DGR 750/2011 (istruttoria al fine del rilascio dell'autorizzazione regionale per l'apertura e l'esercizio di punti di prelievo a scopo trasfusionale).

Il dettaglio dei risultati raggiunti e il trend delle attività sono riportati nell'all. n. 13.

2.3.8.2. RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI RELATIVI ALL'AMBITO DELLA PREVENZIONE E BENESSERE ANIMALE

Il Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale è un Dipartimento strutturale previsto dal D. Lgs. 502/92 e ss.mm.ii., i cui criteri organizzativi e funzionali sono definiti in sede regionale dalla L. R. n. 3 del 01/02/99.

L'assetto strutturale del Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale prevede per ciascuna articolazione funzionale 2 Unità Operative Complesse, una per ambito territoriale di riferimento (coincidente rispettivamente con i comprensori della ex ASL n. 4 di Matera e ex ASL n. 5 di Montalbano Jonico confluite nella ASM), per un totale di 6 UU.OO.CC.

Con riferimento agli obiettivi relativi alla struttura ed all'organizzazione dei servizi del Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale, nel corso del 2012 si è di fatto consolidato il trasferimento delle UU.OO. e delle relative attività svolte nel comprensorio della ex ASL n. 4 di Matera dalla sede di Via Laura Battisti di Matera alla sede centrale della ASM, presso Via Montescaglioso a Matera.

Nel 2014 si è inoltre consolidata l'attività di omogeneizzazione delle attività, dei percorsi e delle procedure tra le UU.OO. afferenti le ex ASL confluite nella ASM, in diretta esecuzione del Regolamento Aziendale del



Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale adottato con deliberazione aziendale n. 460 del 16/04/2011.

Tale Regolamento, che aggiorna ed integra i precedenti Regolamenti adottati dalle due ex ASL n. 4 di Matera e n. 5 di Montalbano Jonico, confluite nella ASM – Azienda Sanitaria Locale di Matera a far data dal 01/01/2009, rispettivamente con deliberazioni aziendali n. 611/1999 e 193/1999, nasce dall'esigenza di organizzare le risorse disponibili mediante un'articolazione equa delle funzioni e dei compiti di ciascuna U.O., curando l'integrazione delle stesse ed evitando così inutili sovrapposizioni di ruoli e competenze con conseguenti sprechi in termini di risorse umane ed economiche.

Con il suddetto Regolamento si è provveduto a garantire una omogeneità degli interventi su tutto il territorio aziendale, attraverso una più accurata individuazione dei procedimenti e delle responsabilità.

Le attività del Dipartimento della Sanità e Benessere Animale, nel loro complesso sono caratterizzate da attività proprie del Dipartimento e da attività effettuate dalle UU.OO. afferenti allo stesso che, in alcuni casi si esprimono in modo interdisciplinare mediante il coinvolgimento di più servizi coordinati dal Direttore di Dipartimento.

Il dettaglio dei risultati raggiunti e il trend delle attività sono riportati nell'all. n. 14.

2.3.9. I RISULTATI RAGGIUNTI IN RIFERIMENTO AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE ATTIVITÀ CLINICO – ASSISTENZIALI RIVOLTE AI CITTADINI

In una visione proattiva dell'attività clinico-assistenziale, anche volta ad un contenimento del contenzioso medico-legale, sono stati implementati alcuni standard di Qualità dei Servizi (in ossequio a quanto previsto nell'atto aziendale):

- Check-list di sala operatoria (cioè un elenco di attività e/o procedure di sala operatoria con passaggi obbligati e verifiche) da attuare obbligatoriamente in ogni atto chirurgico sia in fase preliminare sia nel corso dell'intervento sia subito dopo di esso; nell'ASM l'UO di Medicina Legale e Gestione del Rischio Clinico ha verificato l'attuazione della check list nelle UO di Chirurgia mediante due Audit.
- Attività di Audit clinico ed organizzativo allo scopo di esaminare le criticità segnalate e cercare soluzioni tempestive e/o progetti a più ampio respiro (complessivamente 10 audit svolti su altrettante segnalazioni ricevute);
- Safety Walk Around o "Giri per la Sicurezza" effettuati presso le UO di Chirurgia Generale di Matera, per una valutazione diretta delle problematiche delle singole UO coinvolgendo il personale nell'applicazione delle procedure presenti e condivise.

2.3.10. RISULTATI RAGGIUNTI IN RIFERIMENTO AGLI INVESTIMENTI EFFETTUATI CON RELATIVA INDICAZIONE DELLE FONTI DI FINANZIAMENTO DEGLI INVESTIMENTI STESSI

Copiosa e impegnativa è stata l'attività aziendale in riferimento agli investimenti. Si è ritenuto opportuno fornire una rappresentazione unitaria di tutti gli investimenti effettuati dall'Azienda, senza operare una distinzione netta tra assistenza ospedaliera, assistenza territoriale e prevenzione, in virtù del fatto che la maggior parte degli stessi riguarda l'Azienda nel suo complesso o articolazioni di essa che erogano indistintamente le suddette tipologie di assistenza.

Si riportano in allegato (all. n.14) i prospetti riepilogativi relativi agli investimenti effettuati nel 2014 dalla ASM, facendo distinzione tra i beni mobili ed immobili, nell'ambito della programmazione aziendale degli investimenti nel settore sanitario e socio – sanitario, con indicazione dell' U.O. di ubicazione del bene, la tipologia, la quantità, il prezzo d'acquisto e, laddove l'acquisto è avvenuto con fondi regionali, la quota di contributo assegnati.



2.4. LE CRITICITA' E LE OPPORTUNITA'

2.4. 1. 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;

2.4. 2. 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.



3. OBIETTIVI – RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI

3.1 L'albero della performance

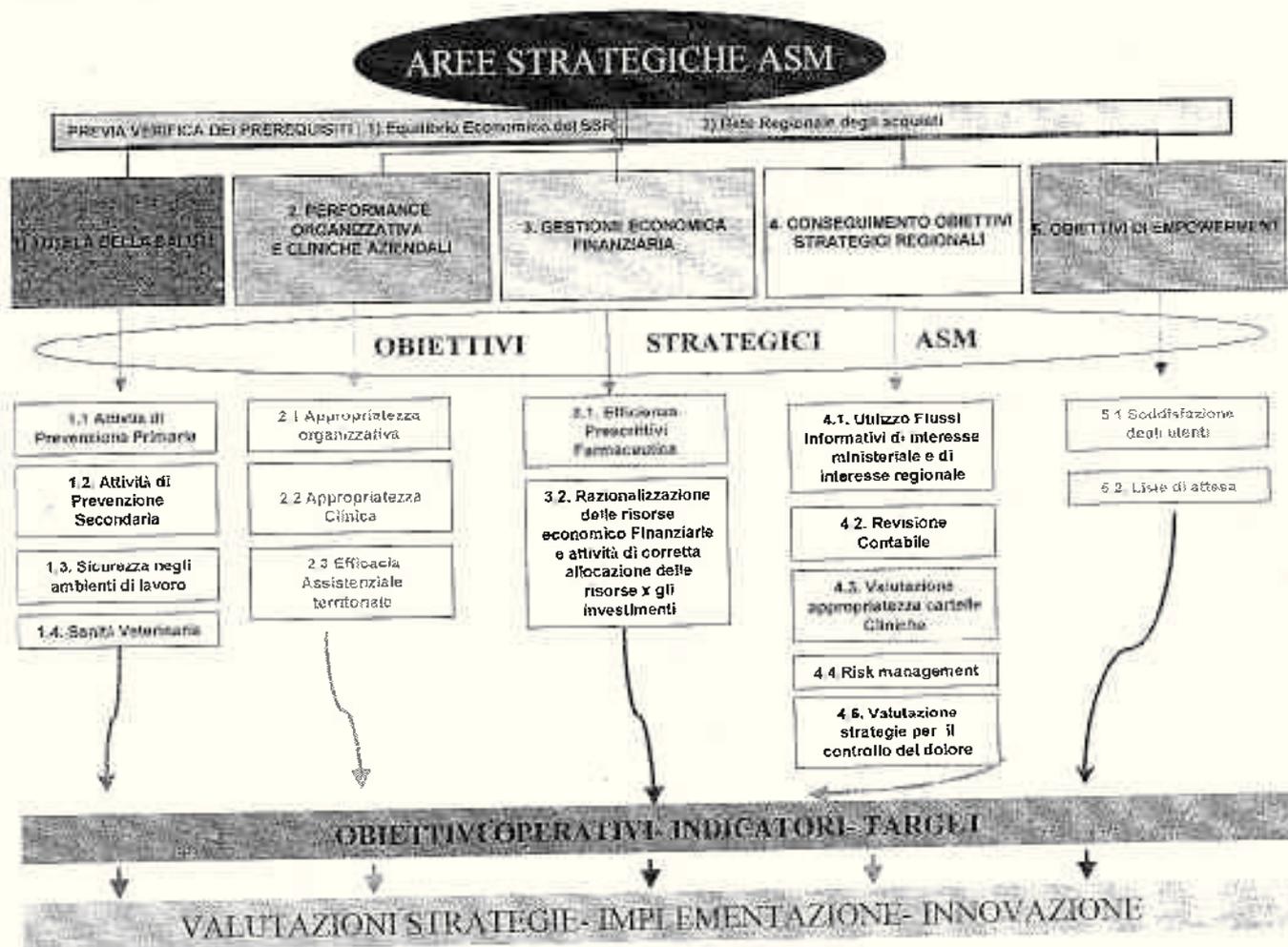
L'Albero della Performance è un diagramma che rappresenta graficamente i legami tra missione, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi. In altri termini, tale diagramma dimostra come gli obiettivi, ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico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

Gli obiettivi annuali assegnati dai documenti di programmazione nazionali e regionali sono 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 mercato 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.



3.2 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 1° livello tra la Direzione Strategica e i Direttori di Dipartimento e Posizioni Organizzative del comparto;

al 2° livello tra i Responsabili di macrostruttura (Direttori di dipartimento) e i dirigenti responsabili di Unità Operative Complesse;

al 3° livello da parte di questi ultimi nei confronti delle singole Unità Operative Semplici ed Unità di personale non dirigente.

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

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

Il 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 attraverso lo strumento denominato Documento di budget.

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

Tali documenti sono stati negoziati con i Direttori di Dipartimento che a loro volta li hanno condivisi con i Direttori delle UU.OO. semplice e complesse afferenti al dipartimento, infine deliberati con atto aziendale n. 914/2014 e 959/2014.

Il sistema degli obiettivi di salute e di programmazione economico – finanziaria assegnati dalla Regione Basilicata alle Aziende del Sistema Sanitario Regionale con D.G.R. n. 452/2014 ripropone lo stesso impianto



già avviato con la D.G.R. 298/2012, 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.

3.3. SISTEMA DI VALUTAZIONE

Per poter accedere al sistema di valutazione della performance occorre valutare il rispetto dei seguenti "pre-requisiti" indicato dalla 452/2014:

1. **EQUILIBRIO ECONOMICO DEL SSN – GESTIONE ECONOMICO – FINANZIARIA:** l'area comprende obiettivi di perseguimento di condizioni di compatibilità economico finanziaria con il budget assegnato all'Azienda; Gli obiettivi sono volti a monitorare alcune aree in cui sono possibili interventi di razionalizzazione ai fini dell'efficienza economico – finanziaria con l'obiettivo di ridurre il rischio del non raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario;
 - I costi di produzione del 2014 sono inferiori al 1% dei costi dell'esercizio 2012;
2. **Rispetto delle procedure previste in materia di acquisto di beni e servizi ex DGR 139/2010 da verificarsi sulla base di:**
 - Verifiche effettuate dall'OPT in merito al rispetto delle procedure previste dalla DGR 139 in materia di autorizzazione;
 - Del completamento delle gare in Unione Regionale di acquisto previste dall'allegato A alla DGR 298/2012.

Dopo aver verificato il rispetto dei sopraccitati "pre-requisiti" la ASM e le sue strutture organizzative e gestionali sono stati impegnati a raggiungere gli obiettivi in riferimento alle seguenti 5 aree strategiche:

- **Tutela della salute – peso 20.** Prevenzione primaria e secondaria per la protezione della popolazione di riferimento da realizzarsi attraverso le attività di vaccinazioni obbligatorie e raccomandate. Tutela della salute dei lavoratori e concorso alla riduzione degli incidenti sul lavoro, attraverso controlli sulle imprese del territorio.
- **Performance organizzative e cliniche aziendali – peso 40** Appropriately Organizzativa – Appropriately Clinica – Efficacia assistenziale Territoriale. Obiettivi riferiti alla qualità, appropriatezza ed efficienza della capacità di governo della domanda e della risposta del sistema sanitario sia per le attività ospedaliere che per quelle territoriali.
- **Gestione economico – finanziaria – peso 10** razionalizzazione dei costi e maggiore appropriatezza prescrittivi;
- **Conseguimento di obiettivi strategici regionali – peso 20** Progetti di miglioramento di alcune specifiche aree sanitarie
- **Obiettivi di empowerment – peso 20** Obiettivi miranti a considerare centrale il cittadino nelle attività dell'Azienda Sanitaria di Matera, attraverso la rendicontazione e la valutazione dei livelli di gradimento degli output prodotti sia in termini di servizio che di prestazioni.

Il sistema dell'assegnazione degli obiettivi, inoltre, si articola in 16 obiettivi 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 16 obiettivi, e ciascun obiettivo è misurato da uno o più indicatori, per un totale di 43 indicatori.

A ciascun obiettivo è assegnato un peso nell'ambito dell'area di afferenza, tale che il totale dei pesi coincide con il peso della stessa area, mentre al singolo indicatore è assegnata una percentuale nell'ambito dell'obiettivo cui afferisce, tale che il totale delle percentuali degli indicatori facenti parte dello stesso obiettivo è pari a 100.

Gli indicatori hanno natura sintetica e prevedono un range di valori pari a 0% - 50% - 100%, che misurano il raggiungimento dell'obiettivo considerato.

Pertanto in base al valore misurato da ciascun indicatore (0% - 50% - 100%) si calcola il punteggio dei vari obiettivi e, successivamente delle varie aree di risultato, ottenendo un valore finale, misurato in centesimi, che esprime la performance complessiva realizzata dall'Azienda.

Al raggiungimento degli obiettivi aziendali, è collegata la retribuzione di risultato dei Direttori Generali, prevista nella misura massima del 20% della retribuzione di base stabilita.



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.

Tali obiettivi sono stati, all'inizio del 2014, 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.

Ad ogni buon conto si fornisce di seguito lo schema sintetico degli obiettivi assegnati per il 2014 all'ASM, con l'indicazione, laddove possibile, del risultato raggiunto e del conseguente punteggio ottenuto.

OBIETTIVI DI SALUTE E PROGRAMMAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA Anno 2014 - DGR 452/2014								
AREA	NR	OBIETTIVI	INTERVALLI DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI			RISULTATO 2014	PUNTI 2014	NOTE
			0%	50%	100%			
TUTELA DELLA SALUTE - peso 20								
Prevenzione primaria <i>peso 5</i>	1	Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi	< 90	da 90 a 95	> 95	98,12	1	
	2	Copertura vaccinale MPR nella pop. bersaglio	< 80	da 80 a 90	> 90	90,1	1	
	3	Copertura vaccinale antinflunzale over 64 anni	< 65	da 65 a 75	> 75	50,22	0	
Prevenzione secondaria <i>peso 5</i>	4	Estensione screening mammografico	< 80	da 80 a 95	> 95	93,14	0,5	Dato 2012
	5	Adesione screening mammografico	< 40	da 40 a 80	> 80	55,90	0,75	Dato 2012
	6	Estensione screening cervice uterina	< 80	da 80 a 95	> 95	86	0,5	Dato 2012
	7	Adesione screening cervice uterina	< 30	da 30 a 60	> 60	22	0	Dato 2012
Sicurezza ambienti di lavoro <i>peso 5</i>	8	Imprese attive sul territorio controllate	< 5	da 5 a 10	> 10	6,41	2,5	
Sanità veterinaria <i>peso 5</i>	9	% di allevamenti controllati per TBC bovina	< 95	da 95 a 99	> 99	100	1,3	
	10	% di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina, bovina e bufalina	< 95	da 95 a 99	> 99	100	1,3	
	11	% di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina	< 3	da 3 a 5	> 5	4,62	0,625	

AREA	NR	OBIETTIVI	INTERVALLI DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI			RISULTATO 2014	PUNTI 2014	NOTE
			< 90	da 90 a 99	> 99			
			0%	50%	100%			
	12	% di campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale	< 90	da 90 a 99	> 99	100	1,3	
PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI - peso 40								
Appropriatezza organizzativa <i>peso 10</i>	13	Tasso di ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso	> 120	da 105 a 120	< 105	104,24	1,5	Dato 2013
	14	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari	> 30	da 20 a 30	< 20	32,8	0	
	15	DRG LEA chirurgici: % di ricoveri in Day Surgery	< 50	da 50 a 65	> 65	40,57	0	
	16	% di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	> 30	da 10 a 30	< 10	8,42	2	
	17	% di ricoveri ordinari medici brevi	> 28	da 17 a 28	< 12	14,42	0,75	
	18	Recupero della mobilità passiva ospedaliera	< 10	da 10 a 20	> 20	17	0,5	
	19	Miglioramento del saldo di mobilità	< 0,58	da 0,58 a 0,62	> 0,62	0,33	0	
Appropriatezza clinica <i>peso 10</i>	20	Intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano	< 45	da 45 a 60	> 60	45,5	2,5	
	21	Proporzione di parti con taglio cesareo	> 35	da 25 a 35	< 25	36	0	
Efficacia assistenziale territoriale <i>peso 20</i>	22	Tasso di ospedalizzazione per scompenso X 100.000 residenti (50 -74 anni)	> 350	da 200 a 350	< 180	269,65	1,5	Dato 2013
	23	Tasso di ospedalizzazione per diabete X 100.000 residenti (20 -74 anni)	> 42	da 21 a 42	< 21	30,46	1,5	Dato 2013



	24	Tasso di ospedalizzazione per diabete X 100.000 residenti (20 -74 anni)	> 125	da 50 a 125	< 50	64,04	1	Dato 2013
	25	% anziani in cura domiciliare	< 3,5	da 3,5 a 5,5	> 5,5	5,74	3	
	26	Consumo di inibitori di pompa protonica	> 27	da 21 a 27	< 21	35,77	0	
	27	% di abbandono di pazienti in terapie con statine	> 15	da 8 a 15	< 8	6,77	2	
	28	Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina angiotensina	> 35	da 30 a 35	< 30	49,54	0	
	29	% di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	> 31	da 27 a 31	< 27	16,73	1	
	30	Consumo di farmaci antibiotici	> 24	da 20 a 24	< 20	26,3	0	
GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA - peso 10								
Efficienza prescrittiva farmaceutica peso 5	31	Rispetto del tetto massimo di spesa farmaceutica territoriale	> 11,35		< 11,35	13,13	0	
	32	Spesa farmaceutica territoriale pro capite	> 200	da 188 a 200	< 188	218,32	0	
Razionalizzazione delle risorse economico finanziarie peso 5	33	Riduzione dei tempi di pagamento	> 80	da 60 a 80	< 60	16,42	2,5	
	34	Investimenti ex art. 20	NO		SI	verifica in capo alla regione		
OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI - peso 40								
Utilizzo dei flussi informativi peso 4	35	Flussi informativi in maniera tempestiva e completa A	NO		SI	SI	3,2	
	36	Flussi informativi in maniera tempestiva e completa B	NO		SI	SI	0,8	
Revisione contabile peso 4	37	Revisione del bilancio	Opinion negativa	Opinion con limitazioni	Opinion positiva	Opinion positiva	4	
Controllo cartelle cliniche peso 4	38	Valutazione appropriatezza Cartelle Cliniche	NO		SI	SI	4	
Rischio Clinico e Sicurezza del paziente	39	Piano aziendale di prevenzione del rischio clinico	NO		SI	SI	2	



peso 4	40	Relazione annuale sullo stato di attuazione del Piano aziendale	NO	SI	SI	2	
Strategie controllo dolore peso 4	41	Consumo di farmaci oppiacei	< 1	da 1 a 1,6	> 1,6	0,54	0
EMPOWERMENT - peso 10							
Clima aziendale peso 3	42	Adesione all'indagine di clima interno	< 35	da 35 a 45	> 35	14	0
Tempi di attesa peso 7	43	Monitoraggio dei tempi di attesa di prestazioni entro soglia	< 80	da 80 a 90	> 90	65	0

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".

Per non appesantire la relazione con eccessivo materiale allegato e a titolo meramente esemplificativo si allega (all. n.16) la verifica sul raggiungimento degli obiettivi delle UU.OO. del Dipartimento Medico. Il Documento è costituito da una scheda per ogni unità operativa complessa e /o semplice, su ogni scheda vengono riportati gli obiettivi negoziati per l'anno 2014, gli indicatori e il target di riferimento, oltre che la percentuale di raggiungimento per ciascun obiettivo.

3.4. 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 riportano di seguito i risultati relativi all'anno 2013, gli ultimi disponibili, elaborati dall'Istituto Sant'Anna e pubblicati sul sito web.

In particolare, nel grafico successivo, che assume la forma del "bersaglio", sono rappresentati sinteticamente tutti gli indicatori rilevati nel 2013, che evidenziano i risultati di performance raggiunti dall'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.

Gli indicatori con performance ottima si localizzano al centro del bersaglio, identificando le migliori performance dell'Azienda, quelli con performance più scadente si trovano, invece, sulla fascia rossa più esterna, corrispondente alle criticità aziendali.

Nel 2013 l'ASM di Matera presenta 3 indicatori nella fascia verde scuro, 7 nella fascia verde chiaro, 9 nella fascia gialla, 7 nella fascia arancione e 5 nella fascia rossa.

Nello specifico l'ASM presenta un'ottima performance riguardo alla mortalità per tumori, alla mortalità per patologie cardiocircolatorie e per suicidi, mentre presenta un performance media per la mortalità per suicidi. Una buona performance si registra anche con riferimento alla speranza di vita; gli stili di vita, pur collocandosi in una fascia di performance media, meritano attenzione, con particolare riguardo rispetto alla sensibilizzazione da parte dei medici di base sulla popolazione, relativamente all'attività fisica e alla situazione nutrizionale.

Si registra una buona performance nella copertura vaccinale, 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.

Molto scarsa è risultata la performance nell'ambito dell'appropriatezza chirurgica, mentre molto buona è la performance della chirurgia elettiva, in cui sono contenuti sia gli interventi di tonsillectomia che di stripping di vene; si è evidenziata, inoltre, una performance scarsa con riferimento all'efficienza pre-operatoria.

Nella media la performance relativa alla qualità clinica.

Rimane scarsa la valutazione della performance del materno infantile.

Molto buoni i risultati dell'integrazione ospedale territorio e nella media quelli dell'efficacia assistenziale delle malattie croniche, con un'attenzione particolarmente incisiva nella gestione del diabete e della BPCO.

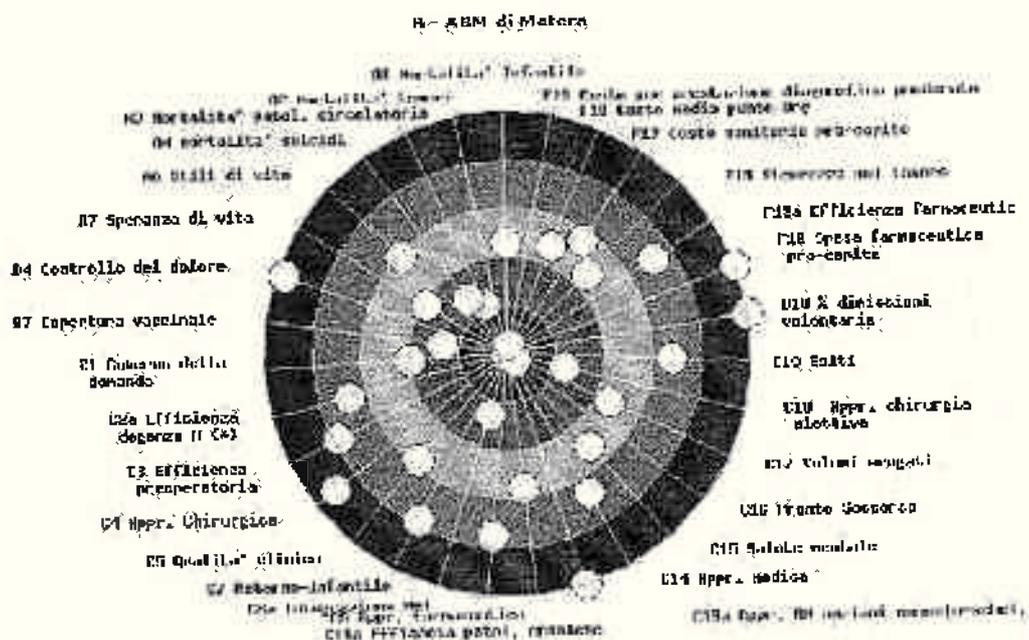
Nella media è risultata la performance relativa al consumo di risonanze magnetiche muscolo – scheletriche per anziani, ritenute potenzialmente inappropriate.

Ottima è risultata la performance relativa alla gestione del Pronto Soccorso, mentre molto critiche sono risultate le dimissioni volontarie.

Nell'ottica economico finanziaria l'ASM ha fatto registrare ottime performance con riguardo al costo delle prestazioni di diagnostica strumentale e per immagini ed un buon risultato anche in termini di costo sanitario pro – capite. Nella media il costo medio per punto DRG.

Nella media anche la performance relativa alla sicurezza sul lavoro.

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.



3.5. OBIETTIVI E PIANI OPERATIVI

Di seguito si riporta una rappresentazione visuale, sintetica e complessiva della performance dell'Azienda Sanitaria di Matera in riferimento agli obiettivi riportati nell'albero della performance sviluppato nel Piano della Performance della ASM.

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 2014 (all. 17)

L'Albero della Performance di sotto riportato rappresenta graficamente una Tabella dove sono enucleati gli obiettivi operativi, gli indicatori (e relativa formula), i target per il triennio di riferimento, la fonte dei dati ed i destinatari.



AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	RISULTATI 2014 DGR 452/2014	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
PREREQUISITO Equilibrio Economico del SSR	costi economici rilevati nel 2012 devono essere inferiori dell'1% rispetto ai costi rilevati nell'esercizio 2010	Riduzione dei costi	(Costi anno 2012- Costi anno 2010) / Costo anno 2010*100	-1, 8% rispetto all'esercizio 2010 -2,8 rispetto al 2011	-1, 8% rispetto all'esercizio 2010 -2,8 rispetto al 2011	Conto Economico 2010, 2012, 2013, 2014	Tutte le U.O.O. ASM
PREREQUISITO Area Amministrativa	implementare la Rete Regionale degli acquisti	Provvedere all'approvig. di beni e servizi attraverso URA non inferiore 70% del volume complessivo degli acquisti di beni e servizi in URA	Totale acquisti/ acquisti in URA	100 % Indizioni/Aggiudic azioni specificate nella DGR 298/12	100 % Indizioni/Aggiudic azioni specificate nella DGR 298/12 e DGR 452/2014	U.O. Economato e provveditorato	Direzione Amministrativa Aziendale U.O. Economato e provveditorato

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	RISULTATI 2014 DGR 452/2014	FORNITE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
1) TUTELA DELLA SALUTE	1.1 Attività di Prevenzione Primaria	1.1.1 Copertura Vaccinale nel 24° mese per ciclo completo base (3 dosi)	Ciclo vacc. completati e 31dic coborti di bambini che mesi per ciclo completo 2 anni x100	>98,10%	>98,10%	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata Dipartimento di prevenzione Umana ASM	Dipartimento di prevenzione Umana U.O.O. di Igiene e Sanità Pubblica di Matera e di Montalbano U.O.O. delle attività territoriali e distrettuali
		1.1.2 Copertura MPR	Ciclo vacc. completati al 31 dic. X MPR /coorte di bambini che, compiono 2 anni x100	91,34%	90-10%	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata Dipartimento di prevenzione Umana ASM	Dipartimento di prevenzione Umana U.O.O. di Igiene e Sanità Pubblica di Matera e di Montalbano U.O.O. delle attività territoriali e distrettuali

AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	RISULTATI 2014 DGR 452/2014	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
3) TUTELA DELLA SALUTE		(VGP) 1.1.3 Copertura vaccino anti-influenzale over 64 anni	Soggetti vaccinati di età ≥ 65 anni / Pop. Di età ≥ 65 anni x 100	61,04%	50,22%	<p>Observatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata</p> <p>Dipartimenti di Montalbano</p> <p>Prevenzione Umana, ASM</p>	<p>Dipartimento di Prevenzione Umana</p> <p>UIUO, Igiene e Sanità Pubblica</p> <p>Matera e di Montalbano</p> <p>UIUO delle attività territoriali e distrettuali</p>

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	RISULTATI 2014 DGR 452/2014	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
1) TUTELA DELLA SALUTE Nel 2013 le attività di screening sono state sospese x ragioni esterne all'Azienda (i dati riportati si riferiscono al 2012, non essendo stato	1.2. Attività di Prevenzione Secondaria	1.2.1 Estensione dello screening in ampiezza demografica	N. donne invitate allo screening in 2 anni / Popolaz. di riferimento x 100	93,14 %	93,14 %	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata	U.O. di Senologia U.O. di Ostetricia e Ginecologia di Matera e Policoro Consulenti familiari Distretti U.O. di Prevenzione umana

C. G. G.

AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	RISULTATI 2014 DGR 452/2014	FONTE DATI	SOGETTI COMPETENTI
possibile acquisire i dati 2013 dall'Oss. Ep. Reg.							Unità di Senologia
		1.2.2 Adesione grezza dello screening mammografico	N. donne che hanno partecipato allo screening mammografico/ n. donne invitate allo screening x100	56%	56%	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata	Unità di Ostetricia e Ginecologia di matra e Polico
							Consultori Familiari
							Distretti
							Unità di prevenzione umana

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	RISULTATI 2014 DGR 452/2014	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
		(VGP) 1.2.3 Estensione della copertura dello screening cervicouterino	N. donne invitate allo screening cerv. ut. in 2 anni Popolazione di riferimento x 100	85 %	85 %	Osservatorio Epidemiologico Regionale delle Basilicate	U.O. di Senologia U.O. di Ostetricia e Ginecologia di maternità Policoro Consulenti Familiaristi Distretti U.O. di Prevenzione umana

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	RISULTATI 2014 DGR 452/2014	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
	1.2. Attività di Prevenzione Secondaria	1.2.4 Adesione grezza dello screening cervicocervice Uterina x 100	N. donne che hanno partecipato allo screening cervicocervice / N. donne invitate allo screening cervicocervice Uterina x 100	22 %	22 %	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata	U.O. di Senologia U.O. di Ostetricia e Ginecologia di maternità e Policoro Consultor Familiar Distretti U.O. di Prevenzione umana
	1.3. Sicurezza negli ambienti di lavoro Riduzione degli incidenti sui luoghi di lavoro	1.3.1 Attività di controllo	N. imprese attive presenti sul territorio / N. imprese attive presenti sul territorio x 100	11,46 %	6,41 %	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata U.O. di Medicina e Sicurezza dei luoghi di lavoro ASM	Dipartimento di prevenzione Umana U.O. di Medicina e Sicurezza dei luoghi di lavoro ASM

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	RISULTATI 2014 DGR 452/2014	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
1.4 Sanità Veterinaria	1.4.1 Controlli veterinari presso aziende allevamenti e sottoposte a controllo sui campioni d'alimenti	N. di allevamenti x TBC bovina controllati/ n. di allevamenti da sottoporre a controllo x 100	100 %	100 %	Banca dati regionale Anagrafe animale Dip. Prevenzione animale	Dip. Prevenzione animale	
			1.4.2 Controlli veterinari presso aziende allevamento e sottoposte a controllo sui campioni d'alimenti	N. di allevamenti x brucellosi e ovicaprina bovina e bufalina controllati/ n. di allevamenti da sottoporre a controllo x 100	100 %	Banca dati regionale Anagrafe animale Dip. Prevenzione animale	Dip. Prevenzione animale
1.4 Sanità Veterinaria	1.4.3 Controlli veterinari presso aziende allevamento e sottoposte a controllo sui campioni d'alimenti	N. di aziende ovicaprine controllate/ n. totale di aziende ovicaprine x 100	5 %	5 %	Banca dati regionale Anagrafe animale Dip. Prevenzione animale	Dip. Prevenzione animale	
			1.4.4 Controlli veterinari presso aziende allevamento e sottoposte a controllo sui campioni d'alimenti	% di campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti d'origine animale analizzati/ n. di campioni programmati x 100	100 %	Banca dati regionale NSIS Dip. Prevenzione animale	Dip. Prevenzione animale

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	RISULTATI 2014 DGR 452/2014	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI		2.1.1 Riduzione di tasso ospedalizzazione	N. ricoveri ordinari attesi/ Pop standard x100/	101,13%	104,24%	SIS Flusso SDO	U.U.OO Dipartimenti ospedalieri U.U.OO. attività territoriali
		(VGP) 2.1.2 Riduzione DRG Medici ordinari da reparti chirurgici	n. dimessi da reparti chirurgici con DRG medici x100 n. dimessi da reparti chirurgici	32,35%	32,80%	SIS Flusso SDO	U.U.OO Dipartimenti chirurgici ospedalieri U.U.OO P.S. Direzioni Sanitarie ed amministrative e Ospedaliere
	2.1 Appropriatezza organizzativa (2.1.3 Incremento del setting assistenziale Day Surgery per DRG Lea chirurgici	n. ricoveri effettuati in D.S.x100 n. ricoveri effettuati in D.S. e ricov. ordinario	42,49%	40,57%	SIS Flusso SDO	U.U.OO Dipartimenti chirurgici ospedalieri Direzioni Sanitarie ed amministrative e Ospedaliere

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	RISULTATI 2014 DGR 452/2014	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
2. PERFORMANCE ORGANIZZATIV A E CLINICHE AZIENDALI	2.1 Appropriatazza organizzativa	(VGP) 2.1.4 Riduzione Ricoveri DH medico con finalità diagnostiche	n. ricoveri in DH medico con finalità diagnostica x 100/ n. ricoveri in DH medico	31,98%	8,42%	SIS Flusso SDO	UU.OO. Dipartimenti medici ospedalieri UU.OO. attività territoriali
		2.1.5 Riduzione Ricoveri ordinari medici brevi (0-1 giorni)	n. ric.ordinari medici brev x100/ n. ricoveri ordinari medici	14,28%	14,42%	SIS Flusso SDO	UU.OO. Dipartimenti medici ospedalieri UU.OO. attività territoriali



AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	RISULTATI 2014 DGR 452/2014	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI		(VGP) 2.1.6 Recupero della mobilità passiva ospedaliera	Differenza in valore assoluto del valore economico dei ricoveri dei residenti in mobilità passiva per i DRG individuati tra il 2014 e il 2013/	n.a.	17%	SIS	UU.OO Dipartimenti ospedalieri
			Valore economico dei ricoveri dei residenti in mobilità passiva per i DRG individuati del 2013			Flusso SDO	Direzioni Sanitarie ed amministrative e Ospedaliere
		2.1.7 Miglioramento saldo mobilità	Valore economico della mobilità attiva/ Valore economico della mobilità passiva	n.a.	0,33	SIS Flusso SDO	UU.OO Dipartimenti ospedalieri Direzioni Sanitarie ed amministrative e Ospedaliere
	2.2 Appropriatezza Clinica	(VGP) 2.2.1 Riduzione giornate di degenza preoperatoria per frattura del femore (0-2,88)	n. interventi per frattura femore con degenza preoperatoria <2 / n. interventi per frattura femore x 100	40,28%	45,50%	SIS Flusso SDO	UU.OO Ortopedia Matera - Policoro Direzioni Sanitarie ed amministrative e Ospedaliere

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	RISULTATI 2014 DGR 452/2014	FORTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
		(VGP) 2.2.2 Riduzione parti con taglio cesareo primari	n. parti cesarei primari/ n. totale di parti con nessun progresso parto cesareo x 100	28,42%	36,00%	SIS Flusso SDO	UU.OO. Ostetricia e ginecologia di Matera-Policoro Direzioni Sanitarie ed amministrative Ospedaliere
		2.3.1 Riduzione T.O. per scompenso in pop 50-74 anni	N. ricoveri x scompenso cardiaco in res. Fascia di età 50 - 74 anni Pop. Residente 50 - 74 anni x 100	< 350	< 350	SIS Flusso SDO	UU.OO. Dip. Medico UU.OO. attività territoriali Direzioni Sanitarie Ospedaliere
		2.3.2 Riduzione T.O. per diabete in pop 20-74 anni	N. ricoveri x diabete in res. Fascia di età 20 -74 anni/ Pop. Residente 20 - 74 anni x 100	<42	<42	SIS Flusso SDO	UU.OO. Dip. Medico UU.OO. attività territoriali Direzioni Sanitarie Ospedaliere

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	RISULTATI 2014 DGR 452/2014	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
	2.3 Efficacia Assistenziale territoriale	2.3.3 Riduzione T.O. per BPCO in pop 50-74 anni	N. ricoveri x BPCO in res. fascia di età 50-74 anni / Pop. Residente 50-74 anni x 100	69,73	64,04	SIS Flusso SDO	UU.OO. Dip. Medico UU.OO. attività territoriali Direzioni Sanitarie Ospedaliere UU.OO. Ospedaliere UU.OO. attività territoriali UU.OO. Ospedaliere
		2.3.4 Incremento Pazienti trattati in ADI >64 anni	N. ric. over 64 ricoverati in ADI / Pop. Residente over 64 x 100	6 %	6 %	SIS Flusso ADI	UU.OO. Ospedaliere UU.OO. attività territoriali UU.OO. Ospedaliere
		2.3.5 Incremento Riduzione consumo farmaci Pompa protonica	N. unità di IPP erogate / Pop. residente pesata	35%	38,70%	SIS Flusso Marmo	UU.OO. attività territoriali Servizi Farmaceutici Territoriali
	2.3 Efficacia Assistenziale territoriale						

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	RISULTATI 2014 DGR 452/2014	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
		2.3.6 Riduzione abbandoni di pz. in terapia con statine	N. utenti che consumano 1 o 2 conf. di statine all'anno / N. utenti che consumano statine x 100	8,05%	6,72%	SIS Flusso Marmo	UU.OO. attività territoriali Servizi Farmaceutici Territoriali
		2.3.7 Riduzione incidenza di infarti sulle sostanze ad azione sul sistema angiotensinico x 100	N. confez. di farmaci inibitori angiotensinici il cui n. conf. farmacia gruppo ter. CD9	48%	49,54%	SIS Flusso Marmo	UU.OO. attività territoriali Servizi Farmaceutici Territoriali
		2.3.8 Riduzione di abbandono di pz. in terapia con antidepressivi	n. utenti che consumano 1 o 2 conf. di antidepressivi all'anno/n. utenti che consumano antidepressivi x 100	19,78%	16,73%	SIS Flusso Marmo	DSM UU.OO. attività territoriali Servizi Farmaceutici Territoriali
		2.3.9 Riduzione consumo di farmaci Antibiotici	DDD di altri farmaci antibiotici erogati nell'anno x principio attivo / N. residenti x 365 x 1000	26,14 %	26,30 %	SIS Flusso Marmo	UU.OO. attività territoriali Servizi Farmaceutici Territoriali

AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	RISULTATI 2014 DGR 452/2014	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
3. GESTIONE ECONOMICA FINANZIARIA	3.1. Efficienza Prescrittivi Farmaceutica	3.1.1 Rispetto tetto massimo di spesa farmaceutica territoriale (<13% del valore complessivo di riparto)	Spesa farmaceutica territoriale	12,78 %	13,13 %	Ufficio risorse finanziarie Dipartiment o Salute	Distretti Attività Territoriali di tutta la ASM Servizi Farmaceutici Territoriali Dipartimenti Ospedalieri
		(VGP) 3.1.2 Riduzione Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	Spesa farmaceutica convenz.+spesa distribuz.diretta/ Popolazione residente pesata	213,87 %	218,92 %	SIS Flusso Marmo	Distretti Attività Territoriali di tutta la ASM Servizi Farmaceutici Territoriali Dipartimenti Ospedalieri
	3.1. Efficienza Prescrittivi Farmaceutica						

AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	RISULTATI 2014 DGR 452/2014	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI	
3. GESTIONE ECONOMICA FINANZIARIA	3.2. Razionalizzazione delle risorse economiche Finanziarie e attività di corretta allocazione delle risorse x gli investimenti	3.2.1	Riduzione dei tempi di pagamento	Debiti vs fornitori /acquisti di beni e servizi +acquisti imm.+ + Manutenzioni + Godimento beni di terzi (b-c) + (d-e)+f+g+h+1	NON APPLICABILE	16,42 % (100% ragg. Obiettivo)	Modello SP Ufficio Risorse Finanziarie del Dipartimento salute Regione	U.O. Economato e Provveditorato U.O. farmacia ospedaliera U.U.OO. Dipartimenti ospedalieri U.O. Gestione Risorse Finanziarie
		3.2.2	Effettuazione Investimenti ex art.20 Affidamento e esecuzione lavori individuati	Numero dei "warning" della procedura SGP risiti entro il bimestre successivo	Si (Vedi relazione all. n. 16)	Si (Vedi relazione all. n. 16)	Ufficio Risorse Finanziarie del Dipartimento salute Regione	U.O. Gestione Tecnica U.O. Gestione Risorse Finanziarie U.O. Economato e Provveditorato

AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	RISULTATI 2014 DGR 452/2014	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
4. CONSEQUIMENT O OBBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	4.1. Flussi Informativi di interesse ministeriale e di interesse regionale	4.1.1 Invio flussi informativi in maniera completa e tempestiva di tipo A	N. dei flussi inviati in maniera tempestiva e completa	Si	Si	SIS Uffici Dipartiment o Regione Basilicata	UU.OO. ASM che inviano flussi U.O. SIS ASM
		4.1.1 Invio flussi informativi in maniera completa e tempestiva di tipo B	N. dei flussi inviati in maniera tempestiva e completa	Si	Si	SIS Uffici Dipartiment o Regione Basilicata	UU.OO. ASM che inviano flussi U.O. SIS ASM
	4.2. Revisione Contabile	4.2.1 Certificazione del Bilancio aziendale	Opinione positiva - impossibilita a certificare da parte dell'ente certificatore	Opinione positiva - l'Azienda ha lavorato al superamento delle conformita rilevate	Opinione positiva - l'Azienda ha lavorato al superamento delle conformita rilevate	Ufficio Risorse Finanziarie del Dipartiment o salute Regione	U.O. Gestione Risorse Finanziarie

AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	RISULTATI 2014 DGR 452/2014	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
4. CONSEGUITMENT O OBBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	4.3. Valutazione appropriatezza cartelle Cliniche	1 4.3. Valutazione appropriatezza a cartelle cliniche	controllo di almeno il 10% delle cartelle cliniche di dimissione dell'anno in corso	Controllate il 16% di Cartelle Cliniche	Controllate il 10,05% di Cartelle Cliniche	Osservatorio Epidemiologico regionale della Basilicata (OER_B)	Direzioni Sanitarie P.O. Matera e P.O. Policoro
			secondo quanto previsto dal D.M. salute del 10 dic. 2009 Invio entro il 15 maggio dell'anno successivo della relazione aziendale sul controllo effettuato	Invio relazione aziendale sul controllo effettuato entro il 15 maggio dell'anno successivo	Invio relazione aziendale controllo effettuato entro il 15 maggio dell'anno successivo		
	4.4. Risk management	4.4.1. Redazione di piano previsione delle attività	Invio del Piano entro il 30 giugno anno in corso	Si	Si	Ufficio Pianificazione e dipartimento salute Regione	U.O. Medicina Legale Rischio Clinico
			Invio relazione di attuazione del Piano per il Risk management entro il 28 febbraio anno successivo alla redazione del Piano stesso	Si	Si		
	4.4. Risk management	4.4.2. Relazione di attuazione delle attività di Risk management				Ufficio Pianificazione e dipartimento salute Regione	U.O. Medicina Legale Rischio Clinico



AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	RISULTATI 2014 DGR 452/2014	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
	4.5. Valutazione strategie per il controllo del dolore	(VGP) 4.5.1 Aumento del consumo di farmaci oppioidi per il controllo del dolore	DDD farmaci oppioidi maggiori erogate nell'anno x principio attivo / N. residenti x principio attivo X 1000	0,51%	0,54%	SIS Flusso MARNO	Medicina di base Hospice U.L.OO: ospedaliere e territoriali che seguono i malati terminali

5. OBIETTIVI DI EMPOWERMENT	5.1. Soddisfazione degli utenti	5.1.1. Clima aziendale	N dipendenti dell'azienda che hanno risposto al questionario x 100/ N. dipendenti dell'azienda	NON APPLICABILE	13,7%	Ufficio Pianificazione Aziendale Dipartimento Salute della Regione	URP Aziendale U.L.OO Aziendali
	5.2. Liste di attesa	(VGP) 5.2.1 Miglioramento dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	N. di liste di attesa critiche risolte/n. liste di attesa critiche x 1000	55%	Obiettivo raggiunto al 100%	Ufficio Pianificazione Dipartimento Salute della Regione	Direzioni Sanitarie Ospedaliere - Distretti - U.L.OO: ospedaliere

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



3.6. Coerenza con il Piano aziendale Triennale Anti Corruzione e del Programma triennale della trasparenza

L'ANAC ha fornito indicazioni alle amministrazioni pubbliche, sia centrali sia territoriali, ai fini dell'avvio del ciclo della performance 2014-2016, sottolineando la necessità di integrazione del ciclo della performance con gli strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e in generale alla prevenzione della anticorruzione.

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

Il Piano triennale di prevenzione della corruzione 2014-2016 recepisce dinamicamente le previsioni del Piano della Performance, al fine di assicurare la integrazione ed il coordinamento tra le rispettive indicazioni".

Il Programma Triennale della Trasparenza ed Integrità (PTTI) anno 2014 è stato approvato con atto deliberativo n.120 del 30-01-2014, secondo le indicazioni del Decreto n° 33/2013 e successive modifiche ed integrazioni, relative al riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni.

L'Azienda ha considerato i seguenti ambiti/macro settori:

- **Soggetti:** vengono indicati i soggetti coinvolti nella prevenzione con i relativi compiti e le responsabilità;
- **Aree di Rischio:** frutto della valutazione del rischio, tenendo conto anche delle aree di rischio obbligatorie (art. 1, comma 16, L. n. 190/2012);
- **Misure Obbligatorie ed Ulteriori:** sono indicate le misure previste obbligatoriamente dalla L. n. 190/2012, dalle altre prescrizioni di legge e dal P.N.A., e quelle ulteriori, con indicazione della tempistica e collegamento con l'ambito "soggetti" in relazione all'imputazione di compiti e di responsabilità;
- **Tempi e Modalità del Riassetto:** sono indicati i tempi e le modalità di valutazione e controllo dell'efficacia del P.T.P.C. adottato e gli interventi di implementazione e miglioramento del suo contenuto;
- **P.T.T.I.:** il P.T.T.I. dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera si configura in forma "autonoma" (e non quale sezione del P.T.P.C.) ed è delineato coordinando gli adempimenti relativi agli obblighi di trasparenza previsti nel D. Lgs. n. 33/2013 con le aree di rischio, in modo da capitalizzare gli adempimenti posti in essere dall'amministrazione;
- **Coordinamento con il Ciclo delle Performances:** gli adempimenti, i compiti e le responsabilità inseriti nel P.T.P.C. sono inseriti nell'ambito del c.d. ciclo delle performance.

E' onere e cura del Responsabile della prevenzione della corruzione definire le modalità e i tempi del raccordo con gli altri soggetti competenti nell'ambito del P.T.P.C..

A tal fine, per approntare un efficace e concreto sistema di difesa a contrasto delle possibili negative interferenze tra sfera pubblica e sfera privata dei pubblici agenti, è adottato, con il presente piano di prevenzione della corruzione, un percorso che prevede il coinvolgimento strutturale e funzionale:

- a) dei Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche;
- b) del Responsabile della prevenzione della corruzione;
- c) del Responsabile della trasparenza;
- d) di tutti i dirigenti, i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda.

Il percorso che precede 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 Responsabile della prevenzione della corruzione definisce le modalità e i tempi del raccordo con gli altri soggetti competenti nell'ambito del P.T.P.C..

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

A tali motivate richieste scritte del Responsabile della prevenzione della corruzione, i dirigenti ed i dipendenti interessati sono tenuti a fornire una tempestiva risposta scritta.

Di tali iniziative il Responsabile della prevenzione della corruzione darà sollecita informativa al Direttore Generale dell'Azienda.

Di norma il ruolo di Responsabile della trasparenza è svolto, di norma, dal Responsabile della prevenzione della corruzione.

Tuttavia, l'Azienda Sanitaria Locale di Matera - nell'esercizio della propria discrezionalità riconosciuta ex lege - tenuto conto della speciale complessità della sua organizzazione che evidenzia una rilevante autonomia a livello organizzativo e gestionale, ha individuato due dirigenti distinti per lo svolgimento delle funzioni di Responsabile della prevenzione della corruzione e di Responsabile della trasparenza e prevede l'adozione di due documenti separati.

A tal fine, l'Azienda assicura il coordinamento tra le attività svolte dai due Responsabili, nonché tra il Piano Trasparenza ed il Piano triennale per la prevenzione per la corruzione, considerato che la trasparenza è una misura fondamentale per la prevenzione della corruzione.

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 Responsabile della prevenzione della corruzione ed il Responsabile della trasparenza sono, a tal fine, tenuti ad assicurare un raccordo in termini organizzativi, fermi restando i compiti, le funzioni e le responsabilità di ciascuno dei due Responsabili.

Al fine di assicurare concreta effettività a tale raccordo organizzativo, il piano della prevenzione della corruzione dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera recepisce dinamicamente la regolamentazione del programma aziendale per la trasparenza.



4. RISORSE EFFICIENZA ED ECONOMICITA'

4.1 . LA GESTIONE ECONOMICO – FINANZIARIA DELL'AZIENDA

SINTESI DEL BILANCIO E RELAZIONE SUL GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI ECONOMICI – FINANZIARI

L'esercizio 2014 dell'ASM - Azienda Sanitaria Locale di Matera sotto il profilo economico si è chiuso evidenziando il pieno raggiungimento dell'equilibrio di bilancio, con un utile pari a circa 276 mila euro, che consolida l'inversione di tendenza rispetto al passato già attuata nel 2013 , segnando per la seconda volta nella storia di quest'Azienda un surplus dei ricavi sui costi.

Tale risultato 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 per tutto il 2013 e 2014, evidenziando la considerevole riduzione del gap tra costi e ricavi realizzata nel periodo considerato, con il definitivo azzeramento di un deficit economico che ha 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 azzerare la perdita di bilancio (pari a oltre 18 milioni di euro nell'anno 2011) già nel 2013 e di consolidare l'equilibrio di bilancio anche per il 2014, 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.

Tali interventi hanno consentito di contenere i costi senza intaccare i livelli quali-quantitativi assistenziali, senza, cioè, determinare alcuna reale contrazione della produzione di servizi e prestazioni all'utenza, che, di converso, si è mantenuta sugli stessi livelli dell'anno precedente, risultando, rispetto a quest'ultima, maggiormente qualificata sotto il profilo della congruità della complessità della casistica trattata e dei setting assistenziali adoperati.

I risultati conseguiti esaltano la valenza di un principio guida che ha orientato le scelte gestionali effettuate da quest'Azienda per tutto il triennio 2012 - 2014, 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, avviato nel 2012 e proseguito per tutto il 2013 e 2014, con specifico riferimento:

- al Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95, definito "Spending Review", 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,
- oltre che alle Leggi Regionali n. 17/2011 e n. 16/2012 e s.m.i.

Nello specifico, il primo provvedimento legislativo ha imposto alle Aziende del sistema sanitario una serie di misure, tra le quali quelle più inclusive sotto il profilo del contenimento dei costi, sono state senz'altro:



- l'obbligo di rideterminazione degli importi e delle prestazioni previsti nei singoli contratti di appalto in essere per la fornitura di beni e servizi, esclusi i farmaci, con una riduzione nella misura del 5%, a partire dal mese di luglio 2012;
- l'obbligo di rinegoziazione dei contratti con i fornitori nel caso di significativi scostamenti (20%) rispetto ai prezzi di riferimento, con possibilità di recesso da parte delle Aziende Sanitarie;
- la riduzione dello 0,5% rispetto al 2011 degli importi e dei corrispondenti volumi di prestazioni per l'acquisto di prestazioni sanitarie da strutture private accreditate per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera;

Con riferimento ai provvedimenti legislativi regionali le principali novità introdotte aventi come effetto diretto la riduzione dei costi delle Aziende nel corso del 2012 e 2013, è necessario menzionare:

- l'introduzione obbligatoria dei ticket sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali e sulla farmaceutica convenzionata, avvenuta con la Legge Regionale n. 17/2011, con effetto a partire dal 1° ottobre 2011
- la riduzione dei tetti di spesa per le strutture private accreditate per l'assistenza specialistica e riabilitativa, prevista dalla Legge Regionale n. 17/2011;
- le misure di contenimento della spesa per il personale dipendente, in tema di prestazioni aggiuntive, di partecipazione a commissioni, di rimborsi per missioni;
- il blocco delle assunzioni del personale dipendente, con deroga nel limite massimo del 30% della spesa del personale cessato dal servizio durante l'anno precedente, previsto dall'art. 20 della L.R. 16/2012.

L'impatto dell'azione effettuata dall'Azienda, anche in applicazione della su richiamata normativa, si è mostrato più incisivamente nel raffronto tra il bilancio relativo al 2012 con quello del 2011, evidenziando una riduzione della perdita di oltre 16 milioni di euro, pari al -85%, con un abbattimento massiccio delle principali voci di costo.

Nel 2013 e nel 2014 si è sostanzialmente consolidato il trend di decremento dei costi, sia pure in misura notevolmente ridotta, che ha portato al raggiungimento del pareggio di bilancio.

Prima di soffermarsi sulle risultanze contabili è opportuno precisare che l'analisi comparativa del bilancio d'esercizio 2014 con il consuntivo 2013 e con il preventivo 2014, è stata effettuata prendendo in considerazione lo schema del modello CE, che prevede un'articolazione delle voci economiche più analitica e dettagliata rispetto a quella contemplata nello schema di bilancio.

Si riporta di seguito, espresso in migliaia di euro, il raffronto sintetico delle principali componenti del bilancio economico relativo al consuntivo 2013, preventivo 2014 e consuntivo 2014.



Migliaia di euro	Consuntivo 2013	Preventivo 2014	Consuntivo 2014	Scostamento cons.'14 - cons.'13		Scostamento cons.'14 - prev.'14	
Valore della produzione	380.752	371.415	388.134	7.382	1,94%	16.719	4,50%
Costi di produzione	374.243	363.585	381.969	7.726	2,06%	18.384	5,06%
Proventi e oneri finanziari	0	-10	184	184		194	1940,00%
Proventi e oneri straordinari	1.557	0	2.138	581	37,32%	2.138	
Imposte e tasse	7.950	7.821	8.027	77	0,97%	206	2,63%
Risultato d'esercizio	116	0	276	160	137,93%	276	

Il bilancio d'esercizio 2014 si è chiuso con un utile di esercizio pari a 276 mila euro, migliorando ulteriormente il risultato, già positivo, dell'esercizio precedente, per circa 160 mila euro.

L'analisi economica delle macro-voci di bilancio di esercizio 2014 evidenzia come l'incremento dei costi di produzione, pari a 7,7 milioni di euro (+2,06% rispetto al 2013) sia stato sostanzialmente assorbito dall'aumento dei ricavi, pari a 7,4 milioni di euro (+1,94% rispetto al 2013), con un risultato d'esercizio positivo, pari a 276 mila euro, migliorativo rispetto a quello dell'anno precedente.

Nel 2014 il **valore totale della produzione**, pari complessivamente a circa 388 milioni di euro, ha evidenziato un incremento rispetto all'anno precedente per complessivi 7,4 milioni di euro (+2%), determinato fondamentalmente dall'effetto compensativo tra:

- l'aumento dei contributi in conto esercizio, esposti nel Conto Economico per un valore di 347,5 milioni di euro, con un incremento di 10,5 milioni di euro (+3%) rispetto all'anno precedente, riveniente sostanzialmente dall'incremento della quota del F.S.R. assegnata all'Azienda dalla Regione Basilicata;
- la riduzione relativa alla rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti, esposta nel Conto Economico per complessivi -1,1 milioni di euro, con una variazione negativa pari a -0,7 milioni di euro rispetto al 2013; tale voce accoglie lo storno dei contributi in conto esercizio da Conto Economico a Patrimonio Netto (voce A. II.5 Finanziamenti per investimenti da rettifica contributi in conto esercizio) per quei beni acquistati con contributo c/esercizio a partire dall'esercizio precedente;
- la riduzione dei ricavi per prestazioni sanitarie e socio sanitarie, esposte nel conto economico per un valore complessivo di 27,9 milioni di euro, con un decremento pari complessivamente a - 2,6 milioni di euro (-9%) rispetto al 2013, riveniente dalla contrazione dei ricavi per le suddette prestazioni erogate sia a favore di soggetti pubblici (mobilità sanitaria attiva) per -1,9 milioni di euro, sia a favore di soggetti privati per -0,5 milioni euro;
- l'incremento dei ricavi per concorsi, recuperi e rimborsi, esposti nel Conto Economico per complessivi 2,5 milioni di euro, con un incremento di 1 milione di euro (+66%) rispetto al 2013, determinato in parte dai rimborsi da altre Aziende del Sistema Sanitario Regionale, ed in parte maggiore dai rimborsi delle Aziende farmaceutiche per pay-back.

- la riduzione della compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket), esposta nel Conto Economico per complessivi 2,9 milioni di euro, con un decremento di -0,5 milioni di euro (-16%) rispetto al 2013;
- la riduzione dei ricavi relativi alla quota contributi in c/capitale imputata all'esercizio, esposta nel Conto Economico per 4,6 milioni di euro, con un decremento di -0,4 milioni di euro (-9%) rispetto al 2013. Tale voce di ricavo, riguardando la sterilizzazione degli ammortamenti, trova sostanziale contropartita tra i costi di produzione;
- l'incremento dei ricavi e proventi diversi, esposti nel Conto Economico per complessivi 0,8 milioni di euro, con un incremento di 0,2 milioni di euro (+44%) rispetto al 2013, determinato fondamentalmente dagli incrementi dei ricavi per prestazioni non sanitarie, e dai fitti di attività immobiliari.

I **costi totali di produzione** esposti nel Conto Economico 2014 per circa 382 milioni di euro, hanno evidenziato complessivamente, rispetto all'anno precedente, un incremento di circa 7,8 milioni di euro, pari al +2,1%, che è il risultato della somma algebrica tra gli incrementi e le riduzioni fatti registrare dalle singole voci di costo, così come rappresentato dall'analisi degli aggregati di seguito rappresentata.

Pare opportuno, tuttavia, preliminarmente, sottolineare come l'incremento complessivo dei costi di produzione registrato nel 2014 rispetto al 2013, faccia seguito, essendone la naturale conseguenza, della contrazione molto consistente dei costi avvenuta soprattutto nel 2012 rispetto al 2011, che aveva portato ad un recupero di oltre 10 milioni di euro, e consolidata nel 2012.

- **Costi per acquisti di beni:** tale macrovoce, esposta nel modello CE 2014 per un valore complessivo di 47,9 milioni di euro ha evidenziato un incremento di 2,6 milioni di euro rispetto all'anno precedente, pari al +6%, imputabile totalmente ed esclusivamente all'incremento del costo dei materiali di consumo ad uso sanitario (che rappresentano il 98% dei costi per acquisti di beni), che ha completamente assorbito la, sia pur minima, riduzione del costo dei beni di consumo non sanitario.

Nello specifico il costo dei beni sanitari, pari a 46,9 milioni di euro, ha evidenziato un aumento di circa 2,6 milioni di euro, pari al +6%, rispetto all'anno precedente, riconducibile sostanzialmente all'incremento del costo di:

- prodotti farmaceutici ed emoderivati, esposti nel modello CE per 27,3 milioni di euro, con un aumento di circa 1,8 milioni di euro, pari al 7% rispetto all'anno precedente, determinato essenzialmente dall'incremento dei farmaci distribuiti in via diretta, con particolare riferimento a quelli oncologici, a quelli per l'artrite reumatoide, dei farmaci antiretrovirali, il cui costo spesso è recuperato tramite il file F, dei farmaci biologici, con particolare riferimento a quelli utilizzati nel reparto di Medicina per la cura del morbo di Chron, dei prodotti per la nutrizione parenterale;
- dispositivi medici, esposti nel modello CE per 16,9 milioni di euro, con un aumento di circa 1 milioni di euro, pari a +7%, determinato essenzialmente dai dispositivi medico diagnostici in vitro, in conseguenza dell'aumento delle prestazioni di laboratorio, dai dispositivi utilizzati per l'Emodinamica e per la Chirurgia Vascolare, le cui attività hanno fatto registrare un'espansione nel corso del 2014.

Ad ogni buon conto l'Azienda nel 2014 ha continuato a porre in essere strategie di ottimizzazione dei consumi, attraverso una costante azione di monitoraggio e di sensibilizzazione, oltre all'espletamento delle gare in unione di acquisto per i farmaci e gli emoderivati e i dispositivi, in atto tra tutte le strutture sanitarie regionali, per effetto dei quali si è ridotto il costo unitario d'acquisto dei vari beni.

Tra delle azioni realizzate dall'Azienda, per il tramite delle Farmacie ospedaliere ed i Responsabili delle Unità Operative ospedaliere, si segnalano quelle di:

- monitoraggio della rispondenza delle richieste dei farmaci alle indicazioni del prontuario terapeutico ospedaliero approvato dalla Commissione Farmaco – Terapeutica Aziendale, che costituisce uno strumento dinamico per il governo ragionato della spesa farmaceutica che quest'Azienda intende applicare ed aggiornare costantemente al fine di disciplinare le modalità di approvvigionamento dei farmaci presso i propri ospedali, tenendo in debita considerazione il rapporto rischio – beneficio e costo – efficacia.
- monitoraggio dei prodotti scaduti al fine di una razionalizzazione della gestione delle scorte e di una minimizzazione dei farmaci scaduti, attraverso una costante attività di verifica dell'applicazione delle procedure di richiesta, conservazione e smaltimento dei farmaci e presidi sanitari effettuata dalle Farmacie Ospedaliere in collaborazione con le Direzioni Sanitarie dei presidi ospedalieri aziendali.

Altra importante azione perseguita dall'Azienda nel periodo considerato è stata quella di incentivare l'utilizzo di farmaci biosimilari in grado di garantire, a parità di efficacia terapeutiche, condizioni economiche più vantaggiose per l'Azienda, salvaguardando l'appropriatezza ed il rispetto dei LEA erogati alla popolazione.

Nel costo complessivo dei prodotti farmaceutici ed emoderivati esposto nel modello CE 2014, sono ricompresi, in maniera indistinta, anche i costi sostenuti per la distribuzione diretta dei farmaci (farmaci di fascia A e farmaci di fascia H) ai pazienti, oltre ai farmaci dell'Allegato 2 (PHT) distribuiti in nome e per conto alle farmacie convenzionate, che hanno fatto registrare nel 2013 un incremento rispetto all'anno precedente, in conformità agli indirizzi programmatici regionali, che ne incentivano l'utilizzo da parte delle Aziende al fine di ridurre i costi dell'assistenza farmaceutica convenzionata.

A tal proposito pare opportuno precisare che le suddette categorie di farmaci, ai fini del computo dei costi per l'assistenza farmaceutica ospedaliera e per quella territoriale nell'ambito del raggiungimento dei rispettivi tetti di spesa fissati dalla programmazione nazionale e regionale, rientrano nell'ambito della farmaceutica territoriale unitamente ai costi per l'assistenza farmaceutica convenzionata.

Pertanto, con riferimento agli obiettivi fissati per la spesa farmaceutica dalla Legge Finanziaria nazionale, così come recepiti dalla programmazione regionale, è doveroso specificare che l'attuale esposizione dei costi della farmaceutica sul modello contabile CE non consente di valutare separatamente il raggiungimento dei massimali finanziari stabiliti per l'assistenza farmaceutica territoriale (11,35% della quota del F.S.R. assegnata all'Azienda), e per quella ospedaliera (3,5% della quota del F.S.R. assegnata all'Azienda) in quanto, come dianzi specificato, i costi relativi agli acquisti di farmaci ed emoderivati (esposti alla voce B.1.A.1 del modello CE da rapportare alla voce A.1.A.1 dello stesso modello relativa ai contributi indistinti in conto esercizio assegnati), che forniscono la base di calcolo per il raffronto della spesa farmaceutica ospedaliera, comprendono anche i costi relativi alla distribuzione diretta e alla distribuzione in nome e per conto, da ricomprendere invece nell'ambito dell'assistenza farmaceutica territoriale (voce B.2.A.2.1. del modello CE da rapportare alla voce A.1.A.1 dello stesso modello relativa ai contributi indistinti in conto esercizio assegnati), inficiando le relative analisi.



Per tale motivo, al fine di valutare il rispetto, dal parte della ASM nel 2013, del tetto di spesa per la farmaceutica ospedaliera, pari al 3,5% della quota del F.S.R. trasferita nello stesso anno (pari a 347,5 milioni di euro), si è proceduto, sulla scorta dei dati rivenienti dalla contabilità di magazzino farmaceutico, a quantificare i costi relativi alla distribuzione diretta e alla distribuzione in nome e per conto e ad estrapolarli dal costo complessivo dei farmaci.

In virtù di tali operazioni, risulta che il costo totale effettivo dei farmaci, epurato dalla distribuzione diretta e da quella in nome e per conto, nel 2014 ammonta a 7,2 milioni di euro, pari all'2,1% della quota del F.S.R. trasferita nell'anno in oggetto, quindi al di sotto del tetto massimo fissato nel 3,5%, consentendo quindi all'Azienda il raggiungimento dell'obiettivo assegnato.

In merito agli acquisti di beni non sanitari, esposti nel CE 2014 per poco meno di 1 milione di euro, non si registra alcuna variazione rispetto all'anno precedente.

Acquisti di servizi esposti nel modello CE 2014 per 202.490 milioni di euro, con un incremento complessivo di 5,3 milioni di euro, pari al +3%, rispetto all'anno precedente, derivante principalmente dall'incremento del costo degli acquisti dei servizi sanitari, pari a +4,1 milioni di euro (+2%) ed in misura inferiore dall'incremento del costo dei servizi non sanitari, pari a +1,2 milioni di euro (+6%) rispetto al 2013.

Il macro-aggregato di costo in oggetto, infatti, si compone per il 90% dei costi per i servizi sanitari, e per il rimanente 10% dei costi per i servizi non sanitari.

In merito ai costi per i servizi sanitari, esposti nel modello CE 2014 per un valore pari a 181,553 milioni di euro, si è registrata un incremento rispetto all'anno precedente di circa 4,1 milioni di euro, pari al -0,1%, che è la risultante della somma algebrica degli scostamenti in aumento e in diminuzione che hanno interessato i singoli servizi.

Nello specifico, si riporta di seguito l'analisi comparativa dei costi relativi all'acquisto dei servizi sanitari per le singole linee di attività assistenziali sostenuti nel 2014 rispetto all'anno precedente.

- Medicina di base: il costo totale rilevato nel modello CE 2014 per le convenzioni con i Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Medici della Continuità Assistenziale è pari a 26,7 milioni di euro, con un impercettibile incremento complessivo di circa 0,1 milioni di euro, pari al +0,4% rispetto all'anno precedente.
- Assistenza Farmaceutica: il costo totale rilevato nel modello CE 2014 per la farmaceutica convenzionata è pari a circa 30,8 milioni di euro, con un irrisorio incremento di 0,2 milioni di euro, pari al +0,8%, rispetto all'anno precedente. La sostanziale stabilizzazione del costo della farmaceutica convenzionata è stata resa possibile dall'applicazione delle strategie poste in essere dall'Azienda nel periodo considerato, anche in applicazione degli indirizzi programmatici impartiti dalla regione.

In merito alle azioni adottate dall'Azienda, nell'anno considerato, sono state attuate le misure previste dalle D.G.R. n. 1051/2010 e n. 575/2007, oltre che dalla Direttiva Vincolante sulla governance della farmaceutica territoriale di cui alla D.G.R. 138/2012 con riferimento specifico a:

- obbligo di monoprescrizione per ricetta per specialità,
- limite massimo di 3 pezzi prescrivibili per ricetta a soggetti affetti da patologie croniche accertate con attestato di esenzione per patologia e la prescrizione non deve superare i 30 giorni di terapia dalla data di rilascio della ricetta,
- incremento di impiego di farmaci equivalenti,



- contenimento dei consumi farmaceutici relativi a:
 - o inibitori di pompa protonica (IPP)
 - o sostanze ad azione sul sistema renina angiotensina (C09)
 - o sartani
 - o statine
 - o inibitori della HGM CoA redattasi
 - o antibatterici (J01)
- corretta attuazione delle disposizioni contenute nella legge 244/2007 in materia di disposizioni sulla spesa e sull'uso dei farmaci
- incremento della distribuzione diretta dei farmaci del primo ciclo terapeutico alla dimissione da ricovero o da visita ambulatoriale,
- incremento della distribuzione dei farmaci del PHT regionale "in nome e per conto",
- obbligo per gli specialisti aziendali all'utilizzo del ricettario del Sistema Sanitario Regionale per le prescrizioni farmacologiche e per le prescrizioni delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Inoltre l'Azienda ha provveduto a consolidare le seguenti azioni finalizzate al recupero dell'appropriatezza prescrittiva:

- attivazione dello Sportello di Informazione Indipendente sul Farmaco, con la collaborazione del Dipartimento di Medicina clinica e sperimentale dell'Università degli Studi di Foggia, che costituisce una tappa importante nell'ambito del percorso strutturato intrapreso per garantire sia ai medici dipendenti che a quelli convenzionati e, in particolare, ai MMG/PLS, una informazione pubblica ed indipendente finalizzata a promuovere l'uso corretto dei farmaci, ad orientare il processo di definizione delle scelte terapeutiche, oltrechè naturalmente a favorire il perseguimento dell'appropriatezza prescrittiva. Nello specifico lo Sportello ha garantito le seguenti attività:
 - Farmacologia di consultazione;
 - Servizio di informazione sul farmaco;
 - Informazione e formazione;
 - Valutazioni di farmacoeconomia, farmacovigilanza e fitovigilanza.
- audit clinici con i prescrittori specialisti ospedalieri sugli usi terapeutici e costi/terapia dei farmaci biologi ad elevato impatto economico;
- audit con i Direttori della Farmacia territoriale e Ospedaliera per il monitoraggio sistematico della spesa farmaceutica;
- audit con i MMG/PLS in ordini al monitoraggio dei profili prescrittivi
- prosecuzione delle attività del tavolo comune tra specialisti ospedalieri aziendali e MMG/PLS, per il tramite dell'Ordine dei Medici, finalizzato a rendere concreta



l'integrazione ospedale – territorio ed l'appropriatezza prescrittiva, attraverso l'elaborazione di protocolli e percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali.

Con riferimento al rispetto del tetto di spesa previsto dalla programmazione nazionale e regionale per la farmaceutica territoriale, pari al 11,35% della quota del F.S.R. trasferita, si rappresenta quanto segue.

La spesa farmaceutica territoriale da computare ai fini del calcolo del tetto di spesa, come precedentemente anticipato, si compone delle seguenti voci:

La spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale sostenuta dalla ASM nel 2014 è composta dalle seguenti voci:

Spesa netta Farmaceutica convenzionata	€ 30.038.002
Distrib. diretta farmaci fascia "A" in dimis. osped. e a dopo visita spec.	€ 6.858.674
Spesa di acquisto di farmaci per la "Distribuzione per conto"	€ 6.052.008
Oneri alle farmacie e ai distributori intermedi per la "Distrib. per conto"	€ 1.116.881

TOTALE € 44.065.565

Tale dato è significativamente inferiore all'anno precedente, in cui era stato pari a € 42.866.689, evidenziando un incremento di € 1.198.876, pari al +2,8%.

Se si considera che la quota del F.S.R. trasferita alla ASM per l'anno 2014 è pari a € 347.457.000, si deduce che l'incidenza della spesa farmaceutica territoriale sulla suddetta quota è pari al 12,68%.

Ai sensi della L.222/2007, tuttavia, la spesa farmaceutica convenzionata deve essere considerata al lordo del Ticket (pur non essendo una spesa effettivamente sostenuta dalla ASM); successivamente, la L. 135/2012, che ha rideterminato nella misura dell'11,35% il tetto di spesa 2014, ha stabilito che tale tetto è al netto del ticket corrisposto per differenza rispetto al prezzo di rimborso stabilito dall'AIFA e, pertanto, alle precedenti voci di spesa deve essere sommato solamente l'importo del ticket regionale che è pari a € 2.328.214, che, pertanto, deve essere sommato alle precedenti voci di spesa.

Pertanto il totale della spesa farmaceutica territoriale per l'anno 2014, comprensiva del Ticket, ammonta a € 46.393.779, che rappresenta il 13,35% della quota del F.S.R. assegnato alla ASM, discostandosi dal target predefinito dalla programmazione nazionale e regionale. Tale dato, comunque, non può ancora considerarsi definitivo in quanto non è comprensivo dell'importo del Pay – back versato dalle aziende farmaceutiche alle Regioni. Ci si riserva di definire il valore della effettiva spesa farmaceutica territoriale non appena in possesso del suddetto importo, che sarà reso noto dalla Regione Basilicata.

- Assistenza Specialistica Ambulatoriale: il costo totale rilevato nel modello CE 2014 per la specialistica ambulatoriale è pari a circa 23,4 milioni di euro, con un incremento di 1,2 milioni di euro, pari al +6%, derivante sia dall'aumento del costo della mobilità specialistica passiva extra regionale, sia dall'aumento del costo per l'acquisto di prestazioni dalle strutture private accreditate.

Nello specifico nel 2014 si è registrato rispetto all'anno precedente:

o una riduzione della mobilità specialistica passiva intraregionale, di -39 mila euro pari al -1%;

o un incremento della mobilità specialistica passiva extraregionale, di 0,4 milioni di euro, pari al +9%, relativo ai costi della fuga al di fuori dei confini regionali. Pare opportuno sottolineare che l'aumento del costo della mobilità specialistica passiva extraregionale, è stato compensato dall'incremento dei ricavi per la mobilità specialistica attiva extraregionale. I dati relativi alla mobilità extraregionale si riferiscono all'anno 2013;

un incremento del costo per l'acquisto di prestazioni specialistiche ambulatoriali da strutture private accreditate, per circa 0,8 milioni di euro, pari al +7%.

- Assistenza Riabilitativa: il costo totale rilevato nel modello CE 2014 per l'assistenza riabilitativa è pari a circa 12,3 milioni di euro, con una riduzione di -0,2 milioni di euro, pari al -2%, relativo all'acquisto di prestazioni dalle strutture private accreditate ed in misura minore dalla riduzione della mobilità passiva intraregionale.
- Assistenza Integrativa: il costo totale rilevato nel modello CE 2014 per l'assistenza integrativa è pari a circa 5,2 milioni di euro, sostanzialmente in linea con l'anno precedente, rispetto al quale si è registrato un lievissimo decremento di 22 mila euro.
- Assistenza Protesica: il costo rilevato complessivamente nel modello CE 2014 per l'assistenza protesica è pari a circa 5,1 milioni di euro, con un incremento di 0,4 milioni di euro, pari al +9%, derivante principalmente dai maggiori consumi relativi agli ausili per incontinenza e ai ventilatori polmonari.
- Assistenza Ospedaliera: il costo totale rilevato nel modello CE 2014 per la assistenza ospedaliera è pari a circa 53,5 milioni di euro, con un incremento rispetto all'anno precedente di 2,2 milioni di euro, pari al +4%, riconducibile all'aumento del costo della mobilità ospedaliera passiva, con specifico ed esclusivo riferimento alla componente extraregionale, pari a circa 4 milioni di euro (+4%), solo in parte compensato dal decremento della mobilità passiva intraregionale, pari a circa 2,1 milioni di euro (-14%).
- Assistenza Psichiatrica Residenziale e Semiresidenziale: il costo totale rilevato nel modello CE 2014 per tale tipologia di assistenza è pari a circa 4,7 milioni di euro, con un leggero incremento di 0,3 milioni di euro, pari al +6%. Esso si riferisce essenzialmente ai costi legati all'acquisto dei servizi assistenziali erogati dalla cooperative che gestiscono le Case Alloggio e i Gruppi Appartamento che ospitano i pazienti psichiatrici presenti sul territorio della ASM, ed in minima parte alla mobilità passiva intraregionale.
- Prestazioni di distribuzione farmaci del File F: il costo totale rilevato nel modello CE 2014 per tale tipologia di assistenza è pari a circa 5,7 milioni di euro, con un lievissimo decremento di 32 mila euro, pari al -1%. Esso si riferisce ai farmaci somministrati a pazienti residenti ASM da parte di strutture sanitarie all'interno (mobilità passiva intraregionale) o all'esterno della regione (mobilità passiva extraregionale), assistiti non in regime di ricovero.
- Prestazioni termali in convenzione: il costo totale rilevato nel modello CE 2014 per tale tipologia di assistenza è pari a circa 0,7 milioni di euro, con un lieve incremento di 42 mila euro, pari al +6% rispetto all'anno precedente. Tale costo si riferisce alle prestazioni termali erogate ai residenti ASM dalle strutture a ciò deputate.



- Prestazioni di trasporto sanitario: il costo totale rilevato nel modello CE 2014 per tale tipologia di assistenza è pari a circa 3,4 milioni di euro, totalmente sovrapponibile a quello dell'anno precedente. Tale costo si riferisce alle prestazioni di trasporto infermi per l'emergenza e per l'urgenza erogate ai residenti ASM.
- Prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria: il costo totale rilevato nel modello CE 2014 per tale tipologia di assistenza è pari a circa 3,8 milioni di euro, con una lieve decremento di 0,3 milioni di euro, pari al -6%. Esso è costituito per 3,5 milioni di euro dal costo delle prestazioni di assistenza domiciliare integrata (ADI) erogate ai residenti ASM da parte delle cooperative convenzionate, e per i rimanenti 0,3 milioni di euro dalla mobilità passiva intraregionale. La riduzione rilevata ha riguardato entrambe le componenti, con un impatto in ordine alla mobilità intraregionale.
- Compartecipazione al personale per attività libero professionale intramoenia: il costo rilevato nel modello CE 2014 è pari complessivamente a 1 milione di euro, con una riduzione di circa 0,5 milioni di euro, pari al -32% rispetto all'anno precedente. In realtà la suddetta voce di costo, che è costituita dai compensi erogati agli specialisti aziendali a fronte delle prestazioni dagli stessi erogate in forma di attività libero - professionale, non incide nella determinazione del risultato di esercizio in quanto è completamente assorbito da analoga voce di ricavo, nella quale è ricompresa anche la quota che rimane a carico dell'Azienda.
- Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria: il costo rilevato nel modello CE 2014 è pari complessivamente a 1,6 milioni di euro, con un incremento di circa 0,8 milioni di euro, pari al +84% rispetto all'anno precedente, determinato sostanzialmente dalla mobilità passiva intraregionale.

Gli altri costi relativi ai servizi sanitari, i cui importi non sono rappresentativi, hanno evidenziato nel 2014 un andamento sostanzialmente in linea con l'anno precedente.

Con riferimento agli acquisti per servizi non sanitari, esposti nel modello CE 2014 per un valore pari complessivamente a 20,9 milioni di euro, si è registrato un incremento rispetto all'anno precedente di 1,2 milioni di euro, pari al +6%, derivante dalla somma algebrica tra gli incrementi e i decrementi di costo dei servizi compresi in tale aggregato di seguito dettagliatamente analizzati. A tal proposito pare opportuno sottolineare la consistente riduzione di tali costi rilevata nel 2013 rispetto al 2012, che aveva consentito un recupero di circa 1,7 milioni di euro, pari al -7,7%. A tale riduzione, resa possibile dalla ottimizzazione delle relative attività, ha certamente contribuito la rideterminazione degli importi e delle prestazioni previsti nei contratti di appalto per la fornitura di servizi con una riduzione nella misura del 5%, a partire dal mese di luglio 2012, in applicazione del Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95, definito "Spending Review", 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.

Nello specifico, si riporta di seguito l'analisi comparativa dei costi relativi all'acquisto dei servizi non sanitari sostenuti nel 2014 rispetto all'anno precedente.

- Lavanderia: il costo rilevato nel modello CE 2014 è pari a 2,6 milioni di euro, con un incremento di circa 0,4 milioni, pari al +18% rispetto all'anno precedente. Di fatto nel 2014 è proseguita

l'azione di razionalizzazione dei costi avviata dall'Azienda dal 2012 e continuata nel 2013, rafforzata dall'applicazione della normativa vigente.

- Pulizia: il costo rilevato nel modello CE 2014 è pari a 4,6 milioni di euro, sostanzialmente coincidente con quello dell'anno precedente.
- Mensa: il costo rilevato nel modello CE 2014 è pari a 2 milioni di euro, sostanzialmente in linea rispetto all'anno precedente, con una riduzione minima di 83 mila euro, pari al -4%.
- Elaborazione dati: il costo rilevato nel modello CE 2014 è pari a 2,6 milioni di euro, sostanzialmente in linea rispetto all'anno precedente, con un incremento minimo di 92 mila euro, pari al +4%.
- Servizio trasporti non sanitari: il costo rilevato nel modello CE 2014 è pari a 66 mila euro, sostanzialmente in linea rispetto all'anno precedente, con un incremento minimo in valore assoluto di 26 mila euro, pari al +65%.
- Smaltimento rifiuti: il costo rilevato nel modello CE 2014 è pari a 0,4 milioni di euro, sostanzialmente in linea rispetto all'anno precedente, con un incremento irrisorio in valore assoluto di 8 mila euro, pari al +2%.
- Utenze telefoniche: il costo rilevato nel modello CE 2014 è pari a 0,4 milioni di euro, con un decremento irrisorio in valore assoluto di -4 mila euro, pari al -1%.
- Utenze elettricità: il costo rilevato nel modello CE 2014 è pari a 2,3 milioni di euro, con un decremento di -0,2 milioni di euro, pari al -9%.
- Altre Utenze: il costo rilevato nel modello CE 2014 è pari a 2,3 milioni di euro, con un decremento di -0,4 milioni di euro, pari al -16%.
- Premi di assicurazione: il costo rilevato nel modello CE 2014 è pari a 0,3 milioni di euro, sostanzialmente sovrapponibile a quello dell'anno precedente, in mancanza di tali costi per premi assicurativi, l'ASM ha comunque proceduto ad operare congrui accantonamenti ai fondi per rischi ed oneri. Infatti, l'Azienda a partire dal 2012 ha scelto di adottare un modello di gestione del contenzioso e del rischio clinico in autoassicurazione, con l'effetto, sotto il profilo economico, di abbattere i costi legati ai premi di assicurazione, che ha di fatto portato all'abbattimento di oltre 4 milioni di euro per i premi assicurazione, ridimensionati per effetto degli accantonamenti operati in via prudenziale per copertura diretta dei rischi, derivanti dall'ingresso in autoassicurazione.
- Altri servizi non sanitari: il costo rilevato nel modello CE 2014 è pari a 3,2 milioni di euro, con un incremento di 1,4 milioni di euro, pari al +79%, determinato dall'incremento dei costi per le spese legali, per il servizio di vigilanza, per gli oneri amministrativi per il servizio di trasporto ossigeno, etc.



- Consulenze, collaborazioni, interinale ed altre prestazioni di lavoro non sanitarie: il costo, di modesta entità, rilevato nel modello CE 2014, è pari a 89 mila euro, sostanzialmente sovrapponibile a quello dell'anno precedente, con un incremento di 7 mila euro, pari al +9%.
- Formazione: il costo rilevato nel modello CE 2014 è pari a 0,2 milioni di euro, con un decremento di 32 mila euro, pari al -14%, rispetto all'anno precedente.
- Manutenzioni: il costo rilevato nel modello CE 2014 è pari a 5,2 milioni di euro, con un incremento di 0,6 milioni di euro, pari al +12% rispetto all'anno precedente, dovuto essenzialmente agli aumenti dei costi delle manutenzioni e riparazioni ai fabbricati, ed in misura minore agli impianti e macchinari e alle attrezzature sanitarie.
- Godimento beni di terzi: il costo rilevato nel modello CE 2014 è pari a 1,9 milioni di euro, con una riduzione di 0,7 milioni rispetto all'anno precedente, determinata essenzialmente dalla riduzione dei canoni di noleggio per l'area sanitaria.

Gli altri costi relativi ai servizi non sanitari, i cui importi non sono rappresentativi, hanno evidenziato nel 2014 un andamento sostanzialmente in linea con l'anno precedente.

- **Costi del personale dipendente**: tale macrovoce, esposta nel modello CE 2014 per un valore complessivo di 115,8 milioni di euro ha evidenziato un lievissimo incremento di 0,6 milioni di euro rispetto all'anno precedente, pari al +0,5%. A tal proposito è necessario sottolineare che nel biennio 2012 - 2013 si è registrato un decremento complessivo del costo del personale dipendente pari ad oltre 7,5 milioni di euro rispetto al 2011.

Tale riduzione è stata resa possibile dall'applicazione di una serie di misure di contenimento della spesa previste dalla normativa regionale. Nello specifico infatti è stato applicato il blocco delle assunzioni del personale dipendente, con deroga nel limite massimo del 30% della spesa del personale cessato dal servizio durante l'anno precedente, previsto dall'art. 20 della L.R. 16/2012 e successivamente del 40% ai sensi dell'art. 14 della L.R. n. 8/2014. Sono state ridotte al minimo le prestazioni aggiuntive, concesse per sopperire alla carenza di personale, così come sono stati soppressi i compensi aggiuntivi per la partecipazione a commissioni, concorsi, ai sensi e per gli effetti della L.R. 17/2011; sono inoltre state ridotte le indennità di missione nella misura del 60% rispetto alla spesa sostenuta nel 2009, ai sensi dell'art. 19 della L.R. 16/2012.

Il blocco del turn over ha comportato una riduzione del numero di personale dipendente, che se ha avuto l'effetto di produrre risparmi immediati, ha rappresentato una seria minaccia per il mantenimento dei livelli qualitativi di assistenza, laddove la risorsa umana rappresenta la componente di gran lunga più importante nell'ambito dei processi di erogazione delle attività assistenziali, con potenziali riflessi anche sotto il profilo economico nel breve e medio periodo, per effetto del conseguente eventuale incremento della fuga da parte della popolazione residente verso altre strutture sanitarie, in presenza di ridotte capacità di risposte assistenziali. Tale rischio è stato scongiurato in quanto l'avvenuta riduzione del personale è stata accompagnata dall'avvio da parte dell'Azienda di un processo di revisione dei propri modelli organizzativi e dei propri assetti strutturali finalizzato ad accelerare lo sviluppo di molteplici percorsi di integrazione gestionale e professionale sia all'interno dell'Azienda sia al di fuori di essa, col fine ultimo di favorire la razionalizzazione e l'ottimizzazione dei processi produttivi con l'assegnazione a ciascuna articolazione aziendale di una mission precisa e di risorse adeguate a garantire quelle funzioni, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza ed evitando inutili duplicazioni di attività.

In tale ambito si collocano i processi di riconversione degli ospedali distrettuali e di riqualificazione degli ospedali per acuti, descritti in precedente paragrafo del presente documento, oltre alla

sperimentazione di nuovi approcci di riorganizzazione ospedaliera ispirati al modello per intensità di cura.

• **Oneri diversi di gestione:** tale macrovoce, esposta nel modello CE 2014 per un valore di 1,1 milioni di euro ha evidenziato un decremento di -0,3 milioni di euro rispetto all'anno precedente, pari al -24%. Tale voce comprende sostanzialmente i costi sostenuti per i compensi spettanti agli organi direttivi, ai componenti del Collegio Sindacale, ai componenti dell'Organismo Indipendente di Valutazione, oltre alle imposte e tasse (escluso IRAP e IRES).

• **Ammortamenti:** tale macrovoce, esposta nel modello CE 2014 per un valore di 4,8 milioni di euro ha evidenziato un decremento di -0,5 milioni di euro rispetto all'anno precedente, pari al -10%. Tale voce non incide per intero sulla determinazione del risultato di esercizio, ma solo per la quota relativa agli investimenti effettuati con fondi propri aziendali. La rimanente maggiore parte, si riferisce agli investimenti effettuati con fondi messi a disposizione dalla regione e come tale sterilizzata attraverso l'imputazione tra i ricavi della quota di contributo in conto capitale di pari importo. Gli ammortamenti relativi agli immobili finanziati con fondi regionali ammontano a circa 4,6 milioni di euro e sono interamente sterilizzati attraverso l'imputazione di identico importo tra le quote di contributo in c/capitale. Pertanto la quota di costo che incide sulla determinazione del risultato di esercizio è pari a 0,2 milioni di euro.

• **Variazione delle rimanenze:** Tale voce rappresenta la differenza tra il valore contabile delle rimanenze di materiali sanitari e non sanitari all'inizio dell'esercizio, come risulta dall'attivo dello stato patrimoniale del 2013, e il valore contabile delle stesse voci alla fine dell'esercizio, come risulta dall'attivo dello stato patrimoniale del 2014. La variazione delle rimanenze esposta nel CE 2014 è pari a 0,6 milioni di euro, con un incremento di 2,8 milioni di euro rispetto all'anno precedente, che riguarda esclusivamente le rimanenze di materiale di consumo sanitario.

L'entità dello scostamento rispetto al 2013 deriva dal fatto che in tale esercizio fu fatta una rilevazione straordinaria delle rimanenze in tutti i singoli reparti, che non era stata effettuata negli esercizi precedenti, con una conseguente valutazione delle rimanenze finali molto maggiore rispetto a quella dell'anno prima e, di conseguenza, con una variazione negativa delle rimanenze molto consistente.

• **Accantonamenti dell'esercizio:** tale macrovoce, esposta nel modello CE 2014 per un valore di 2,1 milioni di euro ha evidenziato un decremento di -2,6 milioni di euro rispetto all'anno precedente, pari al -55%. Tale voce è costituita per la parte preponderante, pari a 1 milione di euro, dagli accantonamenti per copertura diretta dei rischi, resasi necessaria in conseguenza all'ingresso in autoassicurazione; la rimanente parte degli accantonamenti effettuati si riferisce sostanzialmente agli accantonamenti per quote inutilizzate contributi da regione per quota del F.S.R. vincolato, agli accantonamenti per i rinnovi delle convenzioni con i MMG/PLS e con i Medici SUMAI, ed in parte residuale ad altri accantonamenti.

Nel 2014 nel modello CE espresso in migliaia di euro non figurano né Proventi né oneri finanziari.



La gestione straordinaria presenta un saldo netto positivo al 31.12.2014 pari a Euro 2,1 milioni di euro, determinata dalla differenza tra:

- Proventi straordinari, pari a 3,3 milioni di euro, derivanti da sopravvenienze attive verso terzi
- Oneri straordinari, pari a 1,2 milioni di euro, relativi a sopravvenienze passive derivanti da:
 - o sopravvenienze passive relative al personale, per un importo di 0,4 milioni di euro;
 - o sopravvenienze passive relative all'acquisto di beni e servizi, per un importo di 0,7 milioni di euro;
 - o altre sopravvenienze passive per un importo pari a 0,1 milioni di euro.

Nel 2014 i costi per Imposte e Tasse sono stati pari a 8 milioni di euro con una lievissima riduzione rispetto all'anno precedente, pari a 77 mila euro.

Il bilancio d'esercizio si è chiuso evidenziando un utile pari a 276 mila euro, migliorando ulteriormente il risultato dell'anno precedente pari a 116 mila euro.

Prima di passare all'analisi del confronto tra il modello CE consuntivo e quello preventivo, pare opportuno evidenziare come con riferimento all'obiettivo di riduzione dei tempi di pagamento, perseguito da quest'Azienda nel corso del 2014, non ha 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 2014

Indicatore di tempestività dei pagamenti – Anno 2014		
Totale importo pagato	Totale importo indicatore	Indicatore di tempestività
€ 111.763.184,09	€ 1.835.058.195,20	16,42

L'indicatore è stato calcolato prendendo a base tutte le fatture 2014 considerate complessivamente scadenti a 60 giorni. Secondo quanto riportato nella Circolare n. 15/2015 del MEF – Dipartimento Ragioneria Regionale dello Stato – la base di calcolo sulle fatture deve avere scadenza a 90 giorni; in tal caso il risultato afferente l'indicatore sarebbe stato nettamente migliorativo.



5. 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

Il Comitato Unico di Garanzia della ASM è stato istituito con Delibera DG n. 1202 del 2/11/2011 e con Delibera DG n. 277 del 22/03/2012 è stato approvato il Regolamento di Funzionamento del CUG.

Il CUG aziendale ha svolto le seguenti attività nel corso dell'anno 2014 :

- Informazione al Personale sulle modalità di attuazione del progetto della Regione Basilicata "Valore Donna";
- Progetto "Azienda e persone in movimento" per promuovere il benessere psicofisico delle lavoratrici e dei lavoratori attraverso l'incremento del movimento, il miglioramento della salute fisica e dello stile di vita, la prevenzione dei disturbi muscoloscheletrici. (delibera n° 877 del 25 luglio 2014) , attività prevista dal "Piano Triennale di azioni positive" approvato con delibera aziendale n. 1361 / 2011;
- Coordinamento per la stesura di percorsi sanitari e socio-psicologico per la presa in carico di soggetti delle fasce deboli della popolazione come previsto dal "Protocollo d' Intesa per la costituzione di task force interistituzionale per la promozione di strategie condivise finalizzate alla prevenzione e al contrasto del fenomeno della violenza nei confronti delle fasce deboli";
- Partecipazione all'informazione della Giornata Mondiale del 25 novembre 2014 contro la violenza sulle donne;
- Organizzazione del Seminario "Niente più niente al mondo" svolto presso l'Auditorium del P.O. di Matera il 6 Marzo in occasione della Festa della donna;
- Incontri con i componenti del Comitato per la definizione delle attività e 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;



Al fine di dotare il CUG di un logo identificativo condiviso dai dipendenti aziendali, il Comitato ha indetto un concorso interno.

Il logo selezionato (Figura 6.1) rappresenta due adulti e un bambino per sottolineare le fasi del ciclo di vita e la famiglia.

I simboli maschile (... rappresentazione stilizzata dello scudo e della lancia del dio romano Marte) e femminile (... rappresentazione stilizzata della mano della dea Venere che sorregge uno specchio) sottolineano la "differenza di genere". Il termine "DIFFERENZA" nella esplicitazione delle funzioni del CUG è inteso nella sua accezione più ampia e quindi differenza come risorsa e con pari opportunità e dignità.

L'utilizzo degli stessi colori del logo aziendale sottolinea il senso di appartenenza e l'identità della ASL: simboli, colori, arredi e uniformità di comportamenti sono elementi che configurano lo stile di una organizzazione di lavoro.

Figura 6.1- Logo del Comitato Unico di Garanzia ASM



All'autrice del logo prescelto è stato donato "un pugno di libri".

5.1. Il benessere aziendale

La ASM, consapevole della importanza del benessere dei propri dipendenti, ha seguito le indicazioni di Tiziano Treu ex Ministro del Lavoro autore del libro "Welfare Aziendale- Migliorare la produttività ed il Benessere dei dipendenti" in cui sostiene: "Mettete una palestra e una mensa in Azienda e dopo cinque anni vedrete che risultati....".

Nel 2014 è stato avviato in maniera sperimentale il progetto "Azienda e Persone in Movimento" volto a promuovere l'educazione posturale, il movimento fisico, il benessere ed il miglioramento dello stile di vita dei dipendenti della ASM di Matera.

Il progetto attivato dal CUG (Comitato Unico di Garanzia) in collaborazione con l'Unità Operativa Complessa di Medicina Fisica e Riabilitazione della ASM, è destinato al personale dipendente. L'attività sarà articolata in una serie di incontri esperienziali condotti dai Fisioterapisti del Presidio Ospedaliero "Madonna delle Grazie" di Matera. L'obiettivo è l'educazione al movimento per prevenire patologie muscoloscheletriche che "sono assai diffusi tra lavoratrici e lavoratori e costituiscono una tra le cause più frequenti di assenza per malattia in molte attività lavorative che prevedono posture fisse e spostamento dei carichi".

Gli incontri di educazione al movimento si sono svolti presso le palestre dell'U.O. Fisiatria del P.O. di Matera al termine del normale impegno lavorativo.

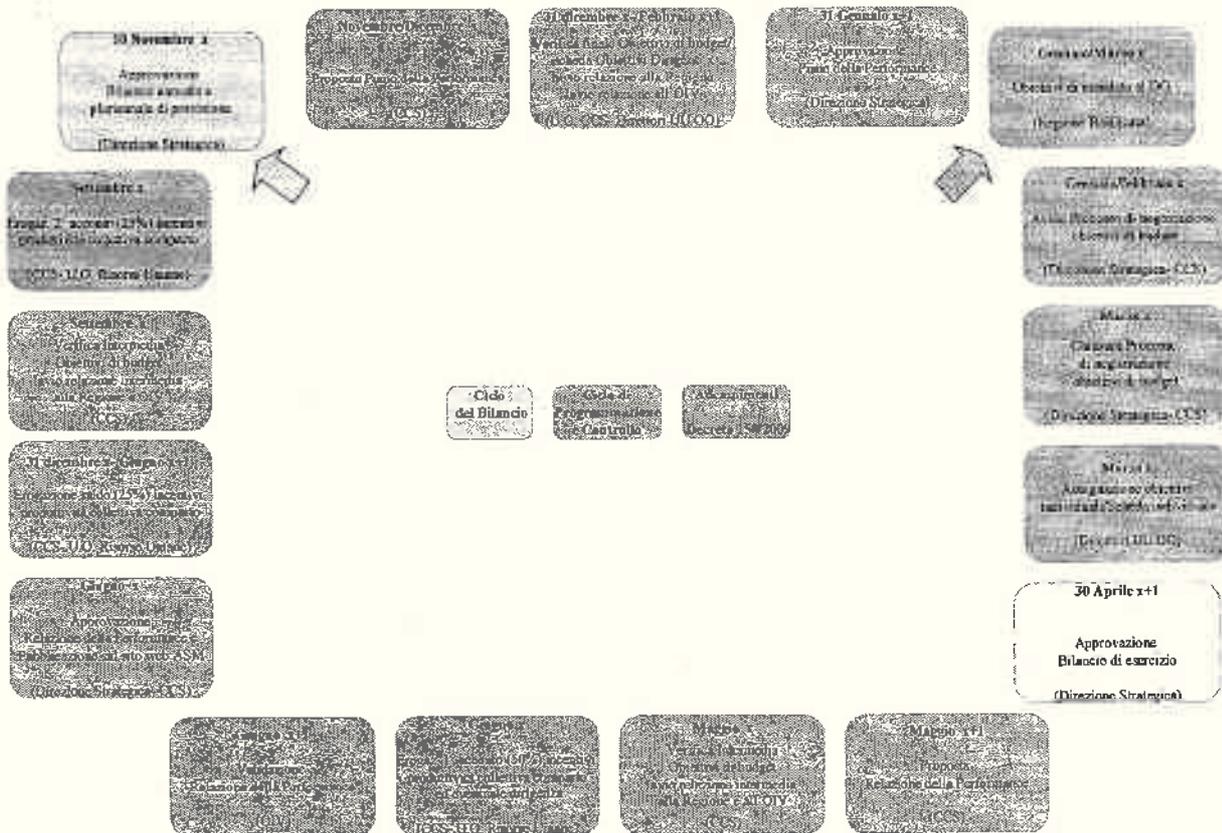
La Direzione strategica ritiene che la realizzazione di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e di contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica nei confronti dei lavoratori e delle lavoratrici permette di favorire e migliorare l'efficacia delle prestazioni lavorative.

Gli interventi volti a favorire la conciliazione vita e lavoro aumentano il benessere e la soddisfazione dei dipendenti che, unitamente al loro benessere, è una delle leve critiche per aumentare la produttività delle pubbliche amministrazioni: maggiore benessere = maggiore fidelizzazione = maggiore produttività".

6. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

6.1. Fasi, soggetti tempi e responsabilità

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



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. provvederà alla validazione del documento inviato.

6.2. 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 Linee Guida ANAC ex CIVIT;
- 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.

Punti di debolezza:

- Difficoltà di coinvolgimento e collaborazione delle altre strutture aziendali nelle varie fasi del ciclo della performance;
- Assenza per la dirigenza di un budget di risultato individuale collegato al perseguimento degli obiettivi, cosa influisce negativamente sia sulla responsabilizzazione della dirigenza che per la considerazione delle attività di verifica svolte dal C.C.S. e dall'O.I.V.

