

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE DELLA AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA ANNO 2015



Deliberazione n.

INDICE

1. FINALITA' E PRINCIPI GENERALI DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

1.1 Indice	pag. 2
1.2 Premessa	pag. 4
1.3. Presentazione della Relazione' Principi generali e Finalità	pag. 6

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

2.1 Il contesto esterno di riferimento	pag. 8
2.1.1. Il Contesto Territoriale	pag. 8
2.1.2. Analisi del contesto Esterno	pag. 10
2.1.3. La Popolazione	Pag. 11

2.2 L'amministrazione	pag. 14
2.2.1. Chi siamo	pag. 14
2.2.2. L'Assetto Organizzativo	pag. 15
2.2.3. Le risorse umane	pag. 18
2.2.4. L'Assistenza Ospedaliera	pag.19
2.2.5. L'Assistenza territoriale	pag. 20
2.2.6. La Prevenzione	Pag. 22

2.3. I Risultati raggiunti	pag. 23
2.3.1. I Risultati raggiunti in riferimento all'assetto organizzativo	pag. 23
2.3.2. I risultati raggiunti in riferimento al modello organizzativo dipartimentale	pag. 24
2.3.3. I risultati raggiunti in riferimento all'organizzazione dei servizi offerti alla popolazione	pag. 28
2.3.4. I risultati raggiunti in riferimento alla riconversione degli ospedali distrettuali	pag. 30
2.3.4.1. Ospedale distrettuale di Stigliano -	pag.30
2.3.4.2. Ospedale distrettuale di Tinchi - 2.3.4.3. Ospedale distrettuale di Tricarico	pag.31
2.3.5 . I risultati raggiunti in riferimento alla riqualificazione dell'offerta nei Presidi Ospedalieri per acuti - 2.3.5.1. IL Piano Strategico Matera Sanita' 2019	Pag. 32 Pag. 32
2.3.6. I Risultati raggiunti in riferimento alle attività sanitarie erogate ai cittadini negli ospedali per acuti - 2.3.6.1. Sintesi dei risultati raggiunti e analisi dei dati P.O. Matera - 2.3.6.2. Sintesi dei risultati raggiunti e analisi dei dati P.O. Policoro	pag. 37 pag. 37 pag. 39
2.3.7.I Risultati raggiunti in riferimento al miglioramento delle attività clinico assistenziali rivolte ai cittadini	pag. 41
2.3.8 I Risultati raggiunti in riferimento alle attività sanitarie di assistenza territoriale erogata ai cittadini – ADI – Cure Primarie – Assistenza Farmaceutica Territoriale – Assistenza consultoriale – Assistenza Psicologica Salute Mentale – SERT – Servizio di emergenza territoriale - - Assistenza Penitenziaria	pag. 42
2.3.9. I Risultati raggiunti in merito alla qualificazione dell'assistenza sanitaria erogata sul territorio	pag.46
2.3.10. I Risultati raggiunti in riferimento al contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	pag. 47
2.3.11. I risultati raggiunti in riferimento alle attività di prevenzione e all'organizzazione dei servizi e delle prestazioni erogate ai cittadini –2.3.11.1. Dipartimento di Prevenzione Umana – 2.3.11.2.Dipartimento di Prevenzione e benessere animale;	pag. 48 pag. 48 pag. 49
2.3.12. I Risultati raggiunti in riferimento al miglioramento della qualità delle attività clinico – assistenziali rivolte ai cittadini – Obiettivi DGR 662 / 2015;	pag. 50
2.3.13. I risultati raggiunti in riferimento agli investimenti effettuati	pag. 50
2.3.14. I risultati raggiunti in riferimento agli obiettivi economici e finanziari	pag 51
2.4.Le criticità e le opportunità	pag.53

3. OBIETTIVI : RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI

3.1 Albero della Performance	pag. 54
3.2 Obiettivi strategici e operativi	pag. 55
3.3. Sistema di valutazione	pag. 56
3.4. Prospetto risultati della ASM anno 2015 "Obiettivi di salute e di programmazione economico finanziaria DGR 662/2015"	Pag. 57
3.4. Progetto "Network Regioni"	pag. 60
3.5. Obiettivi e Piani operativi	pag. 63
3.6. Coerenza con il Piano aziendale Triennale Anti Corruzione e del Programma triennale della trasparenza	pag. 79

4. RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITA'

4.1. . LA GESTIONE ECONOMICO – FINANZIARIA DELL'AZIENDA	pag. 81
---	---------

5. il CUG Aziendale (Comitato Unico di Garanzia)	pag. 84
6. Il benessere aziendale	Pag.86
7. La valutazione della qualità percepita - Customer Satisfaction	pag. 90
7.1. Valutazione sintetica dei dati	pag.91
7.2. Valutazione analitica dei dati: attività ambulatoriali e diagnostiche	pag.92
7.3 Valutazione analitica dei dati: Attività di assistenza ospedaliera	pag. 97

8. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE DELLA PERFORMANCE

8.1. Fasi, soggetti, tempi e responsabilità	Pag104
8.2. Punti di forza e di debolezza del ciclo della performance	pag. 105

ALLEGATI

1. ALLEGATO - ATTIVITA' OSPEDALI DISTRETTUALI DI TINCHI – TRICARICO – STIGLIANO
2. ALLEGATO 2 - ATTIVITA' OSPEDALIERE OSPEDALE DI MATERA
3. ALLEGATO 3 - ATTIVITA' OSPEDALE DI POLICORO
4. ALLEGATO 4 – ATTIVITA' DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE TERRITORIALE
 - CURE PRIMARIE
 - ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)
 - ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE
 - ASSISTENZA CONSULTORIALE
 - ASSISTENZA PSICOLOGICA
 - SALUTE MENTALE ADULTI
 - ASSISTENZA PENITENZIARIA
5. ALLEGATO 5 - ATTIVITA' DIP. PREVENZIONE UMANA - ATTIVITA' DIP. PREVENZIONE E BENESSERE ANIMALE
6. ALLEGATO 6 – INVESTIMENTI BENI MOBILI
7. ALLEGATO 7 – INVESTIMENTI BENI IMMOBILI
8. ALLEGATO 8 - SCHEDE DI VERIFICA ANNO 2015 DELLE UU.OO. DIPARTIMENTO CHIRURGICO
9. ALLEGATO 9 – RELAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DGR 662/2015
10. ALLEGATO 10 - RELAZIONE ANNUALE SULL'ESITO DELL'ATTIVITA' SVOLTA DAL PTPC ANNO 2015/2017

1.2 PREMESSA

L'Azienda Sanitaria di Matera, in ossequio a quanto previsto dalla normativa vigente (D.Lgs 150/2009), si è impegnata a sviluppare il ciclo della performance al fine di migliorare la propria capacità di risposta alle esigenze del cittadino attraverso il soddisfacimento della MISSION (missione aziendale) e della VISION (visione strategica) aziendale. Lo strumento che ha dato avvio al ciclo di gestione della performance è il Piano della Performance. La presente relazione costituisce lo strumento mediante il quale l'Azienda illustra ai cittadini e a tutti gli altri stakeholder interni ed esterni, i risultati ottenuti nel corso dell'anno precedente, concludendo in tal modo il Ciclo della Performance.

Il presente documento si propone lo scopo di fornire puntuali elementi di valutazione in ordine all'andamento della gestione aziendale, con riferimento alle dinamiche economiche e gestionali relative al perseguimento degli obiettivi strategici, dei piani operativi e degli obiettivi delle singole UU.OO. oltre che le attività erogate e le strategie perseguite nel corso del 2015.

L'anno 2015 si è aperto con la nomina del nuovo Direttore Generale dell'ASM, avvenuta giusta D.G.R. n. 27 del 08.01.2015 e D.P.G.R. n. 6 del 13.01.2015, che si è formalmente insediato nel mese di gennaio 2015, in una cornice di sostanziale continuità rispetto al più recente passato.

Il quadro generale all'interno del quale si colloca la gestione dell'ASM nel 2015 è caratterizzato dal perdurare, sia a livello nazionale che a livello regionale, delle politiche di razionalizzazione e contenimento della spesa pubblica e, nello specifico, della spesa sanitaria, messe in atto per consentire, da un lato, il rispetto dei vincoli di bilancio imposti dall'Europa e, dall'altro, la tenuta e la salvaguardia di un modello di stato sociale, che contraddistingue il nostro Paese, rappresentandone una straordinaria ricchezza.

Coniugare il risanamento dei conti pubblici con il mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza: è questa la sfida cui hanno aderito che le varie compagini di governo, confermando l'impegno a proseguire sulla strada già tracciata negli anni precedenti, caratterizzata da scelte di politica economica orientate fondamentalmente alla riduzione della spesa pubblica, da realizzare non in maniera generalizzata e diffusa, ma selettivamente, in considerazione della rilevanza sociale dei settori interessati e tenendo conto di tutti i possibili spazi di razionalizzazione da utilizzare per evitare di compromettere la quantità e la qualità di servizi, la cui erogazione costituisce diritto universale costituzionalmente garantito alla popolazione.

In questo scenario la spesa sanitaria si è confermata uno dei settori più meritevoli di attenzioni, in considerazione sia delle dimensioni che essa ha, in termini assoluti (come quantità di risorse finanziarie assorbite) e relativi (come peso sull'economia complessiva), sia del persistere di profonde differenze tra le diverse realtà regionali in termini di qualità, accessibilità e sostenibilità economica.

In tal senso, l'azione della ASM nel 2015 si è inserita sul solco già tracciato nel triennio precedente, con l'obiettivo prioritario ed improcrastinabile del risanamento dei conti pubblici, riconfermando con il D. L. 19 giugno 2015, n. 78, cosiddetto Decreto Enti Locali, convertito con L. 6 agosto 2015, n. 125, le misure e gli interventi di razionalizzazione ed efficientamento della spesa del Servizio Sanitario Nazionale, già introdotti con il Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95, ad oggetto "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con l'invarianza dei servizi ai cittadini", convertito, con modificazioni, dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135, che costituisce, sotto il profilo legislativo, l'origine della "Spending Review".

Tale normativa, unitamente ad altri provvedimenti legislativi sia a livello nazionale che regionale, oltre a prevedere una riduzione delle risorse da destinare al Servizio Sanitario Nazionale, ha introdotto una serie di misure che, nel disciplinare specifici settori di attività (efficientamento della spesa del personale, riduzione in percentuali definite degli importi dei contratti per la fornitura di beni e servizi, ivi compresi farmaci e dispositivi medici, riduzione delle prestazioni inappropriate, ecc.), ha di fatto posto dei vincoli alla gestione delle aziende del sistema sanitario.

Il richiamo alle strategie di politica economica nazionale e, nello specifico alla suddetta normativa è necessario per contestualizzare la gestione della ASM nel 2015, che si è sviluppata lungo le stesse direttrici che hanno ispirato l'azione di Governo, sia a livello centrale che regionale, dando continuità ad un processo, già avviato nel 2012, riconducibile alle seguenti parole chiave: rigore per lo sviluppo.

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

In tal senso il 2015 ha confermato la svolta nella gestione dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera, attraverso il consolidamento dei già apprezzabili risultati economico – finanziari raggiunti nei due anni precedenti.

Tale risultato, di per sé estremamente positivo, anche in considerazione del notevole incremento del costo dei farmaci, determinato dall'ingresso in commercio dei farmaci innovativi, quali nello specifico quelli per la cura dell'epatite C, acquisisce una valenza tanto maggiore in considerazione della minore quota del F.S.R. indistinta assegnata all'ASM nel 2015, ridottasi di 2,187 milioni di euro rispetto all'anno precedente.

Il mantenimento sostanziale dell'equilibrio economico per l'anno 2015, consolida gli sforzi che hanno contraddistinto sin dall'inizio l'azione della Direzione Strategica nel precedente triennio 2012 - 2014, portando a compimento le strategie di risanamento dalla stessa intraprese nell'arco temporale considerato, con la considerevole riduzione del gap tra costi e ricavi e l'azzeramento di un significativo deficit economico che aveva storicamente gravato sulle gestioni precedenti, attestandosi su valori (-20 milioni di euro), tali, da compromettere la tenuta del sistema sia a livello aziendale che a livello complessivo regionale.

Le azioni di contenimento della spesa, che hanno consentito di azzerare la perdita di bilancio, sono state realizzate 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 assistenziali, 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 una 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 dei setting assistenziali adoperati.

I risultati conseguiti esaltano la valenza di un principio guida che ha orientato, senza soluzione di continuità, le scelte gestionali effettuate da quest'Azienda nell'ultimo quadriennio e 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. Tale principio è propedeutico all'avvio di un processo virtuoso di ammodernamento del sistema aziendale di offerta dei servizi, dei comportamenti professionali, e più in generale delle modalità di approccio agli interventi rispetto alle comunità di riferimento, prospettandosi quale principale strumento in grado di fornire concrete risposte all'annoso conflitto tra la limitatezza delle risorse disponibili e la garanzia dei diritti da tutelare.

Nel corso del 2015 la ASM ha ottenuto l'opinione positiva da parte del Ente Certificatore in merito al bilancio d'esercizio 2014, in conformità agli obiettivi regionali inerenti la certificazione di bilancio.

In particolare la Società di revisione contabile B.D.O. s.p.a., con apposita relazione inviata al Direttore Generale e agli uffici regionali, ha espresso, nel corso del 2015, una opinione positiva sul bilancio di esercizio della ASM,

Con riferimento allo stesso bilancio d'esercizio 2014, la ASM ha ottenuto una "menzione di merito" nell'ambito del Concorso Oscar di Bilancio per la Pubblica Amministrazione, sezione Aziende Sanitarie, riconfermando gli stessi positivi risultati raggiunti l'anno precedente, in cui era risultata finalista alla stessa manifestazione. "Nel bilancio economico – patrimoniale si nota l'impegno per semplificare la lettura e comprensione della Nota Integrativa che, pur rispettando gli schemi previsti dal DLgs. 118/2011, include commenti alle tabelle e note esplicative che facilitano la lettura. Nella Relazione sulla Gestione sono inseriti dati di benchmarking tra le performance aziendali, la media nazionale, la media regionale e dati delle altre Aziende del territorio regionale. La presenza di tali dati conferisce ulteriore spessore alla qualità informativa. Si apprezza, infine, come sul sito istituzionale dell'Azienda, sia presente un motore di ricerca per reperire i documenti di bilancio dei vari anni, aumentando la fruibilità dei documenti ed un più agevole confronto nel tempo". Con questa motivazione la Commissione di valutazione della Ferpi (Federazione Relazioni Pubbliche Italiane), presieduta dall'ex Ministro ed economista Piero Giarda, ha assegnato all'Azienda Sanitaria di Matera la menzione di merito per il 2015.

1.3. PRESENTAZIONE DELLA RELAZIONE - - PRINCIPI GENERALI E FINALITA'

Il ciclo della performance, organizzativa ed individuale, di cui al D.Lgs. n. 150/2009, prevede, all'articolo 10, che le Amministrazioni adottino entro il 30 giugno un documento denominato "Relazione sulla performance" con cui dare "evidenza, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, dei risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

Il ciclo della Performance per l'anno 2015, ha avuto inizio con la predisposizione del Piano della performance nel quale sono state indicate le linee specifiche, il Piano recepisce, per l'anno 2015, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi della ASM assegnati dalla Regione Basilicata con DGR 662/2015.

Il Piano della performance 2016-2018, redatto dalla ASM ai sensi dell'art. 10, c. l. lett. A) del D.lgs. n. 150/09 ed alla luce degli indirizzi offerti dalla CIVIT con delibera n.112/2010 del 28/10/2010 è stato adottato con deliberazione della ASM n. 118 del 01/02/2016.

La Relazione sulla Performance conclude l'applicazione del ciclo della performance relativo all'anno 2015, ed è stato redatto in ossequio alle linee guida dettate dalla commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche con delibera N° 5/2012 così come aggiornata il 30/05/2013.

L'Attività dell'Azienda è stata improntata, in linea con le modifiche intervenute nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale, a seguito della legge di riforma N° 5 del 14 aprile 2009, e nel rispetto della missione di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività, all'ottimizzazione delle risorse ed alla razionalizzazione dell'organizzazione, unitamente ad una serie di azioni per il riconoscimento del merito attraverso la verifiche di processi e risultati, nella consapevolezza della necessità che ogni decisione di investimento pubblico siano sottoposti a valutazioni di merito, sulla base di criteri e parametri equi, condivisi e definiti a priori.

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

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

Il Piano recepisce gli obiettivi di salute e di programmazione economico finanziaria per le Aziende sanitarie territoriali della regione Basilicata per l'anno 2015, assegnati dalla regione con DGR n. 662 del 19.05.2015.

Con tale DGR la Regione ha assegnato alle Aziende Sanitarie della Basilicata un set di obiettivi da raggiungere con gli indicatori e i pesi relativi.

Il sistema degli obiettivi assegnati alle Aziende del SSR lucano per l'anno 2015 afferisce a 5 principali aree di risultato:

- Tutela della salute
- Performance organizzative e cliniche aziendali
- Gestione economico – finanziaria
- Conseguimento di obiettivi strategici regionali
- Obiettivi di empowerment

ed è articolato in 16 obiettivi per le Aziende Sanitarie Territoriali, misurati da 44 indicatori.

Gli obiettivi hanno deliberatamente natura sintetica e non esaustiva dell'intero panel di indicatori che possono monitorare l'andamento delle Aziende Sanitarie della Regione.

L'Azienda Sanitaria ha contrattato con tutti i Direttori di Dipartimento, (che a loro volta hanno contrattato con i Direttori delle strutture complesse e semplici dipartimentali), gli obiettivi di budget per l'anno 2015, articolando e formalizzando puntuali obiettivi da raggiungere, attività da conseguire e risorse da utilizzare, definendo i relativi indicatori relativi al raggiungimento degli obiettivi e target di riferimento.

L'Azienda con delibera n. 580 / 2015 e s.m.i., ha approvato le schede di budget anno 2015 riferite ai dipartimenti e alle relative strutture aziendali dipartimentali.

A partire dal mese di luglio, l'Azienda ha effettuato una verifica semestrale sul raggiungimento degli obiettivi di budget per tutte le strutture dipartimentali e ha inviato in Regione e all'OIV (Organismo Indipendente di Valutazione) :

- il monitoraggio sul raggiungimento degli obiettivi in riferimento alla DGR 662/2015, e alla delibera aziendale di approvazione delle schede di budget 2015 n. 118/2015 (comunicazione del 20 ottobre 2015 con protocollo n. 2015 0096476);
- la verifica anno 2015 sul raggiungimento degli obiettivi in riferimento alla DGR 662/ 2015 e alla delibera aziendale di approvazione delle schede di budget 2015 n. 118/2015 (comunicazione del 2016 con protocollo n. 2016 0035949);

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

L' Azienda sanitaria di Matera dopo aver redatto il Piano della Performance 2015 – 2017 intende ora far seguire la propria Relazione sullo stato di attuazione del suddetto Piano e i principali dati di sintesi sulle performance conseguite.

Quanto sopra, tenuto, altresì, conto:

- dei principi espressi dalle Delibere CIVIT nn. 4, 5 e 6 - anno 2012, relative agli adempimenti posti a carico degli OIV ;

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

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

L'Azienda, pertanto, come chiusura del ciclo della Performance per l'anno 2015 ha elaborato la presente Relazione che rendiconta ed evidenzia la performance aziendale, la misurazione del raggiungimento degli obiettivi prefissati e i risultati conseguiti.

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

Il presente documento evidenzia a consuntivo i risultati raggiunti nell'anno 2015 anche rispetto ai target programmati nel Piano della Performance 2015-2017.

La relazione è resa disponibile e scaricabile online sul sito web istituzionale dell'ASM www.asmbasilicata.it, come previsto dalla normativa, in apposita sezione di facile accesso e consultazione, denominata "Amministrazione Trasparente".

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

2.1. IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO

2.1.1 IL CONTESTO TERRITORIALE

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

La superficie totale del territorio di riferimento è di 3.446,12 kmq.

La popolazione residente è di 203.305 abitanti (Fonte ISTAT) di cui il 49,0% di sesso maschile e il 51,0% di sesso femminile.

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

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



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

a) Area di Matera

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

b) Area del Metapontino

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

c) Area del Medio Basento e della Collina Materana

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

d) Area del Materano

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

Da tale articolazione emerge la realtà di un territorio (quello della provincia di Matera) assai eterogeneo sia nelle componenti geomorfologiche, sia in quelle naturalistiche sia in quelle socio-economiche e storicoculturali.

Il suo paesaggio, infatti, mostra, in una superficie relativamente poco estesa, aspetti naturalistici molto vari.

A occidente si estende la zona montuosa formata dalle propagini meridionali dell'Appennino Lucano che non si presenta compatto in un'unica dorsale, ma sfrangiato in diverse dorsali con scarsa continuità con i rilievi. Queste dorsali sono costituite da una successione di coltri di ricoprimento formate da rocce sedimentarie che hanno subito fenomeni di trasporto e sollevamento tettonico durante l'orogenesi terziaria.

L'area orientale è nettamente definita dalla "Fossa Bradanica", costituita dai depositi clastici plioquaternari: osservata da Nord si presenta come un ampio canale dalle sponde appena modellate.

Al margine orientale, appartenenti all'Avanpaese Appulo, affiorano i calcareniti della Murgia materna.

A sud-est si estende la pianura Metapontina, originata dai depositi alluvionali dei fiumi lucani che sfociano nello Ionio.

Un elemento fortemente caratterizzante la struttura territoriale della provincia di Matera è costituito da un indice molto basso della densità della popolazione, vale a dire il numero di abitanti per chilometro quadrato, che attestandosi su un valore inferiore a 60 a fronte di una media nazionale pari a circa 200, si colloca tra le province meno densamente popolate d'Italia. Nella classifica delle 110 provincie territoriali italiane ordinate per densità di popolazione, redatta dall'ISTAT per l'anno 2011, la provincia di Matera si posiziona al 99° posto.

La bassa densità della popolazione costituisce di fatto un fattore che condiziona notevolmente le dinamiche sanitarie sia con riferimento alla domanda assistenziale sia, soprattutto, con riferimento alla offerta che l'Azienda deve assicurare all'utenza di riferimento. Tale struttura del territorio, infatti, comporta una "dispersione" della popolazione che in alcuni casi diventa vero e proprio "isolamento", per l'effetto congiunto delle criticità, sia funzionali che strutturali, che caratterizzano il sistema viario locale ed in particolare la rete stradale e più in generale quella dei trasporti.

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

La dotazione di infrastrutture nella provincia di Matera risulta alquanto scarsa, come emerge dalle relative graduatorie stilate tra le provincie italiane, indebolendo pesantemente il sistema dei collegamenti tra i centri abitati e rallentando gli spostamenti della popolazione.

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

Essa si estende per 2.755 Km dei quali gran parte (41%) sono extraurbane, prevalentemente di piccole dimensioni e di non facile percorribilità. Il 22,9 % è costituito da strade statali e il restante 35% da strade comunali e provinciali. La rete viaria che collega i singoli Comuni tra di loro e con gli altri Comuni regionali e non, è caratterizzata da strade strette e tortuose, accidentate e spesso franose, che condizionano notevolmente la viabilità rendendo i tempi di percorrenza sproporzionati rispetto alle distanze.

Tale assetto del territorio di fatto condiziona le scelte e le strategie sanitarie ed in particolare il modello dell'offerta assistenziale da adottare, che è pensato e strutturato per garantire una risposta omogenea ed uniforme per tutta la popolazione di riferimento. In tale modello, che deve uniformarsi con gli standard previsti dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale, un ruolo importantissimo, proprio per le caratteristiche intrinseche alla struttura territoriale, è affidato alla rete dell'Emergenza – Urgenza, che, attraverso la diffusione capillare di postazioni di 118, deve essere in grado di assicurare a tutta la popolazione del comprensorio il primo soccorso e l'eventuale immediato trasferimento nei Presidi vicini più idonei a fornire adeguate risposte assistenziali.

L'ASM di Matera, con 203.726 abitanti, comprende il 35% della popolazione regionale: il 30% circa della suddetta popolazione è concentrato nel capoluogo, il 40% in 7 Comuni ed il restante 30% nei Comuni più piccoli del comprensorio.

I Comuni facenti parte del comprensorio dell'Azienda Sanitaria di Matera, come detto, sono in tutto 31 per una superficie complessiva pari a kmq 3.446, circa il 34% del territorio regionale (pari a 9.995 Km²), con una densità media di 59 abitanti per kmq, coincidente con il valore medio regionale.

2.1.2. Analisi del contesto esterno

Il quadro generale demografico del contesto materano è caratterizzato dai seguenti fenomeni:

- riduzione progressiva della natalità, che risulta < a quella media italiana;
- invecchiamento della popolazione, con indici di vecchiaia e invecchiamento progressivamente crescenti sia pure < a quelli medi italiani;
- mutamenti nella piramide dell'età della popolazione, con una tendenza all'allungamento della vita media;
- aumento progressivo della mortalità, che risulta < alla media nazionale;
- aumento del flusso migratorio in entrata.

INDICATORI ASM	DEMOGRAFICI	2002	2006	2013	media Italia
indice di vecchiaia		107,6	124,9	148,2	151,4
indice di invecchiamento		17,3	18,7	20,2	21,2
indice di dipendenza		49,9	50,6	51,2	54,2
indice di natalità		9,6	8,7	7,9	9,0
indice di mortalità		8,3	8,9	9,7	10,3

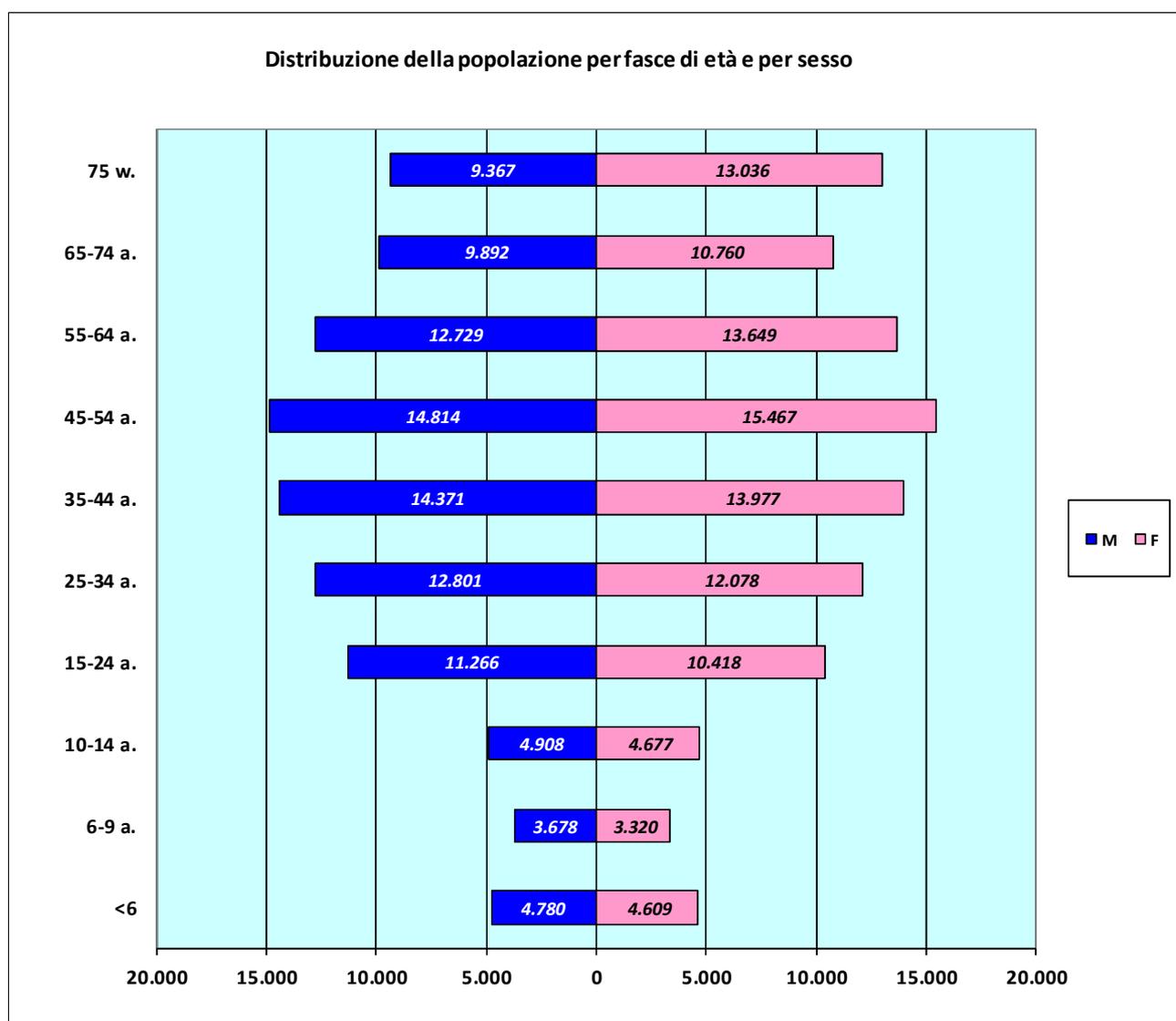
2.1.3. . LA POPOLAZIONE

La ASM Azienda Sanitaria Locale di Matera opera su un territorio coincidente con la provincia di Matera, con una popolazione complessiva al 31/12/2015 di 200.597 abitanti (FONTE ISTAT), distribuiti in 31 comuni, suddivisi in due ambiti distrettuali coincidenti con i comprensori delle due ex ASL n. 4 di Matera e n. 5 di Montalbano Jonico, che a partire dal 01/01/2009 sono confluite nella nuova ASM, ai sensi e per gli effetti della L.R. n. 12/2008.

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

Tabella 2.1 – Popolazione residente nella ASM al 31/12/2015 e relativa piramide di età

COMUNI	POPOLAZIONE abitanti al 31.12.2015	Superficie km ²	Densità abitanti/km ²	Altitudine m s.l.m.
MATERA	60.436	392,09	154,1	401
Pisticci	17.768	233,67	76,0	364
Policoro	17.313	67,66	255,9	25
Bernalda	12.453	126,19	98,7	126
Montescaglioso	9.942	175,79	56,6	352
Ferrandina	8.853	218,11	40,6	497
Scanzano Jonico	7.564	72,18	104,8	21
Montalbano Jonico	7.357	136,00	54,1	288
Nova Siri	6.775	52,75	128,4	355
Tricarico	5.388	178,16	30,2	698
Grassano	5.189	41,63	124,6	576
Tursi	5.037	159,93	31,5	210
Irsina	4.960	263,47	18,8	548
Stigliano	4.361	211,15	20,7	909
Pomarico	4.145	129,67	32,0	454
Salandra	2.829	77,44	36,5	552
Rotondella	2.657	76,72	34,6	576
Miglianico	2.510	88,84	28,3	461
Grottole	2.208	117,15	18,8	482
Accettura	1.856	90,37	20,5	770
San Mauro Forte	1.552	87,06	17,8	540
Valsinni	1.544	32,22	47,9	250
Colobraro	1.266	66,61	19,0	630
San Giorgio Lucano	1.217	39,26	31,0	416
Garaguso	1.073	38,61	27,8	492
Aliano	1.008	98,41	10,2	555
Gorgoglione	989	34,93	28,3	800
Calciano	777	49,69	15,6	420
Craco	745	77,04	9,7	391
Oliveto Lucano	450	31,19	14,4	546
Cirigliano	375	14,90	25,2	656
TOTALE	200.597	3.478,89	57,7	



Sul territorio dell'ASM, esteso per 3.446 kmq, insiste una popolazione che, alla data del 31/12/2015, ammonta a 200.597 unità, di cui 98.864 uomini e 102.441 donne, con un decremento, rispetto al 2014 di 708 unità. La densità territoriale è pari a 58,41 abitanti per kmq, tra le più basse d'Italia.

I dati relativi alla popolazione, riportati, non differiscono da quelli ISTAT e da quelli utilizzati dalla Regione per il riparto del fabbisogno sanitario regionale standard.

AZIENDA SANITARIA	Popolazione al 31.12.2015	Popolazione al 31.12.2014	Differenza 2015 vs 2014	% su popolazione 2015	Superficie Kmq	%	Densità
							Ab/kmq
ASP POTENZA	373.097	375.314	-2.217	65,42%	6.548,49	65,52%	57,31
ASM MATERA	200.597	201.305	-708	35,09%	3.446,12	34,48%	58,41
REGIONE BASILICATA	573.694	573.694	-2.925	100%	9.994,61	100%	57,4

La popolazione esente da ticket, nell'esercizio 2015 è stata pari a circa 49.000 soggetti, considerando tutte le tipologie di esenzione.

La tabella n. 2.2. evidenzia le prime cinque patologie più frequenti, escludendo le esenzioni per invalidità civile.

Tabella n. 2.2 – Esenzioni Ticket per patologia - Anno 2015

Esenzioni ticket per patologia anno 2011	Valore % sul totale delle esenzioni	% rispetto alla popolazione aziendale
malattia ipertensiva (I e II stadio O.M.S.)	32,7	10,2 %
malattia ipertensiva (II e III stadio O.M.)	19,6	6,1 %
soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne	8,5	2,7%
affezioni del sistema circolatorio	8,1	2,6%
ipotiroidismo congenito, ipotiroidismo acquisito (grave)	7,4	2,3%
altre patologie croniche	27,7	7,4%
TOTALE ESENZIONI		31,4%

I dati sopra riportati, fermo restando i limiti intrinseci alla metodologia di rilevazione sopra descritta, evidenziano come la malattia ipertensiva dal I al terzo stadio, costituisce la patologia cronica più diffusa tra la popolazione della ASM di Matera, colpendo più del 16% della popolazione.

2.2. L'AMMINISTRAZIONE

2.2.1. CHI SIAMO

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera è stata costituita nel 2009, in seguito all'aggregazione delle due Unità Sanitarie Locali della Provincia di Matera la ASL n. 4 di Matera e la ASL . 5 di Montalbano Jonico.

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

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

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

Essa eroga prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione attraverso strutture ospedaliere ed extra ospedaliere dislocate nel territorio della provincia di Matera.

L'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda sono disciplinati dall' Atto Aziendale formalizzato con deliberazione n. 773 del 19/05/2015, così come integrata da successive deliberazioni n. 1123 del 03/08/2015 e n. 1161 del 24/08/2015, approvata dalla Giunta Regionale con D.G.R. n. 1077 del 10/08/2015.

L'Atto Aziendale di diritto privato dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera disciplina il proprio assetto strutturale ed organizzativo, e, soprattutto, i suoi valori fondativi sulla base degli indirizzi assegnati dalla Giunta della Regione Basilicata.

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

I principali stakeholder dell'Azienda sono:

pazienti/utenti;

dipendenti;

istituzioni;

fornitori;

terzo settore.

2.2.2. L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

Sotto l'aspetto organizzativo il 2015 ha segnato una svolta per l'ASM, in quanto, in tale anno, a distanza di 5 anni, si è provveduto all'adozione dell'Atto Aziendale, (vedi delibere riportate nel paragrafo precedente). La riorganizzazione dell'ASM, definita nel documento programmatico sopra citato ed ispirata, tra l'altro, ai principi della tutela dei Livelli Essenziali di Assistenza, dell'efficacia delle cure, dell'efficienza produttiva, dell'appropriatezza clinica ed organizzativa, dell'equità di accesso alle prestazioni, ha tenuto conto delle disposizioni previste dalla normativa vigente, così come recepite nella programmazione regionale, ed in particolare si è conformata ai parametri standard per le Strutture Complesse, Semplici Dipartimentali e Semplici, definiti dalla Regione con D.G.R. n. 205/2015, oltre che alle disposizioni vincolanti contenute nell'Accordo Programmatico Interaziendale per la redazione dell'Atto Aziendale sottoscritto dai Direttori Generali delle Aziende del SSR e formalizzato con D.G.R. n. 624/2015.

Con deliberazione aziendale n. 1202 del 04/09/2015, di presa d'atto della approvazione da parte della Giunta Regionale di Basilicata dell'Atto Aziendale ASM, sono stati formalizzati i primi provvedimenti attuativi.

Il nuovo Atto Aziendale dell'ASM ha portato a coronamento in maniera definitiva il processo di unificazione delle due Aziende, ex ASL n. 4 di Matera e ex ALS n. 5 di Montalbano Jonico, confluite nell'ASM a partire dal 01/01/2009, accorpando tutte le strutture che erano rimaste duplicate nel vecchio organigramma aziendale ed uniformando tutte le procedure organizzative ed assistenziali presenti all'interno dell'Azienda.

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

L'Azienda aderisce al modello organizzativo integrato definito nell'Accordo Programmatico Interaziendale, condiviso tra i Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale della Basilicata, formalizzato con D.G.R. n. 624 del 14/05/2015, finalizzato alla riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità del Sistema Salute regionale, basato sui bisogni dei cittadini e nel rispetto di quattro principi fondamentali, quali la sicurezza, la qualità delle cure, l'efficienza e la sostenibilità del sistema. In conformità agli indirizzi ed alle indicazioni contenute nel suddetto Accordo Programmatico Interaziendale, gli obiettivi di salute vanno perseguiti attraverso:

- la concentrazione delle attività ospedaliere complesse e a bassa incidenza all'Hub regionale individuato nell'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo di Potenza con potenziamento della funzione di eccellenza;
- la valorizzazione del ruolo dell'IRCCS CROB quale riferimento oncologico e della ricerca biomedica;
- la riorganizzazione e il potenziamento della rete emergenza extra ed intra ospedaliera;
- il mantenimento e/o sviluppo attività ad alta incidenza e a bassa complessità negli ospedali distrettuali;
- la riconversione dei posti letto ospedalieri in posti letto distrettuali (Presidi Ospedalieri Distrettuali, strutture intermedie);
- il potenziamento della rete di assistenza territoriale con lo sviluppo della Casa Salute;
- le azioni congiunte per la riduzione dei costi di gestione anche attraverso la messa in comune dei servizi tecnici ed amministrativi.

L'impianto organizzativo adottato dall'Azienda si fonda sulla netta distinzione tra funzioni direzionali relative al potere di indirizzo strategico, al governo ed al controllo e funzioni gestionali, tecniche e di erogazione delle prestazioni, con chiara determinazione delle competenze e delle responsabilità della direzione generale e strategica dell'Azienda e competenze e responsabilità della dirigenza dei vari livelli organizzativi e operativi.

Il modello organizzativo adottato dall'Azienda Sanitaria Locale di Matera si ispira ai seguenti principi:

- separazione della funzione di committenza dalla funzione di produzione delle prestazioni;
- adozione dell'organizzazione dipartimentale quale modello ordinario per la gestione operativa di tutte le attività aziendali;

- assunzione del modello di rete integrata di persone, strutture, servizi, tecnologie e processi, finalizzata al soddisfacimento di tutte le parti interessate al più alto livello possibile, compatibilmente con la complessità e la sostenibilità del sistema stesso;
- adesione al modello organizzativo integrato definito nell'Accordo Programmatico Interaziendale, formalizzato con D.G.R. n. 624 del 14/05/2015, i cui strumenti sono rappresentati da:
 - o Dipartimenti Assistenziali Interaziendali;
 - o Reti Integrate Interaziendali;
 - o Strutture Complesse Interaziendali;
 - o Coordinamenti o Programmi Interaziendali.

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

- realizzazione di un modello organizzativo e procedurale flessibile finalizzato a massimizzare la capacità dell'Azienda di rispondere con efficacia alla complessità ed alla dinamicità intrinseche al sistema sanitario;
- caratterizzazione strutturale e funzionale finalizzata alla realizzazione di una azienda "corta", "snella", a schema operativo tendenzialmente "orizzontale e integrato" con poca distanza fra vertice strategico e nucleo operativo;
- responsabilizzazione diffusa ai vari livelli della dirigenza aziendale, con la valorizzazione ed il coinvolgimento attivo delle risorse professionali nella logica del "management diffuso" che assicura visibilità sia dei risultati raggiunti sia dei conseguenti meccanismi di riconoscimento formale. In tal senso è obiettivo dell'Azienda favorire la crescita professionale delle proprie risorse umane attraverso la definizione di idonei percorsi di carriera;
- valorizzazione, potenziamento e omogeneizzazione dei processi di integrazione Ospedale – Territorio, attraverso la definizione e l'implementazione di specifici percorsi diagnostico-terapeutici integrati e multidisciplinari;
- aggregazione del maggior numero di specialità per aree funzionali omogenee secondo criteri di affinità e complementarietà delle unità operative, e per strutture multipresidio, a dimensione multiprofessionale e polispecialistica, comprendendo l'area clinico-assistenziale medica, l'area clinico-assistenziale chirurgica e l'area dei servizi diagnostici e tecnologici;
- individuazione dei centri di responsabilità e realizzazione dell'autonomia loro attribuita e delle corrispondenti responsabilità organizzativa, gestionale e tecnico-professionale, clinica e di budget;
- determinazione delle dotazioni organiche correlate all'effettivo fabbisogno quali/quantitativo del personale in ragione dell'evoluzione dell'attività aziendale e della razionalizzazione dei servizi, nel rispetto dei vincoli e delle indicazioni definite dalla programmazione nazionale e regionale;
- adozione di strumenti e meccanismi di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati;
- valorizzazione delle risorse umane e professionali presenti nell'Azienda con rispetto delle pari opportunità tra uomo e donna;
- attivazione di sistemi di comunicazione interna ed esterna anche a garanzia della imparzialità e trasparenza dell'azione amministrativa, fatta salva la riservatezza riguardo al trattamento dei dati sensibili di cui alle leggi vigenti;
- sviluppo delle attività che consentano l'acquisizione di risorse finanziarie proprie anche mediante sperimentazioni.

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

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

L'organizzazione aziendale si articola in quattro macrolivelli:

- la direzione strategica, composta dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, a cui compete l'esercizio delle funzioni strategiche;

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

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

- Dipartimenti;
- Strutture Complesse (Unità Operative Complesse – U.O.C.);
- Strutture Semplici a valenza dipartimentale (Unità Operative Dipartimentali – U.O.S.D.);
- Strutture Semplici (Unità Operative Semplici sub articolazioni di strutture complesse – U.O.S.);
- Servizi (sub articolazioni di strutture e/o aree di attività affidate a personale dirigente).

L'impianto organizzativo aziendale si uniforma a quello previsto per le Aziende del Servizio Sanitario Regionale, assumendo la forma e la logica della rete.

L'Azienda sviluppa il modello dipartimentale di cui all'art. 29 della L.R. 31 agosto 2001 n. 39 aggregando il maggior numero di specialità per aree funzionali omogenee (AFO) e per strutture multi-presidio comprendendo in ogni caso l'area clinico-assistenziale medica, l'area clinico-assistenziale chirurgica e l'area dei servizi diagnostici e tecnologici.

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

L'individuazione dei dipartimenti che garantiscono l'offerta di prestazione per i tre livelli essenziali di assistenza, viene effettuata tenendo conto:

- dei mutevoli bisogni assistenziali;
- degli intervenuti e successivi atti della programmazione nazionale o regionale;
- delle variabili modalità dei percorsi diagnostici e di cura;
- delle strategie regionali, miranti ad assecondare e potenziare ambiti di attività clinico-assistenziale da attuarsi conseguentemente ad esiti di ricerca e sviluppo, ovvero di produzioni che assumono carattere di particolare rilevanza sia in termini qualitativi che quantitativi.

Detti elementi determinano la necessità di nuovi assetti organizzativi, più consoni ed adeguati rispetto ai bisogni ed alle finalità che si intendono perseguire, comportando diversi dimensionamenti dei dipartimenti sia nel numero che nelle funzioni e tipologie.

In particolare, coesistono dipartimenti definibili essenzialmente come **dipartimenti strutturali** e ritenuti adeguati per rispondere agli obiettivi definiti in ciascuna azienda, con i dipartimenti **cosiddetti funzionali**, caratterizzati da funzioni trasversali e per processi.

Tali innovazioni organizzative, che si caratterizzano per la loro capacità di fronteggiare con maggiore adeguatezza la dinamicità e repentinità dei cambiamenti in sanità, mirano anche a modificare profondamente le logiche interne all'attuale sistema e sviluppare una organizzazione non più solo verticistica ma anche "orizzontale" delle attività, garantendo in tal modo un aumento del grado di collaborazione e partecipazione.

Su tali modelli funzionali si strutturano i **"Dipartimenti Interaziendali"** e le **"Reti Integrate Interaziendali"** intese quale insieme di professionisti, strutture, tecnologie e processi, finalizzate al soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione di riferimento, compatibilmente con la complessità e la sostenibilità del sistema stesso. Le reti integrate dei servizi hanno l'obiettivo di garantire ai cittadini la migliore qualità assistenziale nell'erogazione dei servizi disponibili nei diversi ambiti territoriali del sistema sanitario regionale, assicurando equità di accesso, efficienza operativa e nell'allocazione delle risorse ed efficacia complessiva degli esiti sulla salute.

2.2.3. LE RISORSE UMANE

Le risorse umane, assieme a quelle finanziarie, sono fondamentali per il compimento della mission aziendale.

Seppure con una riduzione rilevante della dotazione organica rispetto al passato, l'ASM dispone di risorse umane che popolano in numero adeguato le strutture organizzative, con ruoli e profili professionali diversi, secondo una distribuzione congrua all'espletamento degli specifici compiti e attribuzioni per ciascuna area strategica.

La tabella che segue rappresenta la distribuzione del personale per area e per i diversi ruoli al 31.12.2015.

	M	F	Totale
Dirigenza Medica	268	145	413
Dirigenza Sanitaria	15	38	53
Dirigenza Veterinaria	34	2	36
Personale Infermieristico	265	679	944
OSS/OOTA	51	152	203
Comparto (Restante personale sanitario)	86	103	189
Dirigenza PTA	8	9	17
Comparto (PTA)	280	169	449
Totale ASM	1007	1297	2304

Fonte: Ufficio del personale ASM.

La tabella seguente illustra, invece, dati relativi alla distribuzione del reddito e demografica.

Stipendio medio totale dipendenti	2.749,52
stipendio medio dirigenti donna	4.550,94
Stipendio medio- non dirigenti-donna	1.876,72
% personale assunto a tempo indeterminato	93,75%
% di donne/totale dipendenti	56,29%
% di dirigenti donne	37,38%
Età media dirigenti donna	50
Età media non dirigenti donna	49

Fonte: Ufficio del personale ASM, 2015.

2.2.4. L' ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'ASM ha ereditato dalle ex ASL in essa confluite la gestione di 3 Presidi Ospedalieri: il P.O. di Matera, l'Ospedale di Tricarico e il Presidio Ospedaliero Unificato di Policoro, quest'ultimo composto a sua volta dai 3 plessi di Policoro, Stigliano e Tinchi.

Il processo di riorganizzazione della rete ospedaliera, avviato in questi ultimi anni dall'Azienda e tuttora in corso, in conformità agli indirizzi programmatici regionali, prevede una netta differenziazione tra l'assistenza ospedaliera per acuti e quella di tipo territoriale/distrettuale.

La prima è erogata da 2 presidi a gestione diretta, secondo un modello funzionale di rete integrata e attraverso il seguente assetto strutturale:

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

La seconda è erogata dai seguenti Ospedali Distrettuali:

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

Nelle more del completamento della disciplina del sistema regionale di autorizzazione / accreditamento per le strutture pubbliche, questa Azienda ha posto in essere tutti gli adempimenti previsti a tale scopo dalle DD.GG.RR. n. 1228/06 e 1598/06, in ordine al procedimento di autorizzazione-accreditamento istituzionale per le strutture pubbliche, ponendo in essere le attività necessarie alla definizione del processo di adeguamento delle stesse strutture sanitarie ai requisiti prescritti dalla vigente normativa.

Nello specifico, coerentemente con gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali con D.G.R. n. 606/2010, l'ASM ha provveduto a:

- ottenere l'autorizzazione / accreditamento per l'intero Presidio Ospedaliero di Matera
- ottenere l'autorizzazione / accreditamento per l'Ospedale di Tricarico con specifico riferimento alla sperimentazione gestionale pubblico – privato con la Fondazione Don Gnocchi in merito alle attività di riabilitazione
- richiedere l'autorizzazione / accreditamento per la Diagnostica per immagini dell'Ospedale di Policoro
- implementare il manuale di gestione sistema qualità aziendale
- attuare le verifiche dei requisiti di accreditamento attraverso attività sperimentali di pre-audit propedeutici ai sopralluoghi definitivi programmati dalla Regione
- contestualizzare e mettere a regime nella realtà aziendale la checklist ministeriale per la sicurezza nella Sala Operatoria
- definire ed implementare una proposta di pre-audit sui percorsi "paziente chirurgico" e "medicina di laboratorio".

I dati relativi al numero di strutture a gestione diretta sono coerenti con quelli complessivamente desumibili dai modelli HSP.11

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

Al 31/12/2015, i posti letto effettivi complessivi degli Ospedali per acuti della ASM ammontano a 492, di cui 401 ordinari e 91 DH/DS, distribuiti secondo lo schema riportato nella seguente tabella.

Tabella 2.3 – Posti letto per acuti direttamente gestiti

OSPEDALI PER ACUTI	ORDINARI	DH/DS	TOTALI
Presidio Ospedaliero Matera	300	72	372
Presidio Ospedaliero Policoro	101	19	120
TOTALE	401	91	492

Fonte. Relazione sulla gestione Anno 2015,

Al 31/12/2015, i posti letto complessivi effettivi degli Ospedali distrettuali della ASM ammontavano a 131, di cui 129 ordinari e 2 DH, distribuiti secondo lo schema riportato nella seguente tabella.

Tabella 2.4 – Posti letto ospedali distrettuali direttamente gestiti

OSPEDALI DISTRETTUALI	ORDINARI	DH/DS	TOTALI
Ospedale Tricarico	97	2	99
Ospedale Stigliano (Hospice)	32		32
Ospedale Tinchi			
TOTALE	129	2	131

Fonte. Relazione sulla gestione Anno 2015

2.2.5. L' ASSISTENZA TERRITORIALE

L'assistenza territoriale dell'ASM, nelle varie branche di attività in cui essa si articola, è erogata sia mediante presidi a gestione diretta, sia mediante strutture convenzionate. Nello specifico con riferimento alle strutture a gestione diretta si riporta il numero di strutture erogatrici per singola branca di attività assistenziale:

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

Questa Azienda, inoltre, a partire dal 2009, ha avviato una gestione integrata delle attività riabilitative e della RSA, che si qualifica come una sperimentazione gestionale nell'ambito della collaborazione pubblico – privato e che si esplica attraverso l'intervento coordinato e sinergico della Fondazione ONLUS Don Gnocchi e della ASL di Matera presso il Polo Riabilitativo situato nel monoblocco dell'Ospedale di Tricarico.

Le attività del Polo Riabilitativo consistono in:

- 48 posti letto per riabilitazione (cod. 56), di cui 46 ordinari e 2 dh
- 16 posti letto per lungodegenza riabilitativa (cod. 60)
- 20 posti letto per R.S.A. per anziani non autosufficienti e con prevalenza di problematiche neurodegenerative e dementigene: nel 2014 vi è stato l'incremento di altri 2 posti letto destinati a pazienti solventi in proprio, oltre alla riconversione di 10 dei posti letto dal codice R3 medio-bassa

intensità al codice R3 elevata intensità (deliberazione aziendale n. 838/2014), in ottemperanza alle linee di indirizzo programmatiche regionali

- attività ambulatoriali per disabilità importanti e con esiti permanenti nonché per disabilità minimali e transitorie

Oltre al Polo Riabilitativo di Tricarico altro centro di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 gestito direttamente dall'Azienda è l'U.O. di Neuropsichiatria Infantile Territoriale che eroga attività di riabilitazione neuropsichiatrica infantile in regime ambulatoriale.

Con riferimento alle strutture convenzionate, vi sono:

- N. 4 Centri Privati Accreditati che erogano attività di diagnostica strumentale e per immagini
- N. 7 Centri Privati Accreditati che erogano attività di laboratorio
- N. 6 Centri Privati accreditati che erogano attività di Fisiokinesi Terapia
- N. 11 Case Alloggio e/o Gruppi Appartamento che erogano attività residenziale di assistenza ai disabili psichici
- N. 1 Medico singolo convenzionato che eroga attività clinica.

Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art. 26 L. 833/78 sono 4, di cui 3 erogano attività di assistenza riabilitativa ambulatoriale, extramurale e/o domiciliare ed 1, oltre alle precedenti, anche attività di tipo semiresidenziale.

- Nei primi mesi del 2015, prima tra le Aziende Sanitarie meridionali, l'ASM di Matera ha completato la **realizzazione presso Tinchi della R.E.M.S. (Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza)**, avvenuta in soli 100 giorni, con il supporto finanziario della Regione Basilicata. Tale intervento che ha consentito alla Regione Basilicata di essere la prima regione del meridione ad aver rispettato la tabella di marcia avviata dal Decreto Legge n. 211/2011 sulla chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e la loro riconversione in residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza.

La R.E.M.S. realizzata a Tinchi, nel rispondere all'obiettivo prioritario di curare e ridare dignità a particolari categorie di pazienti psichiatrici, si candida a diventare una struttura in grado di rispondere non solo ad un preciso obbligo di legge, ma una buona prassi nel panorama italiano quanto ad efficienza della struttura, realizzata davvero in tempi record, e capacità di favorire il reinserimento sociale dei pazienti cui è rivolta. La R.E.M.S., infatti, vuole aprirsi all'esterno, curare e riabilitare, attraverso la continua interazione degli operatori con il mondo esterno, le associazioni di volontariato e tutti i soggetti coinvolti nei progetti di terapia e riabilitazione.

A tale scopo la ASM in collaborazione con la Regione ha messo su una vera e propria struttura di missione: 2 psichiatri, 1 psicologo, 1 assistente sociale e altro personale di supporto, il tutto sotto la vigilanza e previa autorizzazione del Magistrato di Sorveglianza.

La struttura, concessa in comodato d'uso dal Comune di Pisticci alla ASM, è costata 1,350 milioni di euro, di cui 1 milione per i lavori di ristrutturazione e 350 mila euro per arredi e tecnologie. Si tratta di 1000 mq di spazi interni, oltre 500 mq di giardino e 1300 mq di spazi esterni e parcheggi, per una struttura, in grado di ospitare sino a 10 pazienti, totalmente ecocompatibile, dotata dei più moderni sistemi di sicurezza e di benessere ed idonea ad assolvere a pieno la sua funzione di luogo di recupero e reinserimento sociale.

Con riferimento all'evoluzione del processo di accreditamento delle strutture territoriali a gestione diretta valgono le stesse considerazioni effettuate in merito alle strutture che erogano assistenza ospedaliera, contenute in precedente punto del presente documento, a cui, per ogni buon conto si rimanda.

I Centri Privati convenzionati risultano regolarmente accreditati secondo la normativa regionale vigente, **ivi compreso il Polo Riabilitativo di Tricarico.**

Per le attività di Medicina Generale, nell'Azienda operano mediante 176 Medici di Medicina Generale e 25 Pediatri di Libera Scelta.

Sul territorio aziendale operano 33 postazioni di continuità assistenziale con 124 medici dedicati in rapporto di convenzione con l'Azienda.

Sul territorio aziendale, inoltre, sono dislocate in punti geografici strategici, 14 postazioni di 118, con 16 medici dell'Emergenza Territoriale dedicati in rapporto di convenzione con l'Azienda.

2.2.6. LA PREVENZIONE

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

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

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

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

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

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

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

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

- Cervico Uterino
- Mammografico
- Colon – retto

2.3. I RISULTATI RAGGIUNTI

2.3.1. RISULTATI RAGGIUNTI IN RIFERIMENTO ALL' ASSETTO ORGANIZZATIVO

Il nuovo Atto Aziendale dell'ASM ha portato a coronamento in maniera definitiva il processo di unificazione delle due Aziende, ex ASL n. 4 di Matera e ex ALS n. 5 di Montalbano Jonico, confluite nell'ASM a partire dal 01/01/2009, accorpando tutte le strutture che erano rimaste duplicate nel vecchio organigramma aziendale ed uniformando tutte le procedure organizzative ed assistenziali presenti all'interno dell'Azienda.

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

In particolare, l'adeguamento agli standard definiti con la su richiamata D.G.R. n. 205/2015, ha prodotto una revisione strutturale degli assetti organizzativi dell'ASM, che ha comportato:

- la soppressione di 19 strutture complesse nella fase immediata transitoria, che diventano 27 a regime
- la soppressione di 120 strutture semplici nella immediata fase transitoria, che diventano 128 a regime
- la soppressione di 15 posizioni organizzative nella immediata fase transitoria, che diventano 20 a regime
- la soppressione di 25 coordinamenti nella immediata fase transitoria, che diventano 38 a regime.

Nello specifico nell'Atto Aziendale sono state analiticamente individuate, oltre ai Dipartimenti, 60 Strutture Complesse nella fase transitoria, che diventano 52 a regime, e 57 Strutture Semplici Dipartimentali nella fase transitoria, che diventano 53 a regime, rimandando a successivo provvedimento l'individuazione delle Strutture Semplici.

Il nuovo assetto organizzativo delineato dall'Atto Aziendale in applicazione degli standard sopra citati, consente all'Azienda di ridurre in maniera significativa i propri costi.

Nel pieno rispetto della tempistica prevista nell'Atto Aziendale, quest'Azienda, con deliberazione n. 1350 del 06/10/2015, ha provveduto ad approvare il Regolamento per la graduazione delle funzioni dirigenziali, concernente la disciplina delle procedure di affidamento, conferma e revoca degli incarichi di:

- Direzione di Dipartimento
- Direzione di Struttura complessa (S.C. o U.O.C.)
- Responsabilità di Struttura Semplice Dipartimentale (S.S.D. o U.O.S.D.)
- Responsabilità di Struttura Semplice (S.S. o U.O.S.)
- Natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, verifica e controllo
- incarichi professionali di base

Si è proceduto alla nomina dei nuovi Direttori di Dipartimento, (deliberazione n. 1343 del 03/10/2015).

La ASM ha approvato lo schema di Accordo tra i Direttori Generali di ASM, ASP, IRCCS CROB e AOR San Carlo, per l'attivazione dei Dipartimenti e delle Strutture Complesse Interaziendali. (deliberazione n. 1462 del 29/10/2014).

Pertanto si è provveduto per **la Dirigenza:**

- all'indizione di n. 51 avvisi interni per il conferimento di incarichi di responsabile di Struttura Semplice Dipartimentale, (deliberazione n. 1429 del 20/10/2015)
- all'istituzione di n. 17 Strutture Semplici, approvando la proposta formulata dal Collegio Di Direzione nella seduta del 22/10/2015, nel pieno rispetto dei principi della trasparenza e condivisione delle scelte, (deliberazione n. 1431 del 23/10/2015).
- all'indizione di complessivi n. 18 avvisi interni per il conferimento di incarichi di responsabile di Struttura Semplice, (deliberazione n. 1476 del 02/11/2015 e n. 1478 del 03/11/2015).

Per il **personale del comparto** (individuazione delle Posizioni Organizzative e Coordinamenti):

- alla presa d'atto delle modifiche applicative del Regolamento aziendale per la pesatura degli incarichi di P.O. e del bando per l'avviso di conferimento degli incarichi, approvando gli Accordi sottoscritti con le OO.SS. e la R.S.U. (deliberazione n. 1323 del 30/09/2015).
- con successiva deliberazione n. 1352 del 06/10/2015, oltre a modificare ed integrare la su richiamata deliberazione aziendale n. 1323/2015, si è provveduto all'indizione di avviso interno di conferimento incarichi di P.O. nel triennio 2016 – 2018.
- alla presa d'atto delle modifiche applicative del Regolamento aziendale per la disciplina degli incarichi delle funzioni di Coordinamento e del bando per l'avviso interno di conferimento degli incarichi, approvando gli Accordi sottoscritti con le OO.SS. e la R.S.U. per l'individuazione delle funzioni di Coordinamento, (deliberazione n. 1322 del 30/09/2014).
- all'indizione di avviso per la selezione interna per il conferimento incarichi di funzione di coordinamento delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecnico sanitarie, riabilitative, della prevenzione e sociale anno 2016, (delibera 1351 del 06/10/2015).

Fino alla fine dell'anno sono state completate tutte le procedure propedeutiche al conferimento degli incarichi sopra menzionati, dando piena attuazione al nuovo assetto funzionale ed organizzativo definito dall'Atto Aziendale, nel pieno rispetto dei tempi e delle disposizioni contenute nella normativa vigente.

In ottemperanza a quanto previsto dai CC.CC.NN.LL., sono stati attribuiti al personale appartenente alle categorie del ruolo del Comparto alcuni incarichi professionali individuati come Posizioni Organizzative e Coordinamenti per l'esercizio di funzioni professionali caratterizzate da un elevato grado di esperienza ed autonomia gestionale ed organizzativa o lo svolgimento di attività con contenuti di alta professionalità e specializzazione.

2.3.2. RISULTATI RAGGIUNTI IN RIFERIMENTO AL MODELLO ORGANIZZATIVO DIPARTIMENTALE

L'ASM di Matera ha adottato l'organizzazione dipartimentale come il modello ordinario di gestione operativa di tutte le proprie attività, in conformità all'art.17 bis del D.Lgs. 502/92 così come modificato ed integrato dal Decreto legislativo 229/99, e recepito dall'art. 29 della L.R. 39/2001.

Il Dipartimento è una Macrostruttura Organizzativa di Coordinamento e di Direzione, costituita da una pluralità di Unità Organizzative, omogenee, affini o complementari che, pur mantenendo la propria autonomia e le proprie responsabilità gestionali e professionali, perseguono finalità comuni e sono, quindi, tra loro funzionalmente interdipendenti.

Il Dipartimento aggrega strutture complesse e strutture semplici a valenza dipartimentale; queste ultime espletano attività e funzioni non convenientemente esercitabili da strutture complesse già esistenti, o per attività svolte a favore di una pluralità di strutture complesse. Le altre strutture semplici, quali articolazioni di quelle complesse, sono già comprese nella struttura principale aggregata.

I Dipartimenti sono strutturali, funzionali, interaziendali; in ogni caso rappresentano il modello operativo dell'Azienda e svolgono attività professionali e gestionali mediche, tecnico-sanitarie e tecnico-amministrative. Ad essi sono assegnate le risorse necessarie all'assolvimento delle funzioni attribuite.

Le strutture afferenti al Dipartimento mantengono la propria autonomia e responsabilità nell'ambito di un modello gestionale ed organizzativo comune volto a fornire una risposta unitaria, efficiente e completa alle richieste di prestazioni degli utenti interni ed esterni.

A tal fine ciascun Dipartimento ha adottato codici di comportamento uniformi per quanto riguarda in particolare gli aspetti clinico assistenziali, didattici, di ricerca, etici, medico-legali, giuridici ed economico-finanziari. I Dipartimenti svolgono attività di programmazione, coordinamento, di indirizzo di direzione e di valutazione dei risultati conseguiti nell'area omogenea di competenza.

Gli obiettivi perseguiti attraverso la realizzazione dell'organizzazione dipartimentale sono:

- la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche, dei posti letto, dei materiali di consumo e dei servizi sanitari intermedi;

- il miglioramento dell'efficienza gestionale dei processi di coordinamento e di controllo, della qualità delle prestazioni erogate, del livello di umanizzazione delle strutture interne al singolo Dipartimento, del rapporto tra Direzione Generale e Direzione delle singole strutture;
- il miglioramento e l'integrazione dell'attività di formazione e aggiornamento;
- la razionalizzazione e lo sviluppo dei percorsi diagnostici e terapeutici e di quelli volti a garantire la continuità assistenziale anche all'esterno dei Dipartimenti;
- la gestione del budget.

Le finalità e gli obiettivi dei Dipartimenti si sono realizzati attraverso:

- le attività di coordinamento e di indirizzo rivolta alle strutture ed ai servizi ad esso afferenti;
- la valutazione e verifica del servizio, al fine di migliorare il livello delle attività svolte ottimizzando le potenzialità operative;
- l'integrazione nelle competenze specifiche e tecniche dei singoli operatori;
- la promozione dell'attività di ricerca, di didattica e di aggiornamento di tutti gli operatori;
- il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia del servizio per l'utente;
- la negoziazione con la Direzione Aziendale degli obiettivi, delle risorse e degli interventi necessari per una corretta ed idonea gestione della attività propria.
- delle strategie regionali, miranti ad assecondare e potenziare ambiti di attività clinico-assistenziale da attuarsi conseguentemente ad esiti di ricerca e sviluppo, ovvero di produzioni che assumono carattere di particolare rilevanza sia in termini qualitativi che quantitativi.

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

Si riporta di seguito l'articolazione organizzativa dell'ASM attuata per la fase transitoria dall'Atto Aziendale:

Dipartimento Multidisciplinare Medico	
U.O.C. Cardiologia e UTIC Matera	U.O.S.D. UTIR
U.O.C. Cardiologia e UTIC Policoro	U.O.S.D. Oncologia Medica
U.O.C. Medicina Generale Matera	U.O.S.D. Degenza Cardiologia
U.O.C. Medicina Generale Policoro	U.O.S.D. UTIC Matera
U.O.C. Nefrologia - dialisi e Centro Regionale Trapianti d'Organo	U.O.S.D. Dialisi e Ambulatorio Nefrologia clinica Matera
U.O.C. Neurologia	U.O.S.D. UTIC Policoro
U.O.C. Pneumologia	U.O.S.D. Reumatologia
U.O.C. Geriatria	U.O.S.D. Scompensio Cardiaco e Cardiologia Riab.
U.O.C. Endocrinologia	U.O.S.D. Dialisi Tinchi
U.O.C. Diabetologia e Malattie Metaboliche	U.O.S.D. Diabetologia Territoriale
U.O.C. Ematologia	U.O.S.D. Stroke Unit
U.O.S.D. Epatologia	U.O.S.D. Coordinamento Regionale Trapianti

Dipartimento Emergenza Accettazione	
U.O.C. Anestesia e rianimazione Matera	U.O.S.D. Coordinamento Attività Anestesiologiche
U.O.C. Anestesia e rianimazione Policoro	U.O.S.D. Terapia Intensiva Generale
U.O.C. Pronto Soccorso Matera	U.O.S.D. Gestione Emergenza Accettazione
U.O.C. Pronto Soccorso Policoro	

Dipartimento Multidisciplinare Chirurgico	
U.O.C. Chirurgia Generale Matera	U.O.S.D. Chirurgia Urologica Endoscopica
U.O.C. Chirurgia Generale Policoro	U.O.S.D. Gestione Integrata Patologie Oftalmiche
U.O.C. Ortopedia Matera	U.O.S.D. Gastroenterologia Interventistica
U.O.C. Ortopedia Policoro	U.O.S.D. Day Surgery Ortopedia

U.O.C. Otorinolaringoiatria	U.O.S.D. Chirurgia Senologica
U.O.C. Oculistica	U.O.S.D. Traumatologia e Patologia della Colonna Vertebrale
U.O.C. Urologia	U.O.S.D. Endoscopia Digestiva
U.O.C. Chirurgia Plastica	U.O.S.D. Vestibologia e Gestione Integrata Attività di Otorinolaringoiatria
U.O.C. Chirurgia Vascolare	

Dipartimento Servizi Diagnostici e di Supporto

U.O.C. Patologia Clinica Matera	U.O.S.D. Laboratorio di Genetica
U.O.C. Patologia Clinica Policoro	U.O.S.D. Laboratorio Analisi Tinchì
U.O.C. Radiologia Matera	U.O.S.D. Senologia Diagnostica
U.O.C. Radiologia Policoro	
U.O.C. Radiologia Tricarico	
U.O.C. Anatomia Patologica	
U.O.C. Servizio Immunotrasfusionale	
U.O.C. Farmacia Ospedaliera	

Dipartimento Materno Infantile

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

Dipartimento Salute Mentale

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

Dipartimento Integrazione Ospedale - Territorio

U.O.C. Direzione Sanitaria Ospedali per Acuti	U.O.S.D. Direzione Sanitaria Policoro
U.O.C. Direzione Distretto Matera	U.O.S.D. Area Cronicità: Integrazione Ospedale - Territorio
U.O.C. Direzione Distretto Bradanica - Medio Basento	U.O.S.D. Gestione rapporti MMG/PLS
U.O.C. Medicina Fisica e Riabilitazione	U.O.S.D. Coordinamento Attività di Gestione Appropriata Percorsi Riabilitativi
U.O.C. Direzione Distretto Collina Materana - Metapontina.	U.O.S.D. Coordinamento attività Domiciliari e Palliative e Ricoveri
U.O.C. Lungodegenza Medica Stigliano	U.O.S.D. Lungodegenza Tricarico
	U.O.S.D. Nutrizione Clinica e Dietologia
	U.O.S.D. Cure Palliative - Hospice
	U.O.S.D. Servizio Farmaceutico territoriale
	U.O.S.D. Pneumologia Territoriale

--	--

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

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

Dipartimento Amministrativo	
U.O.C. Direzione Gestione e Sviluppo Risorse Umane	U.O.S.D. Gestione Bilancio
U.O.C. Direzione Economico - Finanziaria	
U.O.C. Direzione Attività Tecniche e Gestione del Patrimonio	
U.O.C. Direzione Provveditorato ed Economato	
U.O.C. Direzione Attività Amministrative Ospedaliere DEA I Livello	
U.O.C. Direzione Attività Amministrative Ospedaliere PSA	
U.O.C. Direzione Attività Amministrative Distrettuali	

Staff Direzione Sanitaria	
U.O.S.D. Medicina Legale e Gestione del Rischio Clinico	U.O.S.D. Qualità, Accreditamento e Servizio Professioni Sanitarie e Sociali

Staff Direzione Generale	
U.O.S.D. Gestione Affari Generali e Legali	U.O.S.D. Formazione - ECM - Tirocini
U.O.S.D. Programmazione e Controllo di Gestione - Centro di Controllo Strategico	U.O.S.D. Gestione Adempimenti Amministrativi Direzioni Sanitarie Ospedaliere
U.O.S.D. Servizio Informativo Aziendale	U.O.S.D. URP - Comunicazione - Ufficio Stampa - Privacy

LEGENDA: U.O.C. Unità Operativa Complessa -- U.O.S.D. Unità Operativa Semplice Dipartimentale

2.3.3. RISULTATI RAGGIUNTI IN RIFERIMENTO ALL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI OFFERTI ALLA POPOLAZIONE

L'ASM ha ereditato dalle ex ASL in essa confluite la gestione di 3 Presidi Ospedalieri: il P.O. di Matera, l'Ospedale di Tricarico e il Presidio Ospedaliero Unificato di Policoro, quest'ultimo composto a sua volta dai 3 plessi di Policoro, Stigliano e Tinchi.

Il processo di riorganizzazione della rete ospedaliera, avviato in questi ultimi anni dall'Azienda e tuttora in corso, in conformità agli indirizzi programmatici regionali, prevede una netta differenziazione tra l'assistenza ospedaliera per acuti e quella di tipo territoriale/distrettuale.

La prima è erogata da 2 presidi a gestione diretta, secondo un modello funzionale di rete integrata e attraverso il seguente assetto strutturale:

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

La seconda è erogata dai seguenti Ospedali Distrettuali:

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

Al 31/12/2015, i posti letto effettivi complessivi degli Ospedali per acuti della ASM ammontano a 492, di cui 401 ordinari e 91 DH/DS, distribuiti secondo lo schema riportato nelle tabelle 2.3. e 2.4 a pagina 20 della presente relazione.

L'obiettivo prioritario nell'ambito dell'assistenza ospedaliera perseguito dall'ASM nel 2015 ha riguardato il consolidamento del processo di riorganizzazione della propria rete ospedaliera, in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 20 della L.R. n. 17 del 4 agosto 2011 ed in conformità agli indirizzi programmatici definiti dal Piano Regionale Integrato della Salute e dei Servizi alla Persona e alla Comunità 2012 – 2015, approvato dal Consiglio Regionale con Delibera n. 317 del 24/07/2012.

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

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

Lungo le suddette direttrici si è sviluppata l'azione strategica dell'ASM nel corso 2015, per alcuni versi in continuità rispetto al processo già avviato negli ultimi anni, per altri versi introducendo elementi di discontinuità nell'ambito della programmazione, con specifico riferimento al **"Piano Strategico Matera – Sanità 2019"**, attraverso il quale sono state definite le linee portanti del processo di riorganizzazione da porre in essere per adeguarsi ai mutamenti degli scenari sopra accennati, con il relativo fabbisogno di risorse richieste.

Nello specifico, il percorso di riorganizzazione ha raggiunto una fase di avanzato sviluppo, dopo aver superato le prevedibili difficoltà legate al processo di riconversione delle strutture sanitarie. In particolare, nel 2015 vi è stato, da una parte, il consolidamento delle attività assistenziali previste dai piani attuativi, che vedono:

- l'Ospedale Distrettuale di Tricarico caratterizzarsi per le attività di Lungodegenza Medica, gestita direttamente, e per quelle di Riabilitazione nelle forme della Degenza Intensiva Riabilitativa e della Lungodegenza Riabilitativa, gestite queste ultime attraverso la sperimentazione gestionale pubblico – privato con la Fondazione Don Gnocchi;
- l'Ospedale Distrettuale di Stigliano caratterizzarsi per le attività di Lungodegenza Medica, oltre ad essere sede di Hospice;
- la programmazione di attività per l'Ospedale Distrettuale di Tinchì, che andranno ad integrare quelle attualmente presenti, così come più avanti meglio esplicitato.

E' stato avviato un percorso graduale di cambiamento di approccio nell'organizzazione ospedaliera, coerente con le evoluzioni del quadro demografico (aumento del numero di anziani) epidemiologico (aumento dei pazienti cronici e con più patologie) e socio-economico (scarsità delle risorse a disposizione con forti pressioni al contenimento dei costi), contrassegnato da una logica che privilegia la strutturazione dell'organizzazione dell'ospedale intorno al bisogno del paziente adottando un sistema basato su intensità e natura della cura con aree disciplinari integrate dove la persona compie un percorso.

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

Accanto a questo percorso programmatico, per così dire ordinario, nel corso del 2015 se ne è aggiunto un altro, di natura straordinaria, che trova le sue origini, già a fine 2014, con un evento eccezionale, rappresentato dalla nomina della Città di Matera a Capitale Europea della Cultura 2019, che ha catapultato la provincia di Matera e, in maniera più allargata, la regione Basilicata, in una nuova dimensione, destinata a produrre significativi mutamenti nelle dinamiche della domanda di servizi sanitari, sia sotto il profilo qualitativo che sotto quello quantitativo, in considerazione del nuovo scenario che si delinea alla luce del notevole incremento dei flussi turistici, già in forte espansione, che si prevede di avere nei prossimi anni e del nuovo complesso di bisogni socio - assistenziali ad essi correlati.

2.3.4. I RISULTATI RAGGIUNTI IN RIFERIMENTO ALLA RICONVERSIONE DEGLI OSPEDALI DISTRETTUALI

Il processo di riconversione degli Ospedali Distrettuali Aziendali è funzionale al ruolo assegnato ai singoli Ospedali dalla programmazione regionale ed è coerente con gli scenari attuali e futuri che esaltano la valenza strategica dei piccoli ospedali nei percorsi della fragilità, della cronicità, della prevenzione, della riabilitazione, della lungodegenza, della continuità assistenziale, nell'ambito della integrazione ospedale – territorio e del sistema dell'emergenza – urgenza.

Si forniscono di seguito, per ciascun ospedale aziendale, dettagli specifici sul modello organizzativo previsto negli indirizzi programmatici, con la descrizione degli interventi già effettuati e di quelli ancora da realizzare.

2.3.4.1. Ospedale Distrettuale di Stigliano

Il piano operativo previsto con delibera aziendale n. 1014/2010, ridefinisce gli assetti strutturali introducendo modelli innovativi in grado di migliorare qualità e quantità dell'assistenza sanitaria in chiave prettamente territoriale.

Nello specifico, a partire dal mese di gennaio 2012, i 20 posti letto per acuti di Medicina e Geriatria sono stati riconvertiti per le attività di Lungodegenza Medica cod. 60, per un totale di 30 posti letto.

È riconfermata la dotazione di 18 posti letto di Cure palliative ed Hospice dell'ASM, di cui 8 sono già attivi.

Accanto all'area di lungodegenza il modello organizzativo prevede:

- **il Punto Territoriale di Soccorso**, in conformità al modello valido per tutti gli ospedali distrettuali funzionante h 24, con le seguenti modalità:

- h 8 - 20 turni di servizio dei dirigenti medici ospedalieri;
- h 20 - 8 turni dei medici di continuità assistenziale presenti presso il P.O., e turno di servizio notturno per il personale infermieristico;
- h/24 presenza dell'ambulanza 118 medicalizzata chiamata a garantire l'emergenza, i trasferimenti verso gli ospedali di volta in volta idonei al trattamento del caso, i trasferimenti secondari necessari tra i vari ospedali dell'Azienda;
- dotazione di sistema P.O.C. (Point Of Care) ai fini dell'esecuzione rapida degli esami emato – chimici in regime di urgenza, assicurata fino al mese di giugno 2015 e successivamente soppressa a seguito dell'accorpamento delle attività di laboratorio dell'Ospedale di Stigliano con l'Ospedale di Tricarico, come meglio rappresentato nel successivo punto;
- **il Laboratorio di Analisi** con orario 8 – 20, assicurato con turni di servizio ed eventuale attività notturna garantita con turno di reperibilità fino al mese di giugno 2015; con determinazione n. 1310 del 16/06/2015, infatti, il Direttore dell'U.O. di Patologia Clinica e Diagnosi di Laboratorio- Coordinamento Laboratori ASM, ha approvato il piano di razionalizzazione dei laboratori analisi aziendali, a regime dal 1/7/2015, per effetto del quale si è provveduto ad accorpare i laboratori di Stigliano e Tricarico, assegnando al P.O. di Tricarico la gestione degli esami precedentemente effettuati dal P.O. di Stigliano, con l'autorizzazione alla definitiva rescissione dei contratti di fornitura di dispositivi diagnostici in vitro presso il P.O. di Stigliano e l'istituzione del POCT al P.O. di Tricarico, presso la Lungodegenza;
- **la Radiologia** con orario 8 – 14;
- **la Chirurgia** in regime ambulatoriale e Day Service;
- **gli Ambulatori Specialistici** per attività ambulatoriale e di Day Service che garantiscono progressivamente i seguenti percorsi assistenziali ambulatoriali: Cardiologia, Dermatologia e Allergologia dermatologica, Diabetologia, Fisiatria, Ecografia Internistica, Logopedia, Medicina Internistica, Nefrologia, Neurologia, Neuropsichiatria Infantile, Oculistica, Odontoiatria, Ortopedia, Ostetricia, Otorinolaringoiatria, Pediatria; l'Ambulatorio Infermieristico con funzioni non solo di tipo meramente assistenziale ma anche di educazione alla salute a fini preventivi, oltreché di intercettazione del fabbisogno di salute e traduzione dello stesso in domanda appropriata di prestazioni e programmazione della relativa offerta di servizi sanitari e socio sanitari;
- **la Farmacia Ospedaliera** con orario 8 – 14.

Il modello adottato dall'Azienda per l'Ospedale di Stigliano, che assegna all'Ospedale distrettuale un ruolo strategico quale Centro di riferimento per la rete aziendale delle **cure palliative**, prevede una forte integrazione con gli altri punti della rete assistenziale aziendale.

2.3.4.2. Ospedale Distrettuale di Tinchi

Il modello organizzativo definito per l'Ospedale di Tinchi recepito nelle delibere aziendali n. 507/2011 e n. 568/2011 prevede:

- **il Punto Territoriale di Soccorso**, in conformità al modello valido per tutti gli ospedali distrettuali funzionante h 24, con le seguenti modalità:
 - h 8 - 20 turni di servizio dei dirigenti medici ospedalieri;
 - h 20 - 8 turni dei medici di continuità assistenziale presenti presso il P.O., e turno di servizio notturno per il personale infermieristico;
 - h/24 presenza dell'ambulanza 118 medicalizzata chiamata a garantire l'emergenza, i trasferimenti verso gli ospedali di volta in volta idonei al trattamento del caso, i trasferimenti secondari necessari tra i vari ospedali dell'Azienda;
- **il Servizio di diagnostica per immagini** con orario 8 – 14;
- **il Laboratorio di analisi chimico – cliniche**, con orario 8 –14, con dotazione di sistema P.O.C. (Point Of Care) ai fini dell'esecuzione rapida degli esami emato – chimici in regime di urgenza;
- **il Servizio di Endocrinologia e Diabetologia** individuato quale centro di riferimento provinciale;
- **il Servizio Dialisi**, articolato in due turni giornalieri;
- **l'Endoscopia Digestiva** in regime ambulatoriale secondo una distribuzione di accessi opportunamente calendarizzata, in rete con il P.O. di Policoro,
- **la Chirurgia ambulatoriale** dermatologica;
- **l'Ambulatorio di Chirurgia del Piede Diabetico e Vulnologia;**

- **il Servizio di diagnostica internistica e vascolare;**
- **gli Ambulatori Specialistici:** dermatologia, diabete mellito, endocrinologia, gastroenterologia, medicina internistica e a indirizzo cardiologico, neuropsichiatria dell'età evolutiva, odontoiatria, ortopedia, otorinolaringoiatria, oculistica, neurologia, cure palliative – terapia del dolore, secondo preciso calendario settimanale opportunamente definito;
- **la Farmacia Ospedaliera** con orario 8 – 14.

In particolare nel corso del 2015 sono state portate avanti le procedure propedeutiche agli interventi necessari per la messa in sicurezza della suddetta struttura al fine di rimuovere i pericoli per la pubblica e privata incolumità.

Nel 2015, inoltre, è proseguito l'iter per l'ammodernamento del sistema della Dialisi che vedrà la partnership con soggetti privati per la realizzazione e la gestione di un nuovo plesso adiacente alla attuale struttura, dotato delle più recenti attrezzature e in grado di migliorare il livello quali-quantitativo delle prestazioni. Nello specifico, facendo seguito a specifico studio di fattibilità condotto da un gruppo di lavoro supportato da esperti dell'Università Bocconi di Milano, con delibera n. 235 del 10/02/2015, così come integrata e rettificata con successive deliberazioni n. 464 del 19/03/2015 e n. 560 del 02/04/2015, è stato approvato il bando di gara definitivo (ridefinito a seguito delle osservazioni del Dipartimento Politiche della Persona della Regione Basilicata (nota OPT prot. n. 18157/13AC/2015) per l'affidamento della concessione di lavori pubblici avente ad oggetto la progettazione definitiva ed esecutiva, la costruzione e la successiva gestione del Centro Dialisi del Presidio Ospedaliero di Tinchì, mediante finanza di progetto, ai sensi dell'articolo 153, commi 1 – 14, del decreto legislativo 12 aprile 2006 n. 163 e s.m.i.

Con la nota prot. 42054/13A2 del 03/03/2015, il Dipartimento Politiche della Persona della Regione Basilicata ha rilasciato l'autorizzazione all'espletamento della procedura di gara in oggetto.

Con la delibera n. 1016 del 14/07/2015 l'ASM ha proceduto a nominare i componenti della Commissione preposta alle operazioni di gara.

Con la delibera n. 1459 del 29/10/2015 sono stati approvati i verbali di gara e si è proceduto all'aggiudicazione della gara ed infine con la delibera n. 1663 del 09/12/2015 è stato approvato lo schema di contratto.

Inoltre, nell'anno 2015 sono proseguite le attività inerenti l'avvio del progetto sperimentale per la concessione del servizio di riabilitazione ortopedica, pneumologica e cardiologica presso l'Ospedale di Tinchì. In particolare, con deliberazione aziendale n. 236 del 12/02/2015 è stato approvato lo studio di fattibilità condotto dal gruppo di lavoro appositamente costituito, che individua nella finanza di progetto la soluzione più vantaggiosa per affidare all'esterno la concessione delle seguenti attività:

- progettazione, ristrutturazione e recupero funzionale del Piano Terra e del Primo Piano del corpo "B" dell'ospedale di Tinchì, oltre allo stabile piscina del presidio medesimo;
- realizzazione chiavi in mano" del centro riabilitativo ,mediante la fornitura di impianti, apparecchiature e tecnologie arredi, farmaci dispositivi materiale di consumo e quant'altro occorrente alla gestione del servizio;
- la gestione operativa del centro riabilitativo, ivi compresa l'assistenza e manutenzione "full-risk", ed inclusa la governance sanitaria delle prestazioni.

2.3.4.3. Ospedale Distrettuale di Tricarico

Il processo di riconversione in senso territoriale dell'Ospedale di Tricarico ha raggiunto uno stato di avanzato consolidamento, e prevede la seguente articolazione organizzativa:

- **il Punto Territoriale di Soccorso**, in conformità al modello valido per tutti gli ospedali distrettuali funzionante h 24, con le seguenti modalità:
 - h 8 - 20 turni di servizio dei dirigenti medici ospedalieri;
 - h 20 - 8 turni dei medici di continuità assistenziale presenti presso il P.O., e turno di servizio notturno per il personale infermieristico;
 - h/24 presenza dell'ambulanza 118 medicalizzata (attualmente non medicalizzata) chiamata a garantire l'emergenza, i trasferimenti verso gli ospedali di volta in volta idonei al trattamento del caso, i trasferimenti secondari necessari tra i vari ospedali dell'Azienda;
 - dotazione di sistema P.O.C. (Point Of Care) ai fini dell'esecuzione rapida degli esami emato – chimici in regime di urgenza;

- **Medicina di Lungodegenza** (codice 60), per un totale di 30 posti letto, riservata alla gestione delle post-acute, vale a dire a quei pazienti che, conclusa la fase acuta del ricovero, necessitano di un prolungamento dell'intervento assistenziale ospedaliero in quanto presentano una situazione funzionale compromessa da cui ha origine una riduzione delle condizioni di autosufficienza psico-fisica
- Pazienti in stato vegetativo per un totale di 5 posti letto
- Degenza Intensiva Riabilitativa cod. 56 gestito dalla Fondazione Don Gnocchi
- **Lungodegenza riabilitativa** cod. 60 gestito dalla Fondazione Don Gnocchi
- **il Servizio di diagnostica per immagini** con orario 8 – 14;
- **il Laboratorio di analisi chimico – cliniche**, con orario 8 –14, con dotazione di sistema P.O.C. (Point Of Care) ai fini dell'esecuzione rapida degli esami emato–chimici in regime di urgenza; come già rappresentato in precedenza, dal 01/07/2015 si è realizzato l'accorpamento tra le attività di laboratorio dell'Ospedale di Tricarico con quelle dell'Ospedale di Stigliano, con accentramento presso il primo della gestione degli esami precedentemente effettuati dal P.O. di Stigliano.
- **Farmacia Ospedaliera** con orario 8 – 14.

I posti letto di Lungodegenza e Riabilitazione gestiti in convenzione dalla Fondazione Don Gnocchi sono 66 così suddivisi:

- 16 posti letto ordinari per la lungodegenza riabilitativa, codice 60;
- 48 posti letto ordinari per la degenza intensiva riabilitativa, codice 56;
- 2 day hospital per la degenza intensiva riabilitativa.

L'Ospedale di Tricarico, dunque, si posiziona all'interno dello scacchiere aziendale quale punto di riferimento per la branca della riabilitazione, per la quale, inoltre, si configura quale centro di eccellenza a livello regionale in considerazione dell'elevato livello di professionalità assicurato dalla Fondazione Don Gnocchi, cui è stata affidata in convenzione la gestione delle attività, e che da anni è una struttura di riferimento in questo specifico settore su scala nazionale.

Nel corso del 2015 presso l'Ospedale Distrettuale di Tricarico è continuata la sperimentazione gestionale avviata già nel 2013 (delibera n.77/2013), denominata Casa della Salute, finalizzata a promuovere forme di integrazione tra la Medicina di Gruppo/Pediatria di Libera Scelta e le attività distrettuali svolte dagli specialisti operanti nel suddetto ospedale. Nello specifico ai Medici della medicina di gruppo presente nel territorio di Tricarico (5 medici ed 1 pediatra) è concesso l'utilizzo degli ambulatori e delle tecnologie presenti nell'Ospedale distrettuale di Tricarico, che garantiscono la presenza all'interno della stessa struttura di almeno un medico dalle 8.00 alle 20.00 di tutti i giorni feriali e dalle 8.00 alle 10.00 del sabato. L'obiettivo del progetto è quello di favorire l'integrazione tra i medici dell'Assistenza Primaria con gli specialisti ospedalieri operanti nella Lungodegenza e Riabilitazione, al fine di condividere:

- organizzazione dell'assistenza ai pazienti affetti da patologie croniche,
- predisposizione PDTA specifici,
- i protocolli per i ricoveri programmati dei pazienti e la relativa dimissione concordata,
- partecipazione ad attività di audit per la definizione della presa in carico del paziente,
- obiettivi aziendali e di appropriatezza prescrittiva

Per non appesantire la relazione si allega un rapporto completo sulle attività degli ospedali distrettuali della ASM, completo dei dati di attività, con un confronto a consuntivo fra gli anni 2014 e 2015 e relativo commento (all. 1).

2.3.5. I RISULTATI RAGGIUNTI IN RIFERIMENTO ALLA RIQUALIFICAZIONE DELL'OFFERTA DEI SERVIZI OSPEDALIERI PER ACUTI

Il processo di riqualificazione strutturale dei presidi ospedalieri per acuti aziendali, nasce dall'esigenza di ripensare il sistema dell'offerta di servizi sanitari da parte della ASM, alla luce dell'evoluzione degli scenari determinatasi nell'arco temporale considerato. Il riferimento specifico è, come già precedentemente anticipato, la designazione della città di Matera a Capitale Europea della Cultura per l'anno 2015, che ha prodotto inevitabili cambiamenti nel contesto di riferimento, con importanti e significative ripercussioni sulle dinamiche della domanda e dell'offerta di prestazioni sanitarie, richiedendo la necessità di adeguamento da parte dell'Azienda.

2.3.5.1. PIANO STRATEGICO MATERA SANITA' 2019 Uno dei primi provvedimenti realizzati da questa Direzione Generale all'inizio dell'anno sia stata la costituzione di un gruppo di lavoro, formalizzata con successive deliberazioni aziendali n. 99 del 22/01/2015 e n. 118 del 27/01/2015, per la predisposizione del **Piano Strategico Matera – Sanità 2019**, vale a dire il documento di programmazione aziendale, approvato con delibera aziendale n. 589 del 14/04/2015, che trae origine dalla suddetta esigenza di ripensare il sistema dell'offerta di servizi sanitari da parte della ASM, anche e soprattutto alla luce dei nuovi scenari internazionali delineatisi con la designazione della città di Matera a Capitale Europea per l'anno 2019.

Tale Piano, partendo dall'analisi delle attuali criticità e sofferenze presenti nelle singole strutture aziendali, all'indomani della rigorosa e massiccia azione di risanamento economico posta in essere dall'Azienda nel corso del precedente triennio, oltreché dei mutamenti previsti nelle dinamiche della domanda di servizi sanitari, sia sotto il profilo qualitativo che sotto quello quantitativo, conseguenti al notevole incremento dei flussi turistici stimati per i prossimi anni e del nuovo complesso di bisogni socio - assistenziali ad essi correlati, definisce una strategia di sviluppo ed individua il complesso delle azioni necessarie a consentire all'ASM ed in particolare all'Ospedale Madonna delle Grazie, di far fronte in maniera adeguata sia alle carenze attuali, sia alle nuove future sfide, rilanciandone in maniera risoluta le attività e ripristinandone il prestigio in modo coerente con il nuovo ruolo che la città di Matera si appresta a ricoprire.

Gli interventi previsti nel Piano Strategico Matera – Sanità 2019, unitamente al rispettivo cronoprogramma, sono riconducibili sostanzialmente:

- alla riorganizzazione dell'area dell'emergenza urgenza,
- all'ammodernamento e potenziamento dei servizi diagnostici, alla revisione degli assetti spazio – funzionali.

La realizzazione di tali interventi, che consentirebbe il ripristino della piena operatività dei servizi esistenti, favorendo l'innalzamento dei livelli quali-quantitativi di assistenza ospedaliera da assicurare alla popolazione, si sostanzia di fatto nell'incremento del numero di personale, nell'ammodernamento delle tecnologie oltreché nella ridefinizione degli assetti organizzativi, strutturali ed edilizi necessari all'ottimizzazione dei percorsi di diagnosi e cura, comportando inevitabilmente un incremento considerevole dei costi, che non può trovare copertura nella quota corrente del Fondo Sanitario Regionale assegnata all'Azienda in via ordinaria dalla Regione Basilicata.

Il livello di realizzazione degli interventi previsti nel suddetto piano è, subordinato all'acquisizione delle risorse finanziarie necessarie, così come quantificate nello stesso documento di programmazione, configurando una gerarchia di priorità coincidente con la progressiva scansione temporale nel quinquennio 2015 – 2019, per effetto della quale nel primo anno sono stati previsti gli interventi più urgenti ed immediati, nel secondo e fino all'ultimo anno, quelli progressivamente differibili.

In tale direzione, con deliberazione n. 1245 del 15/09/2015 quest'Azienda ha approvato la programmazione relativa all'implementazione ed ammodernamento del parco tecnologico ASM per il potenziamento dei servizi di pronto soccorso e dell'area dell'emergenza urgenza, in vista dell'evento Matera 2019, da realizzare con le risorse regionali in c/capitale disponibili per l'annualità 2015, pari ad euro 5.000.000, assegnate dalla Regione Basilicata giusta previsione di cui all'art. 31 della Legge Regionale n. 34 del 13/08/2015 (assestamento del bilancio 2015). In particolare gli interventi da realizzare riguardano:

- **rinnovo/potenziamento tecnologie biomediche**, per l'importo totale di € 4.100.201,45, iva inclusa;
- **lavori di adeguamento delle UU.OO. di Anestesia e Rianimazione, U.T.I.C. ed obitorio del P.O. di Policoro**, per l'importo totale di € 899.798,55, iva inclusa.
- Con riferimento agli adempimenti LEA inerenti il percorso nascita, quest'Azienda, con deliberazione n. 658 del 24/04/2015, ha approvato le "schede di intervento", relative alla programmazione degli interventi da attuare per l'adeguamento agli standard di sicurezza, tecnologici ed organizzativi previsti dall'Accordo Stato - Regioni n. 137 del 16/12/2010, concernente "**Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo**", da attuarsi con risorse regionali, nel rispetto delle priorità individuate dalla normativa vigente e dagli atti di programmazione nazionale e regionale e nei limiti delle risorse disponibili, pari ad € 2.000.000,00, I.V.A. inclusa, di recente finanziate con D.G.R. n. 1071 del 10/08/2015. Nello specifico, gli interventi da realizzare riguardano:

- **l'acquisizione di tecnologie per il P.O. di Matera ed il P.O. di Policoro**, prevalentemente in sostituzione di quelle presenti, oramai obsolete e vetuste, per un importo pari a € 1.200.000, I.V.A. inclusa; per tali tecnologie sono state avviate tutte le procedure per l'acquisto e sono in avanzata fase di sviluppo le rispettive forniture;
- **la realizzazione di n. 2 montalettighe presso il P.O. di Policoro**, aggiudicate già con deliberazione n. 1321 del 24/11/2014 e la sostituzione di n. 3 montalettighe presso il P.O. di Matera, aggiudicata con deliberazione n. 955 del 26/06/2015, per un importo complessivo pari a € 800.000,00, IV.A. inclusa;
- Inoltre, con deliberazione n. 770 del 18/05/2015 è stato disposto di prevedere l'attivazione, presso il P.O. di Policoro: - **del servizio H24, collegato al percorso nascita, del Laboratorio Analisi;**
- **della guardia medica notturna della U.O. di Pediatria.** Nel P.O. di Matera tali coperture sono già presenti.

2.3.5.2. RETE REGIONALE DI RADIOTERAPIA ONCOLOGICA

Nell'ambito delle strategie di potenziamento della rete ospedaliera aziendale, quest'Azienda, con deliberazione n. 1302 del 22/09/2015, ha approvato la programmazione dell'implementazione e ammodernamento del parco tecnologico del P.O. di Matera per la realizzazione della rete regionale di radioterapia oncologica ed il potenziamento del polo di eccellenza specialistica, in conformità alle linee di indirizzo programmatico regionale, definite con la D.G.R. n. 572 del 29/04/2015, con cui è stata approvata l'istituzione della rete interaziendale di radioterapia oncologica, prevedendo l'implementazione di un modello interaziendale ed integrato, al fine di produrre omogeneità di gestione del paziente oncologico ed una razionalizzazione delle risorse umane e tecnologiche. Nello specifico, la programmazione aziendale prevede la realizzazione di un investimento infrastrutturale e tecnologico, pari a € 4.000.000, iva inclusa, finalizzato a valorizzare e riqualificare il P.O. Madonna delle Grazie di Matera e a potenziare la rete diagnostico – terapeutica oncologica, con particolare riferimento all'impianto del bunker e all'implementazione del sistema completo per l'erogazione delle prestazioni di radioterapia, oltre al rinnovo del parco tecnologico del P.O. di Matera e relativo potenziamento del Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, da attuare con le risorse regionali in c/capitale disponibili per l'annualità 2015, previste con D.G.R. n. 402 del 31/03/2015.

2.3.5.3. NUOVI SERVIZI ATTIVATI NEL 2015

Nell'ambito delle azioni volte al potenziamento dell'offerta e dell'innalzamento dei livelli quali-quantitativi dell'assistenza si colloca l'avvio del

- **Servizio di Risonanza Magnetica Cardiaca presso l'Ospedale di Matera, a partire dal 24 gennaio 2015**, in risposta alla crescente domanda registrata nell'ultimo periodo, che ha consentito di incrementare la qualità dei servizi erogati dalla Asm in un settore, quale quello della prevenzione e della cura delle malattie cardiovascolari, che è e sarà sempre più in futuro un asset strategico nel miglioramento della qualità della vita della popolazione. Con deliberazione n. 202 del 10/02/2015 è stato, inoltre, approvato il percorso per l'attivazione del Day Service per la diagnostica cardiologica non invasiva, mentre è in avanzata fase di sviluppo, **la formalizzazione di un rapporto di collaborazione con la Fondazione Toscana "G. Monasterio" per la Ricerca Medica e di Sanità Pubblica**, finalizzato a garantire il supporto nelle attività di valutazione diagnostica inerenti la Risonanza Magnetica Cardiaca e la relativa formazione del personale dipendente direttamente coinvolto.

Nell'ottica della riqualificazione dell'offerta ospedaliera, nel corso del 2015, quest'Azienda, giusta deliberazione aziendale n. 1033 del 05/07/2015, così come successivamente integrata e modificata da deliberazione n. 1311 del 28/09/2015, ha provveduto all'istituzione

- **dell'Ambulatorio per lesioni cutanee croniche presso il Dipartimento Chirurgico del P.O. di Matera**, all'interno della rete aziendale operante nello specifico ambito della vulnologia. Nello specifico l'istituzione del suddetto ambulatorio si propone di contenere l'elevato livello di frammentazione e disomogeneità nella gestione delle ulcere cutanee, in un'ottica di gestione secondo il modello della rete integrata dei servizi, con l'individuazione di un percorso clinico assistenziale ben definito che disciplina in maniera univoca ed omogenea le modalità di accesso e di presa in carico dei relativi pazienti, anche nelle fasi successive alla dimissione. Tale attivazione,

effettuata a costo zero per l'Azienda, si propone di realizzare un punto unico di riferimento dell'intero Ospedale di Matera per la cura di tale patologia, con l'obiettivo precipuo di:

- ottimizzare l'utilizzo di risorse umane, tecnologiche e strutturali,
- di ridurre le liste di attesa
- di accelerare i processi di guarigione e di prevenire l'insorgenza di recidive

Altra iniziativa realizzata da quest'Azienda nel periodo considerato è l'istituzione

- dell'**Ambulatorio Stomizzati** presso il Dipartimento Chirurgico dell'ASM, formalizzata con deliberazione aziendale n. 1062 del 22/07/2015, così come integrata con successiva deliberazione aziendale n. 1310 del 25/09/2015. In particolare, l'istituzione del suddetto ambulatorio si propone di massimizzare l'efficacia degli interventi assistenziali in favore dei soggetti stomizzati, attraverso la costituzione di un punto di riferimento costante per gli stessi pazienti, con l'individuazione di un percorso clinico assistenziale strutturato ben definito che disciplina in maniera univoca ed omogenea le modalità di accesso, di presa in carico, di educazione terapeutica e di riabilitazione dei relativi pazienti, nel corso delle varie fasi del pre-intervento, del ricovero in ospedale e del post-ricovero.

Tra le azioni riconducibili al potenziamento dell'offerta di prestazioni, con particolare riferimento a quelle chirurgiche, finalizzate alla riduzione della fuga per così dire "evitabile", a seguito di numerosi audit tenuti con le singole unità operative chirurgiche, è stato disposto, a partire dal 18/05/2015,

- **un incremento delle sedute operatorie** allo scopo, tra l'altro, di ridurre le liste di attesa e, conseguentemente, ad evitare la migrazione passiva. Il nuovo calendario delle sedute operatorie è stato trasmesso ai Direttori delle specialità chirurgiche interessate con note prot. n. 20150051061 e n. 20150051061 del 12/05/2015.

Con riferimento alle azioni specifiche avviate dall'Azienda per consentire il raggiungimento di alcuni particolari adempimenti previsti nel questionario LEA, nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, si segnala

- **il progetto per il contenimento dei tempi di attesa per gli interventi per frattura di femore entro le 48 ore, condiviso con gli ortopedici, gli anestesisti, il personale di sala operatoria e del Pronto Soccorso, che** prevede la riorganizzazione delle sedute operatorie con l'erogazione di prestazioni aggiuntive da corrispondere solo ed esclusivamente al raggiungimento dell'obiettivo prefissato.
- **La Direzione Sanitaria Ospedaliera ha attivato un sistema di monitoraggio on line sul sistema informatizzato di gestione delle cartelle cliniche (SIREP), che, a partire dal 03/06/2015 segnala i nuovi casi di frattura di femore ricoverati dal Pronto Soccorso rendendo tracciabile il percorso di ricovero e visibili gli interventi dei consulenti, allo scopo di velocizzare sia le valutazioni strumentali che gli esami preoperatori.** Tali azioni hanno portato al raggiungimento, nel semestre considerato, dei target posti dalla programmazione nazionale e regionale; infatti, a tutt'oggi, la percentuale dei ricoveri per fratture di femore con intervento effettuato entro 2 giorni dal ricovero risulta superiore al 74%, in piena aderenza agli standard prefissati.

Nell'ambito della strategia di efficientamento e contenimento della spesa ospedaliera, perseguita dall'ASM nel corso del 2015, si segnala

- **l'aggregazione funzionale delle U.O.C. Centro Riferimento Trapianti e Nefrologia e Dialisi,** formalizzata con deliberazione aziendale n. 356 del 04/03/2015, che sancisce l'unificazione delle due suddette Unità Operative in una sola Struttura Complessa con un unico Direttore, a partire dalla data di cessazione per quiescenza dell'attuale Direttore dell'U.O.C. Nefrologia e Dialisi, prevista nel corso del 2015;

Nella stessa direzione si colloca l'ulteriore azione di

- **razionalizzazione della rete dei laboratori,** effettuata con delibera n. 1373 del 12/10/2015, con cui si è proceduto alla aggregazione strutturale del Laboratorio Regionale di Tipizzazione Tissutale, precedentemente attestato in capo al Centro Regionale di Riferimento Trapianti d'Organo, alla U.O.C. Patologia Clinica del P.O. di Matera.

Nell'ambito delle azioni di efficientamento gestionale, nel corso del 2015 è stato avviato un

- **percorso finalizzato all'ottimizzazione dell'utilizzo ed allocazione delle risorse umane, attraverso** la costituzione di apposito gruppo di lavoro di supporto alla Direzione Strategica, per la ricognizione del personale del comparto addetto all'assistenza, formalizzata con deliberazione n. 98 del

22/01/2015, al fine dell'individuazione delle unità cui sono state riconosciute limitazioni funzionali e/o operative e della conseguente ricollocazione dello stesso personale, di concerto con le posizioni organizzative, in maniera più congrua rispetto alle attività delle varie Unità Operative ed più in generale più consona con le esigenze assistenziali. Tale intervento si propone di fronteggiare le sofferenze di organico del personale infermieristico, determinate dal blocco del turn over, effettuato in applicazione della vigente normativa, ed aggravate dalle limitazioni funzionali riconosciute oltreché dalle assenze registrate.

- Con deliberazione n. 644 del 20/04/2015, l'Azienda ha approvato le risultanze dello studio condotto dal Gruppo di lavoro appositamente costituito unitamente alla proposta di nuova assegnazione del suddetto personale.

In particolare, il gruppo di lavoro ha suddiviso il personale dipendente in quattro categorie differenti, tenuto conto della diversa capacità lavorativa degli stessi:

- **Fascia A** - comprendente tutti i lavoratori giudicati pienamente idonei e che, pertanto, possono essere impiegati su tre turni (mattino – pomeriggio – notte) in tutti i reparti;
- **Fascia A1** - comprendente tutti quei lavoratori ai quali è stato prescritto di avvalersi, nell'espletamento delle proprie mansioni, del supporto di mezzi meccanici adeguati e che, pertanto, il Gruppo di lavoro ha ritenuto di poter pienamente adibire in tutti i reparti ad eccezione del Pronto Soccorso e del 118;
- **Fascia B** - comprendente i dipendenti i quali, per problemi di salute, sono stati esonerati dal lavoro notturno e che, pertanto, possono prestare la propria attività lavorativa soltanto su due turni (mattino – pomeriggio);
- **Fascia C** - comprendente i dipendenti per i quali è stato formulato un giudizio di idoneità con prescrizioni varie, diverse dal divieto di movimentazione manuale dei carichi e dal divieto di turnazione notturna e che, pertanto, nell'espletamento delle proprie mansioni, presentano una serie di limitazioni.

A seguito della ricognizione di tutto il personale infermieristico, effettuata tenendo in considerazione i giudizi di idoneità con prescrizione rilasciati dal Medico Competente aziendale, nonché all'esistenza di eventuali limitazioni alla utilizzazione del lavoratore nell'intero arco della giornata, il Gruppo, con l'intento di temperare l'esigenza di ottimizzare la capacità lavorativa del personale in servizio con quella, altrettanto prioritaria, di tutelarne la salute ed i legittimi diritti, ha proposto di assegnare:

ai Reparti con Alto carico assistenziale:

- Tutto il personale di Fascia A giudicato pienamente idoneo alle mansioni di appartenenza;

ai reparti con Medio/Basso carico assistenziale:

- Il personale di Fascia A;
- Tutti i dipendenti di Fascia A1 per i quali il giudizio di idoneità contiene la prescrizione di evitare la movimentazione manuale dei carichi e che, pertanto, necessitano di essere supportati da mezzi meccanici adeguati nell'espletamento delle proprie mansioni;
- Tutti i dipendenti di Fascia B esonerati, per motivi di salute, dal lavoro notturno;
- Tutti i dipendenti i quali, pur essendo di fascia A in quanto giudicati pienamente idonei alle mansioni proprie del profilo di appartenenza, hanno comunque diritto all'esonero dal lavoro notturno per esigenze di carattere familiare, tutelate dalla normativa vigente;

agli Ambulatori, nell'ordine:

- Tutti i dipendenti di Fascia C, i quali sono tenuti a rispettare una serie di prescrizioni nell'espletamento dell'attività lavorativa;
- Tutti i dipendenti che fruiscono delle agevolazioni previste dalla L. 104/92;
- Tutti lavoratori in part-time con articolazione dell'orario di lavoro tale da non coprire un intero turno;

In subordine, a richiesta:

- Tutti i lavoratori con età anagrafica compresa tra i 65 ed i 55 anni e tutte le lavoratrici madri di uno o più bambini di età inferiore agli otto anni.

Inoltre, al fine di garantire la costante presenza in servizio del personale indispensabile per il regolare funzionamento dei servizi, si è proposto di distribuire in maniera più equa e razionale tra le varie articolazioni aziendali i lavoratori che fruiscono dei permessi ex lege 104/1992, nonché quelli con orario di lavoro part-time.

Il Gruppo ha proposto di prevedere un sistema premiante per il personale che viene utilizzato nelle UU.OO. di degenza su tre turni, avuto riguardo all'indice di presenza al lavoro di ciascuno.

In applicazione dei suddetti criteri, nel 2015 sono state ricollocate complessivamente 28 unità infermieristiche.

- Infine, nel corso del 2015 quest'Azienda, per effetto delle deroghe previste dall'art. 32, comma 1, della L.R. n. 7/2014 e, facendo seguito all'approvazione degli standard regionali da parte della Giunta Regionale, formalizzata con D.G.R. n. 205/2015, all'adozione dell'Atto Aziendale dell'ASM, approvato dalla Giunta Regionale con D.G.R. n. 1077/2015, ha potuto provvedere al conferimento degli incarichi quinquennali di Direttore Struttura Complessa per le seguenti Unità Operative Aziendali:
 - Ematologia (delibera aziendale n. 1542/2014)
 - Farmacia Ospedaliera (delibera aziendale n. 1543/2015)
 -

2.3.6. RISULTATI RAGGIUNTI IN RIFERIMENTO ALLE ATTIVITA' SANITARIE EROGATE AI CITTADINI NEGLI OSPEDALI PER ACUTI

2.3.6.1. SINTESI DEI RISULTATI RAGGIUNTI E ANALISI DEI DATI P.O. MATERA

L'analisi dei dati di attività del P.O. di Matera va contestualizzata all'interno dello scenario normativo ed istituzionale nazionale e regionale caratterizzato, come noto, dalla scarsità di risorse e dalla conseguente necessità di adottare misure di razionalizzazione, rifunzionalizzazione ed efficientamento delle linee produttive quali in particolare la riduzione degli assetti organici del personale.

Alla luce di tali considerazioni l'andamento delle attività dell'Ospedale di Matera nel 2015 ha fatto registrare, rispetto all'anno precedente, un sia pur lieve incremento sostanziale dell'efficienza funzionale contrassegnato da:

- un lieve incremento del numero dei ricoveri ordinari (+2%), a cui è corrisposto un lieve incremento della valorizzazione economica, cresciuta del +3% rispetto all'anno precedente. I principali indicatori di performance non hanno fatto registrare variazioni rilevanti, come dimostrato dai trend della degenza media, tasso di occupazione dei posti letto, indice di rotazione, intervallo di turn over che hanno evidenziato valori sovrapponibili a quelli del 2014;
- una ulteriore riduzione del numero di DH (-15%) con particolare riferimento ai DH diagnostici, al fine di favorire una maggiore appropriatezza nell'adozione del setting assistenziale, con il trasferimento verso forme organizzativamente più evolute, quali in particolare il Day Service;
- un lieve incremento degli interventi chirurgici, con 9177 interventi, conseguentemente ad uno spostamento del setting assistenziale dal Day Surgery verso il regime ordinario e verso quello ambulatoriale.
- un lieve decremento del numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali, pari al - 0,1%, a cui è corrisposto l'incremento della relativa valorizzazione economica pari al +3,2% rispetto all'anno precedente;
- un incremento della mobilità ospedaliera attiva extraregionale, sia nel numero dei ricoveri importati (+3%) che nella relativa valorizzazione economica (+4%), con un incremento anche dell'indice di attrazione (+3%) rispetto all'anno precedente;
- un posizionamento di tutto rispetto nel confronto degli indicatori di performance con i valori medi sia nazionali che regionali, con particolare riguardo agli indicatori di appropriatezza clinica ed organizzativa, così come testimoniato dalla percentuale di parti cesarei più bassa sia rispetto alla media regionale che nazionale, piuttosto che dalla percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in Regime ordinario da reparti chirurgici.

Per non appesantire la relazione si allega un rapporto completo sulle attività del P.O. di Matera completo dei dati di attività, con un confronto a consuntivo fra gli anni 2014 e 2015 e relativo commento (all. 2).

Di seguito si fornisce solo l'analisi dei principali indicatori di performance dell'Ospedale di Matera nel corso del 2015, opportunamente raffrontati con gli standard medi regionali e nazionali. Questi ultimi sono stati desunti dal rapporto del Ministero della Salute relativo all'anno 2012, che costituisce la fonte dati ufficiale più recente.

INDICATORI DI PERFORMANCE

INDICATORI DI EFFICIENZA

Gli indicatori di efficienza considerati in questa sede sono costituiti dalla degenza media e dalla degenza media pre - operatoria.

	Italia	Basilicata	Matera	Scost. Italia	Scost. Basilicata
Degenza media	6,8	6,8	6,6	-3%	-3%

La degenza media (vale a dire il numero medio di giornate di permanenza dei pazienti presso i reparti ospedalieri) registrata dall'Ospedale di Matera nel 2015 è stata pari a 6,6 giornate, valore inferiore sia alla media nazionale che a quella regionale (-3%).

	Italia	Basilicata	Matera	Scost. Italia	Scost. Basilicata
Degenza media pre-operatoria	1,73	2,11	3,22	86%	53%

La degenza media pre-operatoria (vale a dire il numero medio di giornate di degenza effettuate prima di un intervento chirurgico) registrata nel 2015 è stata pari a 3,22 giorni, risultando significativamente più alta rispetto alla media nazionale (+86%), sia rispetto a quella regionale (+53%).

INDICATORI DI COMPLESSITA'

Gli indicatori di complessità considerati in questa sede sono costituiti dall'indice di complessità, dall'indice di case - mix e dalla percentuale dei casi complicati.

	Italia	Basilicata	Matera	Scost. Italia	Scost. Basilicata
Indice di complessità	1,16	1,16	1,08	-7%	-7%

L'indice di complessità della casistica trattata, costituito dal peso medio dei ricoveri ordinari (con l'esclusione del DRG 391 "Neonati sani"), nel 2015 è stato pari a 1,08, leggermente inferiore al valore medio nazionale (-7%) e a quello regionale (-7%).

	Italia	Basilicata	Matera	Scost. Italia	Scost. Basilicata
Indice di case - mix	1,00	1,00	0,93	-7%	-7%

L'Indice di case - mix nazionale, dato dal rapporto tra l'indice di complessità dell'Ospedale e quello medio Italiano, è pari a 1,00, a dimostrazione che la complessità della casistica trattata dal P.O. di Matera è di poco inferiore a quella media nazionale.

L'Indice di case - mix regionale è pari a 0,93, a dimostrazione che la casistica del nostro ospedale è leggermente meno complessa di quella media regionale.

	Italia	Basilicata	Matera	Scost.	Scost.
--	--------	------------	--------	--------	--------

				<i>Italia</i>	<i>Basilicata</i>
% casi complicati	31,86	36,4	33,70	6%	-7%

La percentuale di casi complicati registrata nel P.O. di Matera nell'anno 2015 è pari al 33,7%, sostanzialmente in linea col valore medio nazionale, ed inferiore al valore medio regionale (-7%).

INDICATORI DI APPROPRIATEZZA

Gli indicatori di appropriatezza clinica ed organizzativa considerati in questa sede sono costituiti dalla percentuale di parti cesarei sul totale dei parti e dalla percentuale dei dimessi da reparti chirurgici con DRG medico sul totale dei dimessi in regime ordinario da reparti chirurgici.

	<i>Italia</i>	<i>Basilicata</i>	<i>Matera</i>	<i>Scost. Italia</i>	<i>Scost. Basilicata</i>
% parti cesarei	35,9	38,2	30,20	-16%	-21%

La percentuale di parti cesarei sul totale dei parti registrata nel P.O. di Matera nell'anno 2015 è pari al 30,2%, inferiore sia al valore medio nazionale (-16%), sia a quello regionale (-21%).

	<i>Italia</i>	<i>Basilicata</i>	<i>Matera</i>	<i>Scost. Italia</i>	<i>Scost. Basilicata</i>
% Dimessi da reparti chirurgici con DRG medico sul totale dei dimessi in Regime ordinario da reparti chirurgici	29,77	34,12	25,20	-15%	-26%

La percentuale dei dimessi da reparti chirurgici con DRG medico sul totale dei dimessi in regime ordinario da reparti chirurgici per l'Ospedale di Matera nel 2015 è pari a 25,20%, inferiore al valore medio nazionale (+15%) e significativamente inferiore anche a quello medio regionale (-26%). Lo standard per quest'indicatore si aggira intorno al 20%.

2.3.6.2. SINTESI DEI RISULTATI RAGGIUNTI E ANALISI DEI DATI P.O. POLICORO

L'analisi dei dati di attività del P.O. di Policoro va contestualizzata all'interno dello scenario normativo ed istituzionale nazionale e regionale caratterizzato, come noto, dalla scarsità di risorse e dalla conseguente necessità di adottare misure di razionalizzazione, rifunzionalizzazione ed efficientamento delle linee produttive quali in particolare la riduzione degli assetti organici del personale.

Alla luce di tali considerazioni l'andamento delle attività dell'Ospedale di Policoro nel 2015 ha fatto registrare, rispetto all'anno precedente, un miglioramento dell'efficienza funzionale contrassegnato da:

- un incremento dei ricoveri ordinari, pari al +8% con riferimento al numero degli stessi e al +9,3% con riferimento alla loro valorizzazione economica;
- un aumento del numero di DH (+9%) con particolare riferimento ai DH diagnostici, al fine di favorire una maggiore appropriatezza nell'adozione del setting assistenziale, con il trasferimento verso forme organizzativamente più evolute, quali in particolare il Day Service;
- un incremento del numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali, pari al +9%, a cui è corrisposto anche un incremento della relativa valorizzazione economica, pari al +16%.
- un incremento della mobilità ospedaliera attiva extraregionale sia nel numero dei ricoveri importati (+12%), che nella corrispondente valorizzazione economica (+10%);

Per non appesantire la relazione si allega un rapporto completo sulle attività ospedaliere completo dei dati di attività, con un confronto a consuntivo fra gli anni 2014 e 2015 e relativo commento (all. 3).

Di seguito si riportano solo alcuni indicatori sintetici di performance relativi al presidi ospedaliero di Policoro.

INDICATORI DI PERFORMANCE

Di seguito si fornisce l'analisi dei principali indicatori di performance dell'Ospedale di Policoro nel corso del 2015, opportunamente raffrontati con gli standard medi regionali e nazionali. Questi ultimi sono stati desunti dal rapporto del Ministero della Salute relativo all'anno 2012, che costituisce la fonte dati ufficiale più recente.

INDICATORI DI EFFICIENZA

Gli indicatori di efficienza considerati in questa sede sono costituiti dalla degenza media e dalla degenza media pre - operatoria.

	Italia	Basilicata	Policoro	Scost. Italia	Scost. Basilicata
Degenza media	6,8	6,8	4,89	-28%	-28%

La degenza media (vale a dire il numero medio di giornate di permanenza dei pazienti presso i reparti ospedalieri) registrata dall'Ospedale di Policoro nel 2015 è stata pari a 4,89 giornate, valore che risulta significativamente inferiore sia a quello medio nazionale (-28%), sia a quello regionale (-28%).

	Italia	Basilicata	Matera	Scost. Italia	Scost. Basilicata
Degenza media pre-operatoria	1,73	2,11	3,22	86%	53%

La degenza media

pre-operatoria (vale a dire il numero medio di giornate di degenza effettuate prima di un intervento chirurgico) registrata nel 2015 è stata pari a 4,4 giorni, di gran lunga superiore sia al valore medio nazionale, sia a quello regionale.

INDICATORI DI COMPLESSITA'

Gli indicatori di complessità considerati in questa sede sono costituiti dall'indice di complessità, dall'indice di case - mix e dalla percentuale dei casi complicati.

	Italia	Basilicata	Matera	Scost. Italia	Scost. Basilicata
Indice di complessità	1,16	1,16	1,08	-7%	-7%

L'indice di complessità della casistica trattata, costituito dal peso medio dei ricoveri ordinari (con l'esclusione del DRG 391 "Neonati sani"), nel 2015 è stato pari a 0,91, significativamente inferiore sia al valore medio nazionale (-22%) che a quello regionale (-22%).

	Italia	Basilicata	Matera	Scost. Italia	Scost. Basilicata
Indice di case - mix	1	1,00	0,9	-7%	-7%

L'Indice di case - mix nazionale, dato dal rapporto tra l'indice di complessità dell'Ospedale di Policoro è pari a 0,80, a dimostrazione che la complessità della casistica trattata dal P.O. di Policoro è inferiore sia a quella nazionale che a quella regionale (-22%).

	Italia	Basilicata	Matera	Scost. Italia	Scost. Basilicata
% casi complicati	31,86	36,4	33,70	6%	-7%

La percentuale di casi complicati registrata nel P.O. di Policoro nell'anno 2015 è pari al 23%, significativamente inferiore sia al valore medio nazionale (-28%), che al valore medio regionale (-37%).

INDICATORI DI APPROPRIATEZZA

Gli indicatori di appropriatezza clinica ed organizzativa considerati in questa sede sono costituiti dalla percentuale di parti cesarei sul totale dei parti e dalla percentuale dei dimessi da reparti chirurgici con DRG medico sul totale dei dimessi in regime ordinario da reparti chirurgici.

	Italia	Basilicata	Matera	Scost. Italia	Scost. Basilicata
% parti cesarei	35,9	38,2	30,20	-16%	-21%

La percentuale grezza di parti cesarei sul totale dei parti registrata nel P.O. di Policoro nell'anno 2015 è pari al 45,9%, superiore sia al valore medio nazionale (+28%), sia a quello regionale (+20%).

	Italia	Basilicata	Matera	Scost. Italia	Scost. Basilicata
% Dimessi da reparti chirurgici con DRG medico sul totale dei dimessi in Regime ordinario da reparti chirurgici	29,77	34,12	25,20	-15%	-26%

La percentuale dei dimessi da reparti chirurgici con DRG medico sul totale dei dimessi in regime ordinario da reparti chirurgici per l'Ospedale di Policoro (Chirurgia e Ortopedia) nel 2015 è pari a 31,41%, superiore al valore medio nazionale (+6%) e appena inferiore a quello medio regionale (-8%). Lo standard per quest'indicatore deve essere inferiore al 20%.

2.3.7. I RISULTATI RAGGIUNTI IN RIFERIMENTO AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE ATTIVITA' 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.

2.3.8. I RISULTATI RAGGIUNTI IN RIFERIMENTO ALLE ATTIVITA' SANITARIE DI ASSISTENZA TERRITORIALE E ALL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI E DELLE PRESTAZIONI EROGATE AI CITTADINI

La programmazione regionale esplicitata nella L.R. n. 12/2008, nella D.G.R. n. 1645/2009, nel Piano Sanitario Regionale, approvato con Delibera del Consiglio Regionale n. 317 del 24/07/2012, e da ultimo nell'Accordo Programmatico Interaziendale per la redazione dell'Atto Aziendale, formalizzato con D.G.R. n. 624/2015, prevede un'articolazione delle Aziende Sanitarie regionali in Distretti della Salute come definiti dal comma 1 dell'art. 4 della su menzionata L.R. n. 12/2008.

Ai sensi dell'art. 34 della Legge Regionale 30 aprile n. 7/2014, "Articolazione Distrettuale delle Aziende Sanitarie - Disposizione Transitoria" nelle more della ridefinizione della governance del territorio Regionale della Basilicata, i Distretti della Salute di cui al comma 1 dell'articolo 4 della L.R. n. 12/2008 coincidono con le perimetrazioni dei Distretti Sanitari vigenti al 31 dicembre 2008, ne mantengono le relative sedi e l'organizzazione territoriale alla stessa data vigente.

Conseguentemente l'Azienda Sanitaria Locale di Matera è articolata in Distretti territoriali, i cui ambiti coincidono con l'ambito socio – territoriale delle tre Aree Programma, costituite ai sensi della L.R. 30 dicembre 2010, n. 33, così come integrata dalla D.G.R. n. 246/2012: Bradanica-Medio Basento, Metapontino-Collina Materana, Comune di Matera.

Nell'impianto programmatorio regionale, il Distretto si configura quale macro organizzazione complessa dell'Azienda, a cui va riconosciuta autonomia di risorse e di gestione, deputata al governo della domanda, alla garanzia dei LEA sociosanitari e alla presa in carico dei bisogni complessivi della popolazione, con particolare riferimento alle fragilità ed ai soggetti non autosufficienti.

Coerentemente a tale impostazione al Distretto sono assegnate funzioni di programmazione delle attività territoriali con compiti di pianificazione e di gestione integrata dei servizi sanitari e socio sanitari sul territorio di competenza.

L'attuazione del modello organizzativo previsto dalla programmazione regionale richiede una revisione del sistema sanitario territoriale con la ridefinizione degli assetti organizzativi da assicurare in forma graduale nel tempo in una logica di progressività degli interventi, che richiederanno necessariamente nuove direttive da parte della Regione.

Nelle more della concreta attuazione del modello organizzativo distrettuale, secondo quanto previsto negli atti di indirizzo programmatico regionale, quest'Azienda ha continuato nel corso del 2015 a portare avanti la riorganizzazione dell'assistenza territoriale, attraverso l'accentramento nel Distretto delle funzioni di coordinamento delle attività territoriali presenti nell'Azienda e nell'affidamento delle stesse ad unico Responsabile.

Nello specifico le attività territoriali di che trattasi si riferiscono alle cure primarie, all'assistenza specialistica ambulatoriale, all'assistenza domiciliare, all'assistenza farmaceutica territoriale, all'assistenza residenziale e semiresidenziale, all'assistenza alle dipendenze patologiche, alla salute mentale, all'assistenza riabilitativa, all'assistenza protesica, all'assistenza integrativa, all'assistenza consultoriale.

La novità organizzativa più importante introdotta nel 2015, con l'approvazione dell'Atto Aziendale dell'ASM, è **l'istituzione del Dipartimento Integrazione Ospedale – Territorio**, in cui confluiscono tutte le unità operative complesse e semplici dipartimentali che erogano assistenza territoriale, unitamente alle unità operative ospedaliere deputate all'integrazione con il territorio. Nello specifico, il suddetto dipartimento è preposto alla gestione e al monitoraggio dei processi di governo clinico, dei percorsi assistenziali ospedalieri e della loro integrazione con quelli territoriali, esercitando azioni di coordinamento finalizzate al conseguimento di sinergie ed efficienze in ambito assistenziale.

Il nuovo Atto Aziendale ha ridefinito l'articolazione organizzativa della funzione assistenziale territoriale, prevedendo nella fase a regime, accanto alle UU.OO.CC. relative alle Direzioni dei 3 Distretti aziendali, la conversione delle UU.OO. di Medicina Fisica e Riabilitazione, di Lungodegenza di Stigliano e di Lungodegenza di Tricarico, da Strutture Complesse a Strutture Semplici Dipartimentali, oltre all'istituzione delle seguenti UU.OO.SS.DD.:

- U.O.S.D. Pneumologia Territoriale
- U.O.S.D. Gestione rapporti MMG/PLS

- U.O.S.D. Coordinamento attività Domiciliari e Palliative e Ricoveri
- U.O.S.D. Cure Palliative - Hospice
- U.O.S.D. Coordinamento Attività di Gestione Appropriata Percorsi Riabilitativi
- U.O.S.D. Nutrizione Clinica e Dietologia
- U.O.S.D. Servizio Farmaceutico territoriale
- U.O.S.D. Area Cronicità: Integrazione Ospedale - Territorio

Nel corso del 2015 quest'Azienda ha assicurato la presa in carico delle persone con bisogni sanitari sul territorio, seppure attraverso un'organizzazione provvisoria ed ancora non ben definita nei suoi tratti essenziali, impegnandosi nell'attivazione e nello sviluppo di percorsi assistenziali integrati sia con le strutture operative aziendali sia tra queste ed i medici convenzionati, quali nello specifico i MMG, PLS e MCA, al fine di assicurare all'utenza una risposta assistenziale continua, uniforme ed omogenea sul territorio in alternativa al ricovero ospedaliero, con maggiori garanzie in termini di appropriatezza, efficacia ed efficienza delle cure.

In particolare anche nel corso del 2015 è proseguita l'attività del **Tavolo Permanente tra l'ASM e l'Ordine dei Medici**, istituito già nel 2012, finalizzata a implementare un confronto costante sull'appropriatezza allo scopo di favorire l'integrazione tra l'ospedale e il territorio con il duplice obiettivo di migliorare tempi e qualità dei servizi ed al contempo contenere la spesa sanitaria. Tra le azioni principali poste in essere dal tavolo vi è stata la gestione delle liste d'attesa per le prestazioni specialistiche, attraverso l'introduzione delle classi di priorità per patologia, che ha di fatto garantito una riduzione dei tempi d'attesa per le prestazioni maggiormente interessate da tale criticità.

Il potenziamento dell'assistenza territoriale e, più in generale lo spostamento del baricentro assistenziale dall'Ospedale al Territorio, ha favorito un decongestionamento delle attività ospedaliere con il contenimento del relativo tasso di ospedalizzazione entro i parametri definiti dalla programmazione nazionale e regionale.

Nell'ambito della strategia di collaborazione, coinvolgimento ed integrazione con i MMG/PLS, nel corso del 2015 sono stati promossi numerosi incontri ed audit finalizzati alla sensibilizzazione e responsabilizzazione delle suddette categorie di medici in ordine al raggiungimento degli obiettivi aziendali, con particolare riferimento a quelli sull'appropriatezza prescrittiva, sull'efficienza e l'efficacia assistenziale.

A tal proposito il Comitato Consultivo aziendale ha istituito un apposito gruppo di lavoro paritetico tra l'ASM e i MMG/PLS, al fine di risolvere una serie di problemi interpretativi in ordine a prestazioni di particolare impegno, nell'intento di migliorare l'appropriatezza di tali prestazioni.

Altra iniziativa che la ASM sta promuovendo nella stessa direzione, ai fini del potenziamento delle attività territoriali, è **l'avvio di forme di integrazione tra la Medicina di gruppo/Pediatria di Libera Scelta e le attività distrettuali svolte dagli specialisti operanti negli ospedali e/o sedi distrettuali, sulla scia della sperimentazione avviata presso l'Ospedale di Tricarico con l'attivazione della Casa della Salute**. L'obiettivo è quello di concedere ai Medici della medicina di gruppo presenti nel territorio della provincia di Matera, l'utilizzo degli ambulatori e delle tecnologie presenti nelle sedi distrettuali, al fine di garantire la continuità di presenza all'interno delle stesse strutture di almeno un medico dell'Assistenza Primaria per tutti i giorni della settimana, la cui attività va ad integrarsi con quella degli specialisti operanti nei suddetti presidi, al fine di condividere:

- l'organizzazione dell'assistenza ai pazienti affetti da patologie croniche,
- la predisposizione di PDTA specifici,
- i protocolli per i ricoveri programmati dei pazienti e la relativa dimissione concordata,
- la partecipazione ad attività di audit per la definizione della presa in carico del paziente,
- obiettivi aziendali e di appropriatezza prescrittiva.

In questa direzione, nel corso del 2015, è stato avviato un progetto presso la sede distrettuale di Irsina, che diventerà operativo non appena saranno terminati i lavori di ristrutturazione degli immobili ad esso destinati.

Nel corso del 2015 si è dato seguito alle attività di collaborazione ed integrazione ospedale – territorio per la gestione delle malattie croniche, che già nel 2012 avevano portato alla stesura di un documento comune tra le direzioni dell'Ospedale di Matera e il Distretto sulla dimissione partecipata e concordata e sulla formalizzazione di percorsi post dimissione che coinvolgono sia l' U.O. ospedaliera, che dimette, sia il

Distretto, che effettua la successiva presa in carico. Tale collaborazione si fonda sulla centralità dell'assistenza territoriale - domiciliare per la gestione delle malattie croniche, attraverso la presa in carico del paziente, basata sulla medicina d'iniziativa il cui valore aggiunto è la costruzione di una risposta proattiva alla cronicità tramite un team multi professionale (medico di distretto, MMGG, MCA, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali, privato sociale e centri accreditati esterni) in grado di gestire pluripatologie e multiproblematicità sanitarie e socio assistenziali evitando il ricovero ospedaliero. La presa in carico territoriale prevede che, a seguito della dimissione ospedaliera, il Distretto si faccia carico della unicità dell'assistenza rappresentando un unico filo conduttore costituito da assistenza specialistica ambulatoriale, assistenza domiciliare, assistenza farmaceutica, protesica, integrativa.

Un ruolo molto importante nell'ambito dell'assistenza territoriale è quello svolto dalle Cure Domiciliari.

In particolare nel corso del 2015 i servizi ADI della ASM hanno consolidato il processo di adeguamento alle Linee Guida regionali, con particolare riferimento alle cure domiciliari di 3° livello, perseguendo gli obiettivi previsti dalla programmazione regionale ed aziendale.

La cartella domiciliare viene ormai utilizzata su tutto il territorio ASM, con continue verifiche sul corretto utilizzo.

Strategica, ai fini dell'integrazione Ospedale – Territorio è l'attività dell'U.O.S.D. di **Geriatría Territoriale**, afferente al Coordinamento dell'Area della Cronicità, rivolta prevalentemente ai pazienti affetti da patologie acute e croniche ad alto rischio di fragilità, che nel 2015 ha consolidato il modello clinico – assistenziale interdipartimentale, per un'integrazione ospedale – territorio.

Nello specifico, il modello organizzativo adottato prevede l'espletamento di attività sia di tipo ospedaliero che territoriale, articolate su 5 giorni alla settimana.

Le attività ospedaliere (le mattine del lunedì e giovedì con un terzo accesso il martedì o giovedì) sono state:

Presa in carico dei pazienti con una "Dimissione Protetta" dopo una Valutazione Multidimensionale che ha coinvolto l'intero Dipartimento Medico, l'ASI, l'Urologia e la Cardiologia;

Ambulatorio di Geriatría Territoriale presso il P.O. di Matera, con eventuale presa in carico dei pazienti;

Ambulatorio integrato con le U.O. di Pneumologia, di Malattie Infettive e di Geriatría (per le sole prestazioni di diagnostica vascolare) garantendo ai pazienti accesso diretto alle prestazioni, senza prenotazione CUP.

Le attività territoriali nel Comune di Matera e nella sede distrettuale di Grottole sono state:

Ambulatorio di Geriatría Territoriale presso la sede distrettuale di Grottole, con presa in carico dei pazienti;

Valutazione appropriatezza dei ricoveri presso strutture residenziali regionali ed extraregionali;

Attivazione Assistenza Domiciliare dopo visita domiciliare e condivisione con il MMG;

Consulenze geriatriche domiciliari e presso strutture residenziali;

Certificazioni a valenza medico-legale su richiesta delle commissioni d'invalidità civile;

Sostituzione PEG a domicilio nel comune di Matera;

Programmazione ricoveri presso il P.O. di Matera per impianto PEG e accessi ambulatoriali per posizionamento cateteri venosi presso la Rianimazione;

Viene assicurato tutt'ora nel comune di Matera il posizionamento e la sostituzione del sondino nasogastrico per la nutrizione enterale in pazienti non proponibili per la PEG. Tale prestazione è attualmente esclusa nel nomenclatore tariffario della Regione Basilicata anche se prevista nelle nuove linee guida delle prestazioni da assicurare in assistenza domiciliare.

Altra funzione strategica nell'ambito della integrazione Ospedale – Territorio è quella svolta dalla **Chirurgia Territoriale** le cui attività si sono consolidate nel corso degli anni. In particolare nel 2015 sono stati standardizzati i protocolli operativi tra la UO di Chirurgia Territoriale e le UOC di Chirurgia del PO di Matera (Chirurgia Generale, Chirurgia Vascolare e Chirurgia Plastica) finalizzati alla dimissione protetta con conseguente presa in carico del paziente dimesso. In particolare si è concordato che la dimissione debba avvenire entro la giornata del giovedì in modo che il Centro di Coordinamento possa interagire con la centrale operativa della cooperativa che gestisce l'assistenza domiciliare, oltre che provvedere alla prescrizione di eventuali ausili attraverso la predisposizione del relativo piano terapeutico.

La Chirurgia Territoriale oltre a fornire prestazioni chirurgiche domiciliari su tutto il territorio provinciale, esegue le dimissioni protette, assicurando la reale presa in carico del paziente.

Nella stessa direzione si colloca l'attività di **Neurologia Territoriale** svolta nel solo ambito dell'ex ASL n.5 di Montalbano, che fornisce consulenze ai pazienti presso gli Ospedali di Policoro, Tinchì e Stigliano, oltre ad assicurare prestazioni specialistiche domiciliari. Nel corso del 2015 è proseguita l'intensa collaborazione con i reparti dell'Ospedale di Policoro (anche con notevoli controlli post ricovero) così come con la Neurologia dell'Ospedale di Matera a cui vengono inviati i casi che necessitano di approfondimento diagnostico. Sono state attivate, inoltre, le classi di priorità per le visite ambulatoriali.

Altro obiettivo di tipo organizzativo perseguito dall'ASM nel corso del 2015, nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria, ha riguardato le attività realizzate per effetto ed in conseguenza del **Protocollo siglato tra la ex ASL n. 4 di Matera e tutti i Comuni rientranti nel territorio aziendale (Conferenza dei Sindaci del 3 e 17 dicembre 2007) con riferimento specifico all'assistenza domiciliare integrata**, che hanno consentito di "fondere" all'interno di un unico modello assistenziale le competenze e gli apporti di tipo sanitario provenienti dall'Azienda con quelli di tipo sociale offerti dai Comuni.

Il servizio integrato si rivolge ai cittadini "fragili" o anche detti "cronici", in quanto portatori di patologie particolarmente gravi (malattie oncologiche, accidenti vascolari, fratture, vasculopatie e malattie invalidanti) inseriti nel programma di assistenza domiciliare gestita dai Comuni.

Lo scopo di tale Protocollo, oltre alla costruzione di un sistema di cure globali con al centro la "persona" e non più la prestazione, riguarda il superamento degli interventi singoli e frammentati e, di conseguenza, il miglioramento delle prestazioni stesse all'interno della qualità della vita da promuovere in ogni caso.

Presso la Casa Circondariale di Matera è assicurata l'assistenza ai detenuti tramite una turnazione del personale sanitario tipo H24, gestita in modo integrato da infermieri e medici.

Di rilievo sotto il profilo organizzativo è il consolidamento nel corso del 2015 delle procedure per la sanità penitenziaria, essendo la casa circondariale parte integrante delle attività territoriali dell'Azienda Sanitaria, finalizzate non solo all'applicazione delle disposizioni nazionali e regionali, ma soprattutto a favorire la presa in carico completa del cittadino detenuto.

Nel 2015 quest'Azienda ha provveduto a prorogare l'attribuzione degli incarichi di medico incaricato provvisorio per il servizio integrativo di assistenza sanitaria e guardia medica nella casa circondariale di Matera, in ottemperanza alle disposizioni contenute nella DGR 1126/2009 e nelle more dell'adozione di specifica disciplina di regolamentazione del rapporto di lavoro del personale che opera negli istituti penitenziari e nei centri di giustizia minorile.

Nell'ambito dell'assistenza territoriale un ruolo di primo piano è svolto dal Dipartimento dei servizi per la Tutela della Salute Mentale dell'Azienda ASM, che è un tipico esempio di Dipartimento trasversale composto cioè da UU.OO. sia ospedaliere che territoriali. Esso è costituito dalle seguenti Aree:

Area Salute Mentale Adulti

- Ospedaliera (Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura Matera e Policoro; D.H. Matera e Policoro)
- Territoriale (Centro di Salute Mentale Matera e Policoro; Centro Diurno Matera e Policoro;
- Strutture Residenziali Matera e Policoro)

Area di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva

- Ospedaliera
- Territoriale

Area delle Dipendenze Patologiche

- Ser.T (Matera e Policoro)
- Strutture residenziali Terapeutiche Riabilitative

Area di Psicologia

- U.O.C. Psicologia

Il nuovo Atto Aziendale ha previsto per la fase transitoria, la seguente articolazione organizzativa del Dipartimento di Salute Mentale:

U.O.C. Spazio Psichiatrico Diagnosi e Cura

U.O.C. Centro Salute Mentale

U.O.C. Neuropsichiatria Infantile

U.O.C. Ser.D. - Servizio Dipendenze Patologiche

U.O.C. Psicologia Clinica

U.O.S.D. Spazio Psichiatrico di Diagnosi e Cura Matera

U.O.S.D. Centro Salute Mentale Matera
U.O.S.D. Neuropsichiatria Infantile Territoriale
U.O.S.D. Centri Diurni

U.O.S.D. Disturbi della Condotta Alimentare

prevedendo per la fase definitiva l'accorpamento delle UU.OO.CC. Ser.t e Psicologia Clinica in un'unica Struttura Complessa.

2.3.9. I RISULTATI RAGGIUNTI IN MERITO ALLA RIQUALIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA EROGATA SUL TERRITORIO

- Nell'ambito delle **strategie di riqualificazione dell'offerta assistenziale erogata sul territorio**, si colloca la manifestazione di interesse indetta con deliberazione n. 1177 del 01/09/2015, con cui è stato approvato l'avviso pubblico per l'acquisto, da finanziare con specifici fondi regionali, di un immobile, finalizzato a consentire il proseguimento delle attività sanitarie attualmente dislocate nei locali privati in locazione, posizionati nei pressi del P.O. di Tinchi, determinando notevoli economie di spesa per l'Azienda. In tal modo si potrebbe evitare anche la ricostruzione del c.d. «terzo piano» del plesso ospedaliero di Tinchi, la cui demolizione è stata approvata dall'Azienda per motivi di sicurezza, consentendo un'ulteriore economia di spesa. Con la suddetta delibera aziendale è stata, conseguentemente, approvata la domanda di manifestazione di interesse alla vendita di un immobile da destinare ad attività sanitarie nella frazione di Tinchi.

Nel corso dell'anno 2015, con la delibera n. 1249 del 16/09/2015, è stato formalmente approvato il progetto esecutivo relativo ai lavori di completamento del distretto sanitario di Policoro con la realizzazione del 1° e 2° livello dell'edificio da adibire a sede di PTS, guardia medica, attività dei servizi sanitari territoriali, la cui spesa, pari complessivamente ad € 1.300.000, è finanziata interamente dalla Regione Basilicata, giusta D.G.R. 1058/2015. La realizzazione del suddetto intervento consentirà il trasferimento delle varie attività sanitarie distrettuali, relative al PTS, alla Guardia Medica, oltre alle altre attività territoriali, attualmente allocate in strutture private, con risparmio dei costi di fitti, stimati in circa € 200.000 annui.

- nel corso del 2015 la ASM ha elaborato un progetto, che è tutt'ora al vaglio della Regione Basilicata, inerente il progetto «**CHRONIC CARE MODEL – AREA INTERNA COLLINA MATERANA**» che si inserisce nell'ambito del più complesso PROGETTO AREE INTERNE, da candidare agli appositi finanziamenti ministeriali, finalizzato all'implementazione di un modello di gestione della cronicità sul territorio della Collina Materana dell'ASM e, più specificatamente nei comuni di Accettura, Aliano, Cirigliano, Craco, Gorgoglione, Oliveto Lucano, San Mauro Forte e Stigliano. In particolare il progetto si propone l'obiettivo di fornire una risposta assistenziale alle fragilità tipiche della suddetta area, quali l'invecchiamento, lo spopolamento e la cronicità, attraverso la definizione di strumenti, risorse e modelli organizzativi che implementino meccanismi o processi di Assistenza Medica Proattiva entro uno scenario tipicamente territoriale. Il progetto propone l'implementazione di una nuova offerta di servizi di cura ed assistenza sul territorio, che prevede l'interazione di figure professionali già note nell'attuale modello assistenziale, quali i MMG, con nuovi professionisti, quali i case manager, vale a dire gli infermieri che hanno il compito di gestire la reale presa in carico dei pazienti, che assumono un ruolo centrale nel nuovo modello. In ciascun comune è previsto un presidio territoriale che è al contempo ambulatorio infermieristico e la sede del case manager, con la presenza di un call center di case manager raggiungibile via numero verde per fornire «disponibilità» informativa sia a livello organizzativo che assistenziale. Tali presidi saranno equipaggiati con kit diagnostici compositi, dotati di ECG, bilancia, glucometro, sfigmanometro, ecc. che in tempo reale conferiranno i dati al Sistema Informativo (Telemedicina). Il nuovo modello prevede anche un centro diurno per l'accoglienza di persone affette da patologie neurodegenerative. La realizzazione del suddetto progetto consentirebbe la presa in carico globale dei pazienti cronici sul territorio, riducendone significativamente l'ospedalizzazione, attraverso una gestione degli stessi più appropriata, efficace ed efficiente.

Il dettaglio dei risultati raggiunti e il trend delle attività erogate sul territorio (confronto attività anno 2014 – 2015) sono riportati nell'all. n.4, nel quale è possibile visionare tutte le attività svolte nei vari servizi territoriali , quali:

- **CURE PRIMARIE**
- **ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)**
- **ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE**
- **ASSISTENZA CONSULTORIALE E DI PSICOLOGIA**
- **ASSISTENZA PENITENZIARIA**
- **SALUTE MENTALE ADULTI**

2.3.10. I RISULTATI RAGGIUNTI IN RIFERIMENTO AL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Nell'ambito dell'assistenza territoriale, particolare attenzione è stata rivolta, nel corso del 2015, da parte dell'Azienda alla specialistica ambulatoriale, con particolare riferimento all'obiettivo relativo al **contenimento delle liste di attesa**, rispetto al quale è stata avviata una strategia di ampio respiro, finalizzata non solo al potenziamento dell'offerta di prestazioni, attraverso l'apertura di nuovi calendari di prenotazione con particolare riguardo **all'area cardiologica e a quella della diagnostica per immagini**, ma soprattutto al governo della domanda, da realizzare mediante il perseguimento dell'appropriatezza prescrittiva attraverso la lotta alla medicina difensiva con l'obiettivo di evitare il ricorso alle prestazioni non necessarie e inutili.

A tal proposito si elencano di seguito, in via di mera sintesi, **le principali azioni adottate dall'Azienda**, in conformità agli obiettivi definiti dalla programmazione regionale, nella direzione del contenimento dei tempi d'attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali entro i valori standard fissati a livello nazionale e regionale:

- potenziamento dell'offerta di prestazioni, attraverso l'apertura di nuovi calendari di prenotazione con particolare riguardo all'area cardiologica e a quella della diagnostica per immagini;
- individuazione dei referenti della Direzione Generale per il monitoraggio sul rispetto dei tempi nelle liste d'attesa (deliberazione n. 109 del 26/01/2015);
- obbligo rivolto a tutti i Medici prescrittori al corretto utilizzo delle classi di priorità, identificate con i codici U-B-D-P (urgente, breve, differibile, programmabile), secondo le indicazioni stabilite dalla normativa nazionale e recepite a livello regionale dapprima nel Manuale Classi di Priorità 2007, formalizzato con D.G.R. n. 1896/2007, e successivamente nel Manuale Classi di Priorità 2012, formalizzato con D.G.R. n. 140/2012;
- sensibilizzazione e responsabilizzazione sia degli specialisti aziendali che dei MMG/PLS, sia attraverso comunicazioni dirette sia mediante l'organizzazione di ripetuti incontri, programmati a scadenze definite, in cui, anche attraverso la comunicazione dei dati, si sollecita il mantenimento di comportamenti prescrittivi orientati all'appropriatezza ed all'utilizzo razionale delle risorse, rispettando gli obblighi di indicazione della classe di priorità e tutte le altre indicazioni prescrittive previste dalla normativa vigente;
- approvazione di due protocolli, elaborati da gruppi di lavoro costituiti sia da specialisti aziendali che da MMG/PLS, relativi uno all'area Cardiologica e l'altro alla Diagnostica per Immagini, finalizzati a regolamentare l'accesso alle relative prestazioni specialistiche ed indagini diagnostiche, tramite specifico percorso clinico – assistenziale, al fine di contenere le relative liste d'attesa nel termine massimo di 90 giorni (deliberazione aziendale n. 588 del 14/04/2015);
- avvio di collaborazione con i Centri Privati Accreditati, ed in special modo quelli eroganti prestazioni di diagnostica per immagini, con inserimento delle rispettive agende di prenotazione nella procedura CUP;
- intensificazione delle azioni di re-call, finalizzate ad accertarsi della reale presenza dei pazienti agli appuntamenti specialistici calendarizzati ed alla eventuale eliminazione dalle liste di coloro che comunicano la mancata adesione, con la creazione, in questo modo, di nuove disponibilità;

- creazione di speciali liste dedicate per le prestazioni specialistiche finalizzate al rilascio/rinnovo delle patenti di guida, che sono state separate dalle liste delle prestazioni ambulatoriali di tipo “assistenziale”, e per le quali è riservata una sola prestazione per ogni seduta ambulatoriale, in maniera tale da decongestionare le relative agende;
- obbligo di inserimento nei referti degli specialisti aziendali della data di effettuazione del successivo controllo, che non potrà mai essere anticipato, a meno di sopraggiunte situazioni di urgenza o cambiamenti del quadro clinico dei pazienti;
- modifica organizzativa nel percorso relativo al trasporto dei pazienti dall’Ospedale di Policoro a quello di Matera per l’esecuzione dell’esame di coronarografia, per effetto del quale l’accompagnamento in ambulanza di tali pazienti, precedentemente effettuato dai medici dell’U.O. di Cardiologia e UTIC del P.O. di Policoro, viene attualmente assicurato dai Medici della Continuità Assistenziale, consentendo ai cardiologi dell’Ospedale di Policoro di potersi concentrare sulle attività assistenziali, aumentando in tal modo la disponibilità di offerta di prestazioni con ovvie ricadute positive in termini di riduzione delle relative liste d’attesa.

Il raffronto tra i tempi di attesa rilevati all’inizio dell’anno 2015 e quelli rilevati alla fine dello stesso anno fa emergere una sostanziale riduzione dei tempi di attesa per la maggior parte delle prestazioni, a testimonianza dell’efficacia della strategia intrapresa e delle azioni poste in essere dall’Azienda.

Ciò è evidente in particolare per le prestazioni specialistiche i cui tempi di attesa sono oggetto di monitoraggio da parte della Regione, ai sensi del punto 3.1 del Piano Nazionale di Governo dei tempi di attesa (PNGLA) 2010/2012.

Con riferimento specifico a queste ultime prestazioni, dall’analisi condotta, **emerge un trend complessivamente decrescente delle liste d’attesa, con tempi tutto sommato coerenti con gli standard di riferimento per quasi tutte le specialità, in particolar modo per quanto riguarda le prestazioni con codice di priorità più elevato, ma con valori che tendono ad elevarsi per i codici a priorità più bassa.**

Soffermandosi sull’analisi dei tempi di attesa evidenziati per una stessa tipologia di prestazione dalle singole strutture eroganti, a fronte di una frequente disomogeneità degli stessi, si evince come quasi sempre l’Azienda sia in grado di soddisfare la domanda di prestazioni specialistiche in tempi congrui, anche se spesso i tempi più bassi sono garantiti dalle strutture periferiche (sedi distrettuali), che presentano tempi di attesa inferiori a quelli dei servizi degli ospedali maggiori, dove invece spesso si verificano eccessi di domanda e conseguenti intasamenti delle attività.

2.3.11. I RISULTATI RAGGIUNTI IN RIFERIMENTO ALLE ATTIVITA’ SANITARIE DI ASSISTENZA TERRITORIALE PER LA PREVENZIONE E ALL’ORGANIZZAZIONE DI DEI SERVIZI E DELLE PRESTAZIONI EROGATE AI CITTADINI - **DIPARTIMENTI PER LA PREVENZIONE DELLA SALUTE UMANA E PREVENZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE**

2.3.11.1. 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. fino alla approvazione dell’Atto Aziendale, avvenuta negli ultimi anni del 2015.

Fino ad allora, infatti, la struttura organizzativa del Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana prevedeva per ciascuna delle articolazioni funzionali richiamate una doppia Unità Operativa Complessa, una riveniente dall’ex Asl n. 4 di Matera e l’altra dalla ex Asl n. 5 di Montalbano, per un totale di 8 strutture complesse. Con il nuovo Atto Aziendale si è provveduto all’accorpamento delle Strutture Complesse “gemelle”, che ha portato a dimezzare il numero complessivo di strutture complesse, cui tuttavia si sono aggiunte due strutture semplici dipartimentali.

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 2015 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. 4

2.3.11.2. L'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale 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. fino alla approvazione dell'Atto Aziendale, avvenuta negli ultimi mesi del 2015.

Fino a tale data, la struttura organizzativa del Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale, prevedeva per ciascuna delle articolazioni funzionali richiamate una doppia Unità Operativa Complessa, una riveniente dall'ex Asl n. 4 di Matera e l'altra dalla ex Asl n. 5 di Montalbano, per un totale di 6 strutture complesse. Con il nuovo Atto Aziendale si è provveduto all'accorpamento delle Strutture Complesse "gemelle", che ha portato a dimezzare il numero complessivo di strutture complesse, cui tuttavia si è aggiunta una struttura semplice dipartimentale.

Il suddetto Dipartimento è struttura operativa della ASM che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie ed il miglioramento della qualità della vita degli animali e, di riflesso, dell'uomo.

A tal fine promuove azioni atte ad individuare e rimuovere cause di nocività e malattie di origine alimentare, ambientale e 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, di seguito, le principali attività effettuate nel 2015, distinte per singola U.O. erogante.

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.

Con riferimento agli obiettivi relativi alla struttura ed all'organizzazione dei servizi del Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale, nel corso del 2015 si è di fatto 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.5

2.3.12. I RISULTATI RAGGIUNTI IN RIFERIMENTO AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE ATTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALI RIVOLTE AI CITTADINI - RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI ASSEGNATI DALLA REGIONE BASILICATA ALLA ASM CON LA DGR . 662 DEL 2015

Il sistema degli obiettivi assegnati a quest'Azienda per l'anno 2015, prevede complessivamente 16 obiettivi afferenti a 5 principali aree di risultato. I Risultati conseguiti dall'Azienda ASM sono rappresentati nello schema riportato a pagina 58 della presente relazione

Inoltre, si fornisce in allegato, la rendicontazione analitica in ordine al grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla ASM per l'anno 2015, in conformità agli indirizzi programmatici contenuti nella D.G.R. 662/2015. (all. n. 9 Relazione sul raggiungimento obiettivi ASM DGR 662 /2015)

2.3.13. I RISULTATI RAGGIUNTI IN RIFERIMENTO AGLI INVESTIMENTI EFFETTUATI E FONTE DI FINANZIAMENTO DEGLI INVESTIMENTI

Molteplici sono stati gli investimenti nel settore sanitario e socio – sanitario effettuati dalla ASM nell'anno 2015.

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.

Per non appesantire la relazione, si riportano in allegato (n.6 e n. 7) i prospetti riepilogativi relativi agli investimenti effettuati nel 2015 dalla ASM, facendo distinzione tra i beni mobili ed immobili, nell'ambito della programmazione aziendale degli investimenti nel settore sanitario e socio – sanitario.

2.3.14. I RISULTATI RAGGIUNTI IN RIFERIMENTO ALI OBIETTIVI ECONOMICI - FINANZIARI

L'esercizio 2015 dell'ASM - Azienda Sanitaria Locale di Matera sotto il profilo economico, pur chiudendosi formalmente con una perdita contabile pari a 3,346 milioni di euro, nella sostanza si caratterizza per il raggiungimento, per il terzo anno consecutivo, dell'equilibrio di gestione, consolidando quell'inversione di tendenza rispetto al passato, avviata nel 2013 e proseguita per il 2014, che ha consentito la tenuta del sistema, preservandone le condizioni di sostenibilità.

Il bilancio 2015 si è chiuso evidenziando una perdita d'esercizio pari a 3,346 milioni di euro, che tuttavia assume una connotazione ed una natura meramente fittizia, essendo l'effetto di una differente tecnica di contabilizzazione dell'integrazione della quota del F.S.R. spettante all'ASM per l'anno 2015, quale parziale rimborso per i farmaci innovativi, ai sensi della "Legge di Stabilità Regionale 2016".

Tali considerazioni consentono di affermare che la gestione economica dell'Azienda Sanitaria Locale, anche per l'anno 2015, risulta in perfetto equilibrio, confermando il trend positivo del triennio precedente.

Il risultato è, di per sé estremamente positivo, anche in considerazione del notevole incremento del costo dei farmaci, determinato dall'ingresso in commercio dei farmaci innovativi, quali nello specifico quelli per la cura dell'epatite C, acquisisce una valenza tanto maggiore in considerazione della minore quota del F.S.R. indistinta assegnata all'ASM nel 2015, ridottasi di 2,187 milioni di euro rispetto all'anno precedente.

Il trend virtuoso dei risultati di gestione relativi agli ultimi anni, stigmatizza gli effetti derivanti da una strategia di grande rigore sotto il profilo economico e finanziario, avviata dall'Azienda nel corso del 2012 e proseguita negli anni successivi, evidenziando la considerevole riduzione del gap tra costi e ricavi realizzata nel periodo considerato, con il definitivo azzeramento di un deficit economico che 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 consolidare l'equilibrio di bilancio anche per il 2013 e 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.

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	Consuntivo 2014	Consuntivo 2015	Scostamento	
				cons.'15 - cons.'14	
Valore della produzione	380.752	388.134	390.022	1.888	0,5%
Costi di produzione	374.243	381.969	387.295	5.326	1,4%
Proventi e oneri finanziari	0	0	0		
Proventi e oneri straordinari	1.557	2.138	1.821	-317	-14,8%
Imposte e tasse	7.950	8.027	7.894	-133	-1,7%
Risultato d'esercizio	116	276	-3.346	-3.622	-1312,3%

Come già accennato, Il bilancio d'esercizio 2015 si è chiuso formalmente con una perdita di esercizio pari a -3,346 milioni euro, che ha natura meramente fittizia, in quanto sarà compensata interamente da un'integrazione della quota del F.S.R., pari a 3,5 milioni di euro, già disposta dalla Regione Basilicata con la Legge di Stabilità Regionale 2016, a titolo di parziale rimborso dei farmaci innovativi utilizzati, con riferimento specifico ai farmaci per la cura dell'epatite C dispensati nel corso del 2015.

Per ulteriori e più dettagliate informazioni sul raggiungimento degli obiettivi economici e finanziari, si rimanda alla relazione sulla gestione allegata al bilancio di esercizio anno 2015 delibera aziendale n. 651 del 30 aprile 2016 così come integrata dalla delibera 706 del 16.05.2016.

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.
- Adozione del nuovo Atto Aziendale dell'ASM che ha portato a coronamento in maniera definitiva il processo di unificazione delle due Aziende, ex ASL n. 4 di Matera e ex ALS n. 5 di Montalbano Jonico, confluite nell'ASM a partire dal 01/01/2009, accorpando tutte le strutture che erano rimaste duplicate nel vecchio organigramma aziendale ed uniformando tutte le procedure organizzative ed assistenziali presenti all'interno dell'Azienda.

3. OBIETTIVI – RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI

3.1. L'albero della performance

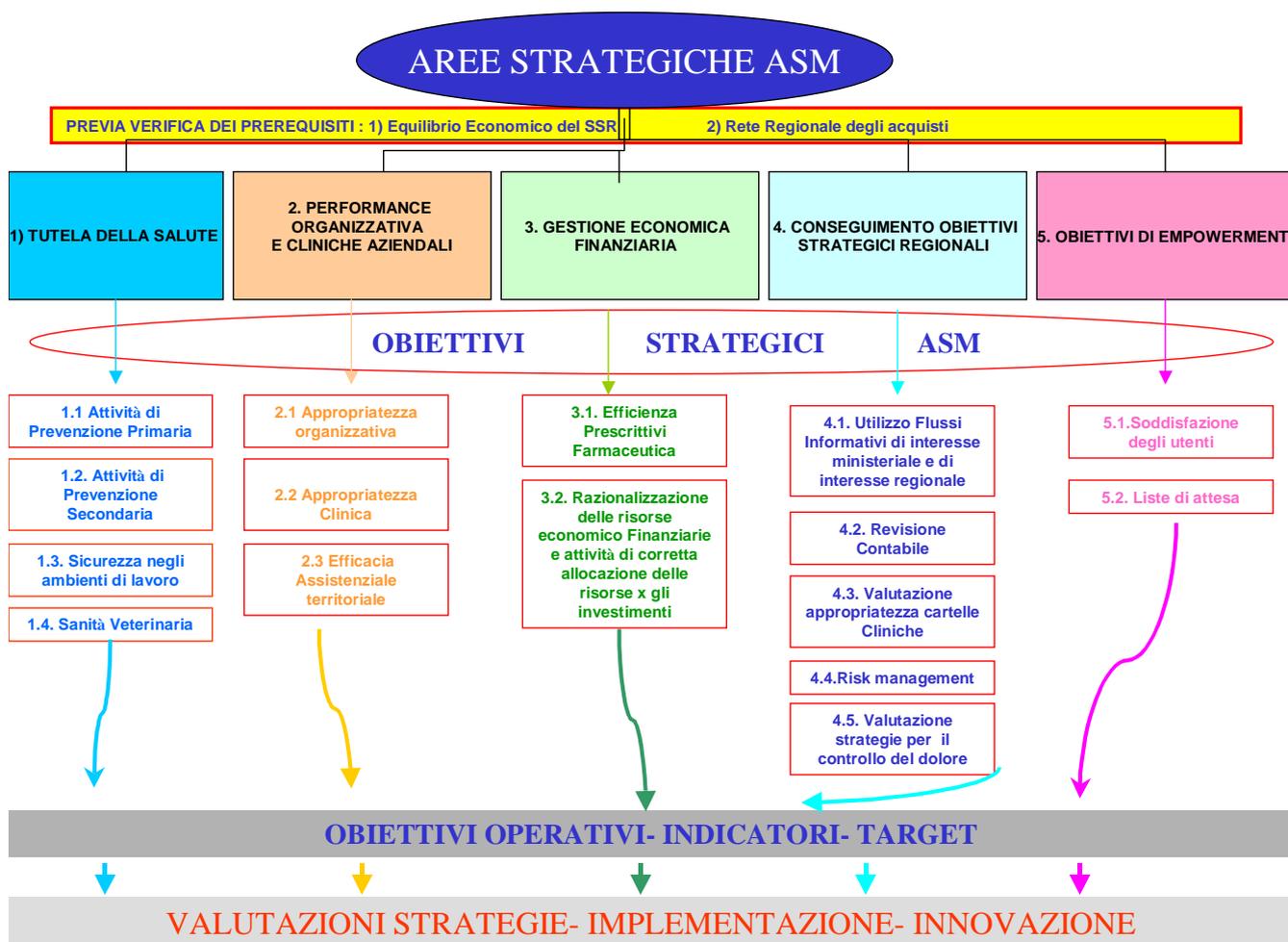
L'Albero della Performance è un diagramma che rappresenta graficamente i legami tra missione, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi. In altri termini, tale diagramma dimostra come gli obiettivi, ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico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

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

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

La definizione del piano della performance è stata quindi sviluppata in base a diverse componenti che influenzano il 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 I livello tra la Direzione Strategica e i Direttori di Dipartimento e Posizioni Organizzative del comparto;

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

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

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

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

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

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

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

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

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. 580 /2015 e s.m.i..

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. 662/2015 ripropone lo stesso impianto già avviato con la D.G.R. degli anni precedenti, sia sotto il profilo strutturale che sotto quello delle logiche sottostanti, che recepisce i cambiamenti nel frattempo intervenuti a livello normativo oltre che nell'ambito dei sistemi di valutazione delle performance delle strutture sanitarie.

3.3. SISTEMA DI VALUTAZIONE

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

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

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

- **Tutela della salute – peso 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 25** Progetti di miglioramento di alcune specifiche aree sanitarie
- **Obiettivi di empowerment – peso 5** 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 misurati con 42 indicatori per le Aziende Sanitarie Territoriali.

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

Ciascuna area si articola in obiettivi specifici, per un totale di 16 obiettivi, e ciascun obiettivo è misurato da uno o più indicatori, per un totale di 42 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 2015, 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. A solo titolo esemplificativo si allega il documento di budget anno 2015 inerente il Dipartimento chirurgico, approvati con delibera aziendale n. 580/2015. (all.n.8).

Ad ogni buon conto si fornisce di seguito lo schema sintetico degli obiettivi assegnati per il 2015 all'ASM, con l'indicazione, laddove possibile, del risultato raggiunto e del conseguente punteggio ottenuto.

3.4. PROSPETTO SUI RISULTATI ASM ANNO 2015: OBIETTIVI DI SALUTE E PROGRAMMAZIONE ECONOMICO SANITARIA DGR 662/2015

OBIETTIVI DI SALUTE E PROGRAMMAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA Anno 2015 - DGR 662/2015								
AREA	NR	OBIETTIVI	INTERVALLI DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI			RISULTATO 2015	PUNTI 2015	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	98,52	1	
	2	Copertura vaccinale MPR nella pop. bersaglio	< 80	da 80 a 90	> 90	86,34	0,50	
	3	Copertura vaccinale antipneumococcica	< 95	da 95 a 97	> 97	98,25	1	
	4	Copertura vaccinale antimeningococcica	< 95	da 95 a 97	> 97	83,11	0	
	5	Copertura vaccinale Papilloma Virus (HPV)	< 95	da 95 a 97	> 97	62,56	0	
Prevenzione secondaria <i>peso 5</i>	6	Estensione screening mammografico	< 80	da 80 a 95	> 95	93,14	1	Dato 2012
	7	Adesione screening mammografico	< 40	da 40 a 80	> 80	55,90	1,5	Dato 2012
Sicurezza ambienti di lavoro <i>peso 4</i>	8	Imprese attive sul territorio controllate	< 5	da 5 a 10	> 10	12,5	4	
Sanità veterinaria <i>peso 6</i>	9	% di campioni analizzati x la ricerca di residui di fitosan. nei prodotti alimentari	No		Si'	150 %	1	
	10	% Ovini e caprini testati x scrapie	No		SI'	95,00 %	1	
	11	% di campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale	No		SI'	98,57%	1	
	12	Alimentazione dell'anagrafe degli stabilimenti (reg.CE853/04)	No		SI'	90%	1	
	13	Allineamenti del coontrollo ufficiale dello standard (D.lgs.193/2007)	No		SI'	100%	1	

	14	Registrazione di ufficio delle imprese alimentari	No		SI'	100%	1	
AREA	Nr.	OBIETTIVI	INTERVALLI DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI			RISULTATO 2014	PUNTI 2014	NOTE
			0%	50%	100%			
PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI - peso 40								
Appropriatezza organizzativa <i>peso 10</i>	13	Intervallo allarme - Target dei mezzi di soccorso (minuti)	No		SI'	100%	4	
	14	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari	> 33	da 21 a 33	< 21	27,38	1	
	15	DRG LEA chirurgici: % di ricoveri in Day Surgery	< 50	da 50 a 65	> 67	36,67	0	
	16	% di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	> 33	da 23 a 33	< 23	3,20	2	
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	75,47	5	
	21	Proporzione di parti con taglio cesareo	> 33	da 23 a 33	< 23	36,60	0	
Efficacia assistenziale territoriale <i>peso 20</i>	22	Tasso di ospedalizzazione per scompenso X 100.000 residenti (50 -74 anni)	> 250	da 180 a 250	< 180	156,25%	2	Dato 2014 predisposto dall' Istituto Superiore S. Anna
	23	Tasso di ospedalizzazione per diabete X 100.000 residenti (20 -74 anni)	> 30	da 20 a 30	< 20	37,5 %	0	Dato 2014 predisposto dall' Istituto Superiore S. Anna
	24	Tasso di ospedalizzazione per diabete X 100.000 residenti (20 -74 anni)	>60	da 40 a 60	< 40	50,00%	1	Dato 2014 predisposto dall' Istituto Superiore S. Anna
	25	% anziani in cura domiciliare	< 3	da 3, a 7	> 7	6,45%	2,5	
	26	N.abbandono pz.in terapia con statine	> 5	da 8 a 15	< 8	7,11	3	

	27	% di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	> 31	da 27 a 31	< 27	19,87	3	
	28	Consumo di farmaci antibiotici	> 24	da 20 a 24	< 20	24,86	1,5	
GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA - peso 12								
Controllo della spesa farmaceutica Peso 8	30	Rispetto del tetto massimo di spesa farmaceutica ospedaliera	NO		SI' (< - 3,5 %)	SI' (3,40)	2	
	31	Spesa farmaceutica territoriale	NO		SI' (< - 11,35%)	SI' 11,35 %	2	
	32	% utilizzo farmaci biosimilari	< 25	Da 25 a 40	> 40	33,79 %	2	
	33	% utilizzo farmaci presenti nella lista di trasparenza AIFA	< 80	Da 80 a 90	>90	77,32	0	
Razionalizzazione delle risorse economico finanziarie peso 4	34	Investimenti ex art.20	NO		SI'	SI' 100%	2	
CONSEGUIMENTO OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI - peso 26								
Utilizzo dei flussi informativi peso 4	35	Flussi informativi in maniera tempestiva e completa A	NO		SI	SI	2	
	36	Flussi informativi in maniera tempestiva e completa B	NO		SI	SI	2	
Revisione contabile peso 3	37	Certificazione del Bilancio	Opinion negativa No	Opinion con limitaz.	SI' Opinion positiva	SI'	2	
Controllo cartelle cliniche peso 2	38	Valutazione appropriatezza Cartelle Cliniche	NO		SI	SI	2	
Risk management peso 5	39	Piano aziendale di prevenzione del rischio clinico	NO		SI	SI	3	
	40	Relazione annuale di attuazione delle attività di Risk management	NO		SI	SI	2	
Autorizzazione strutture peso 8		Autorizzaz. strutture e/o accred. Strutture sanitarie pubbliche	NO		SI	SI	8	

Strategie controllo dolore <i>peso 4</i>	41	Consumo di farmaci oppiacei	< 1,2	da 1,2 a 2	> 2	0,90	0	
EMPOWERMENT - peso 5								
Soddisfazione degli utenti <i>peso 2</i>	42	Produzione relaz. sulla customer satisfaction	NO		SI	SI	2	
Produzione del Bilancio Sociale <i>peso 3</i>	43	Produzione del Bilancio sociale	NO		SI	SI	3	

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.9) 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 2015, gli indicatori e il target di riferimento, oltre che la percentuale di raggiungimento per ciascun obiettivo. Le attività di valutazione sono state approvate con delibera aziendale n.814/ 2016

3.5. 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 2014, 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 2014, 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 2014 l'ASM di Matera presenta 3 indicatori nella fascia verde scuro, 3 nella fascia verde chiaro, 13 nella fascia gialla, 3 nella fascia arancione e 9 nella fascia rossa.

Nello specifico l'ASM presenta un'ottima performance riguardo alla mortalità per tumori, mentre presenta un performance media per la mortalità per suicidi. 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, (tranne che per le vaccinazioni anti influenzali per gli anziani), 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.

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.

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.

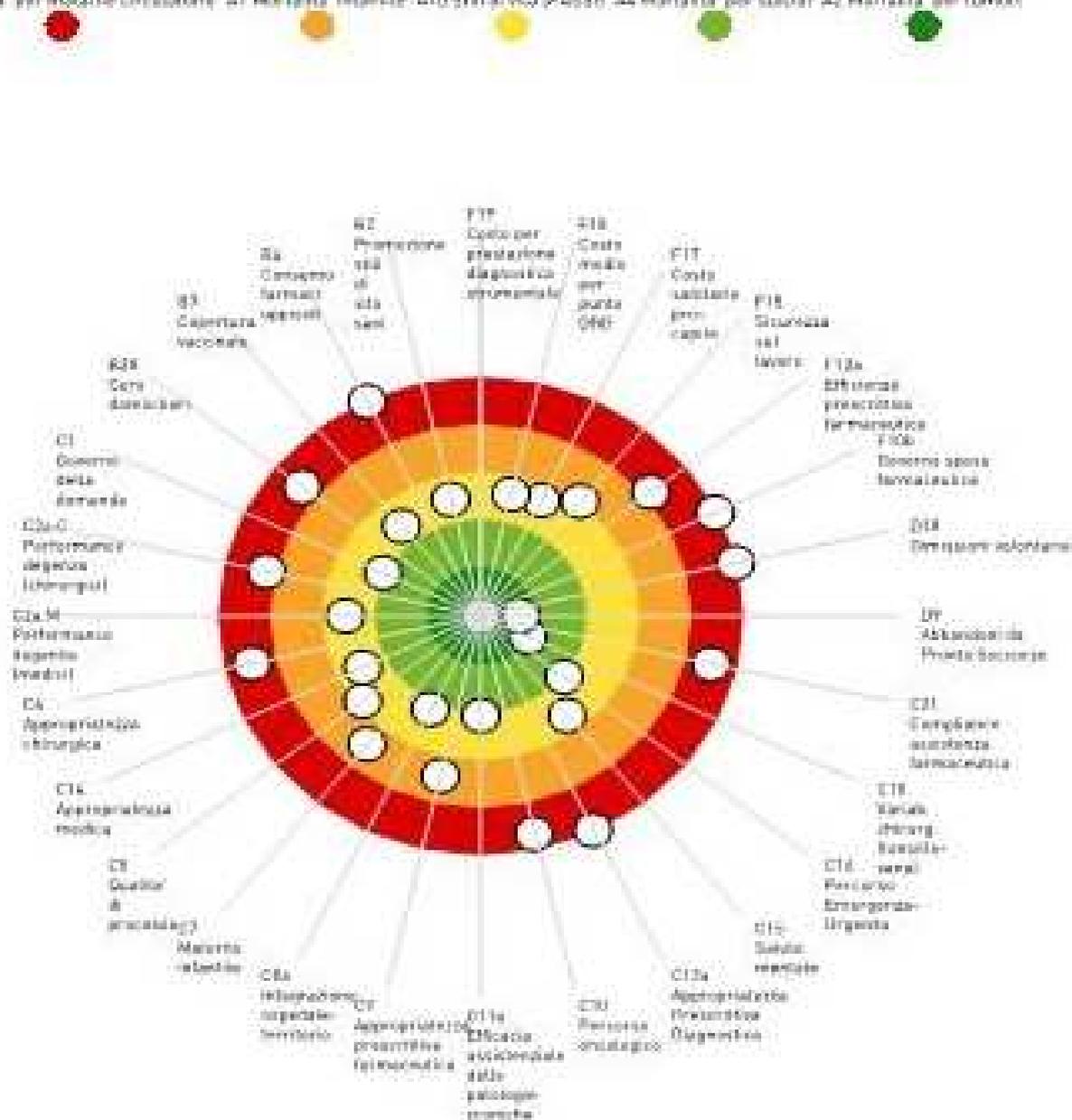
Nella media anche la performance relativa alla sicurezza sul lavoro.

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.

ASM Matera

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

AI Malattia per malattie circolatorie - AI Malattia infettiva - AI OSM (O) VO P4550 - AI Malattia per tumori - AI Malattia per tumori



Il prospetto in calce si riferisce alle principali cause di morte nella ASM
Lo schema / bersaglio invece riguarda le performance della ASM

3.6. 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 2015 (all. 9)

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	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2014 DGR 452/2014	RISULTATI 2015 DGR 662/2015	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
1) TUTELA DELLA SALUTE	1.1 Attività di Prevenzione Primaria	1.1.1. Copertura Vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi)	Cicli vacc. completati al 31dic coorte di bambini che compiono 2 anni x 100	> 98,10 %	98,52	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata Dipartimento di Prevenzione Umana ASM	Dipartimento di Prevenzione Umana UU.OO. di Igiene e Sanità Pubblica di Matera e di Montalbano UU.OO. delle attività territoriali e distrettuali
		1.1.2. Copertura x vaccino MPR	Cicli vac.completati al 31 dic. X MPR /coorte di bambini che compiono 2 anni x 100	90,10%	86,34%	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata Dipartimento di Prevenzione Umana ASM	Dipartimento di Prevenzione Umana UU.OO. di Igiene e Sanità Pubblica di Matera e di Montalbano UU.OO. delle attività territoriali e distrettuali

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2014 DGR 452/2014	RISULTATI 2015 DGR 662/2015	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
1) TUTELA DELLA SALUTE		1.1.3. Copertura vaccinale antipneumococcico	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo di base (3 dosi)	Non presente	98,25%	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata Dipartimento di Prevenzione Umana ASM	Dipartimento di Prevenzione Umana UU.OO. di Igiene e Sanità Pubblica di Matera e di Montalbano UU.OO. delle attività territoriali e distrettuali
		1.1.4. Copertura vaccinale antimeningococcico C			83,11 %		
	1.1 Attività di Prevenzione Primaria	(VGP) 1.1.5. Copertura vaccinale Papilloma Virus	Copertura vaccinale contro il Papilloma Virus (HPV)	Non presente	62,56%	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata	UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia di matera e Policoro Consultori Familiari Distretti UU.OO. di Prevenzione umana

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2014 DGR 452/2014	RISULTATI 2015 DGR 662/2015	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
TUTELA DELLA SALUTE	1.2. Attività di Prevenzione Secondaria	1.2.1 Estensione dello screening mammografico	N. donne invitate allo screening in 2 anni/ Popolaz. di riferimento x 100	86,00%	93,14 %	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata	U.O. di Senologia
		1.2.2 Adesione dello screening mammografico	N. donne che hanno partecipato allo screening mammografico/ n. donne invitate allo screening x 100	56 %	50 %		UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia di Matera e Policoro Consultori Familiari Distretti UU.OO. di Prevenzione umana
	1.3. Sicurezza negli ambienti di lavoro Riduzione degli incidenti sui luoghi di lavoro	1.3.1 Imprese attive sul territorio controllate	n. imprese attive presenti sul territorio controllate/ n. di imprese attive presenti sul territorio x 100	11,46 %	12,05 %	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata UU.OO. di Medicina e Sicurezza dei luoghi di lavoro ASM	Dipartimento di prevenzione Umana UU.OO. di Medicina e Sicurezza dei luoghi di lavoro ASM

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2014 DGR 452/2014	RISULTATI 2015 DGR 662/2015	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI	
TUTELA DELLA SALUTE	1.4 Sanità Veterinaria	1.4.1 % di campioni analizzati per la ricerca di residui di fitosanitari nei prodotti alimentari	N. di campionamenti effettuati / n. di campioni assegnati	Non presente	150 %	Banca dati regionale Anagrafe animale Dip. Prevenzione animale	Dip. Prevenzione salute umana e Dip. Prevenzione salute animale	
		3.5. Sanità Veterinaria	1.4.2 % di ovini e caprini morti testati x SCRAPIE	N. allevamenti testati / n. di capi morti di età sup. ai 18 mesi testati x SCRAPIE	Non presente	100 %	Banca dati regionale Anagrafe animale Dip. Prevenzione animale	Dip. Prevenzione animale
		1.4.3 % di campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale (PNR)	N. tot. di campioni eseguiti / n. di campioni assegnati	Non presente	100%	Banca dati regionale Anagrafe animale Dip. Prevenzione animale	Dip. Prevenzione animale	

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2014 DGR 452/2014	RISULTATI 2015 DGR 662/2015	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
TUTELA DELLA SALUTE	1.4 Sanità Veterinaria	1.4.4 Alimentazione dell'anagrafe degli stabilimenti (Re.CE 852/04)	N. aziende correttamente inserite nel SIS di gestione delle imprese alimentari (BDR) / n. aziende da inserire nel SIS	Ob. Non presente	100 %	Banca dati regionale NSIS	Dip. Prevenzione animale
		1.4.5 Allineamento del controllo ufficiale allo standard (D.lgs.193/07)	Inserimento degli atti prodotti sul modulo software entro il 31 dic. 2015. – Soddisfacimento delle condizioni cap. 1 e 2 su inserimento degli atti prodotti sul modulo software entro il 31.12.2015	Ob. non presente	100%	Dip. Prevenzione animale	
		1.4.6. Registrazione di ufficio delle imprese alimentari	N. aziende registrate di ufficio / n. aziende censite	Ob. non presente	100%		

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2014 DGR 452/2014	RISULTATI 2015 DGR 662/2015	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E CLINICHE AZIENDALI	2.1 Appropriatelyzza organizzativa	2.1.1 Intervallo Allarme - target dei mezzi di soccorso (minuti)	Tempo medio di percorrenza - mezzi di soccorso al di sotto o uguale ai 20 minuti	Ob. non presente	Si'	Centrale operativa 118 Regione Basilicata	Centrale operativa 118
		(VGP) 2.1.2 Riduzione DRG Medici ordinari da reparti chirurgici	n. dimessi da reparti chirurgici con DRG medici x 100 n. dimessi da reparti chirurgici	32,35%	27,38%	SIS Flusso SDO	UU.OO Dipartimenti chirurgici ospedalieri U.U.OO P.S. Direzioni Sanitarie ed amministrative Ospedaliere
		2.1.3 Incremento del setting assistenziale Day Surgery per DRG Lea chirurgici	n. ricoveri effettuati in D.S. / n. ricoveri effettuati in D.S. e ricov. Ordinario x 100	40,57 %	36,07 %	SIS Flusso SDO	UU.OO Dipartimenti chirurgici ospedalieri Direzioni Sanitarie ed amministrative Ospedaliere

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2014 DGR 452/2014	RISULTATI 2015 DGR 662/2015	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E CLINICHE AZIENDALI	2.1 Appropriatelyzza organizzativa	(VGP) 2.1.4 Riduzione Ricoveri medico con finalità diagnostiche	n. ricoveri in DH medico con finalità diagnostica / n. ricoveri in DH medico x 100	8,42%	3,20 %	SIS Flusso SDO	UU.OO Dipartimenti medici ospedalieri UU.OO. attività territoriali Direzioni Sanitarie ed amministrative Ospedaliere
		(VGP) 2.2.1 Intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del femore dell'anziano	n. interventi per frattura femore con degenza preoperatoria <2 / n. interventi per frattura femore x 100	45,50 %	75,47%	SIS Flusso SDO	UU.OO Ortopedia Matera. – Policoro Direzioni Sanitarie ed amministrative Ospedaliere
	2.2 Appropriatelyzza Clinica	(VGP) 2.2.2 Riduzione parti con taglio cesareo primari	n. tot. parti cesarei primari/ n. totale di parti con nessun pregresso parto cesareo x 100	36,00%	36,60 %	SIS Flusso SDO	UU.OO Ostetricia e ginecologia di Matera– Policoro Direzioni Sanitarie ed amministrative Ospedaliere

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2014 DGR 452/2014	RISULTATI 2015 DGR 662/2015	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
EFFICACIA DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE	3.1. Efficacia dell'Assistenza territoriale	2.3.1 (VGP) Riduzione T.O. per scoppio in pop 50-74 anni	N. ricoveri x scoppio cardiaco in res. Fascia di età 50 –74 anni Pop. Residente 50 – 74 anni x 100	< 350	< 156,25	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	37,5 %	SIS Flusso SDO	UU.OO. Dip. Medico UU.OO. attività territoriali Direzioni Sanitarie Ospedaliere
	Efficienza Prescrittiva Farmaceutica	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	50 ricoveri x 100.000 ab.	SIS Flusso SDO	UU.OO. Dip. Medico UU.OO. attività territoriali Direzioni Sanitarie Ospedaliere
		2.3.4(VGP) Incremento Pazienti trattati in ADI >64 anni	N. ric. over 64 ricoverati in ADI Pop. Residente over 64 x 100	6 %	6 ,45 %	SIS Flusso ADI	UU.OO. Ospedaliere UU.OO. attività territoriali

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2014 DGR 452/2014	RISULTATI 2015 DGR 662/2015	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
Efficacia Assistenziale territoriale	3.2 Efficienza Prescrittiva Farmaceutica	2.3.6 (VGP) 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	6,72%	7,11 %	SIS Flusso Marno	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 x100	16,73%	19,87 %	SIS Flusso Marno	DSM UU.OO. attività territoriali Servizi Farmaceutici Territoriali
		2.3.9 (VGP) Riduzione consumo di farmaci Antibiotici	DDD di altri farmaci antibiotici erogati nell'anno x principio N. residenti x 365 x 1000	26,30 %	24,86 %	SIS Flusso Marno	UU.OO. attività territoriali Servizi Farmaceutici Territoriali

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2014 DGR 452/2014	RISULTATI 2015 DGR 662/2015	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
3. GESTIONE ECONOMICA FINANZIARIA	3.1 Controllo della spesa Farmaceutica	3.1.1 Rispetto tetto massimo di spesa farmaceutica ospedaliera	Spesa farmaceutica ospedaliera non deve superare il 3,5 % del Fondo San. Naz. e Reg.	218,92 %	3,40 %	Ufficio risorse finanziarie Dipartimento Salute	Distretti – Attività Territoriali di tutta la ASM Servizi Farmaceutici Territoriali Dipartimenti Ospedalieri
		3.1.2 Riduzione Spesa farmaceutica territoriale (<11,35% del Fondo san. Naz. e Reg.)	Spesa farmaceutica territoriale non deve superare l' 11,35 % del Fondo San. Naz. e Reg.	13,13 %	15,19% (ma è compresa la spesa x farmaci epatite C somma che verrà restituita dalla Regione)	SIS Flusso Marno	Distretti – Attività Territoriali di tutta la ASM Servizi Farmaceutici Territoriali Dipartimenti Ospedalieri
	% di utilizzo di farmaci biosimilari	Incremento dell'utilizzo dei farmaci biosimilare - biologico	U.P. Unità posologiche dei farmaci biosimilari erogati dall'az. nell'anno / totale U.O. di tutti i farmaci con principio attivo presente dei farmaci biosimilari x az. di erogazione	Non presente	30,49%	SIS Flusso Marno	Distretti – Attività Territoriali di tutta la ASM Servizi Farmaceutici Territoriali Dipartimenti Ospedalieri

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2014 DGR 452/2014	RISULTATI 2015 DGR 662/2015	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
3. GESTIONE ECONOMICA FINANZIARIA	% di utilizzo di farmaci presenti nella lista di trasparenza AIFA	Incremento utilizzo farmaci presenti nella lista di trasparenza AIFA	Totale U.O. dei farmaci presenti nella lista di trasparenza AIFA erogate nell'anno / tot. U.P. di tutti i farmaci con principio attivo presente nella lista di trasparenza AIFA erogati nell'anno		77,32 %	SIS Flusso Marno	Distretti – Attività Territoriali di tutta la ASM Servizi Farmaceutici Territoriali Dipartimenti Ospedalieri
	Razionalizzazione delle risorse economiche – finanziarie	3.2.2 Effettuazione Investimenti ex art.20 Affidamento e esecuzione lavori individuati Verifica degli impegni assunti in sede di sottoscrizione dell'APQ	Numero dei "warning" risultanti nel corso dell'anno nella procedura SGP	Si (Vedi relazione all. n. 16)	100%	Ufficio Risorse Finanziarie del Dipartimento salute Regione	U.O. Gestione Tecnica U.O. Gestione Risorse Finanziarie U.O. Economato e Provveditorato

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2014 DGR 452/2014	RISULTATI 2015 DGR 662/2015	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
4. CONSEGUITMENT O OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	4.1. Utilizzo 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 Dipartimento Salute 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 Dipartimento Salute 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 – positiva con limitazioni – impossibilità a certificare da parte dell’ente certificatore	Opinione positiva , l’Azienda ha lavorato al superamento delle non conformità rilevate	Opinione positiva , l’Azienda ha lavorato al superamento delle non conformità rilevate	Ufficio Risorse Finanziarie del Dipartimento salute Regione	U.O. Gestione Risorse Finanziarie

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2014 DGR 452/2014	RISULTATI 2015 DGR 662/2015	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
4. CONSEGUIMENT O OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	4.3. Valutazione appropriatezza cartelle Cliniche	4.3. 1 Valutazione appropriatezza a cartelle cliniche	controllo di almeno il 10% delle cartelle cliniche di dimissione dell'anno in corso 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	Controllate il 16% di Cartelle Cliniche Invio relazione aziendale sul controllo effettuato entro il 15 maggio dell'anno successivo	Controllate il 10,09% di Cartelle Cliniche Invio relazione aziendale sul controllo effettuato entro il 15 maggio dell'anno successivo	Osservatorio Epidemiologico regionale della Basilicata (OER_B)	Direzioni Sanitarie P.O. Matera e P.O. Policoro
	4.4.Risk management	4.4.1. Recepimento formale di tutte le indicazioni di cui alla DGR 137/	Recepimento DGR e Invio del Piano in regione 2015Redazione Piano di previsione delle attività	Si	Si	Ufficio Pianificazione del dipartimento salute Regione	U.O. Medicina Legale e Rischio Clinico
	4.4.Risk management	4.4.2 Relazione di attuazione delle attività di Risk management	Invio relazione di attuazione del Piano per il Risk management	Si	Si	Ufficio Pianificazione del dipartimento salute Regione	U.O. Medicina Legale e Rischio Clinico

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2014 DGR 452/2014	RISULTATI 2015 DGR 662/2015	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
4. CONSEGUITI O OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	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	0,54%	0,90%	SIS Flusso MARNO	Medicina di base Hospice UU.OO: ospedaliere e territoriali che seguono i malati terminali
	Autorizzazione strutture sanitarie pubbliche		Richiesta di autorizzazione / accreditamento inviata alla Regione per alcune strutture sanitarie aziendali	Ob. non presente	In corso di Invio	Regione Basilicata	U.O. Qualità e accreditamento, U.O. Gestione tecnica

5. OBIETTIVI DI EMPOWERMENT	5.1. Soddisfazione degli utenti	5.1.1. Produzione relazione sulla Customer Satisfaction	Invio relazione in regione	Prodotta relazione e Inviata	Prodotta relazione e Inviata	Ufficio Pianificazione del Dipartimento Salute della Regione	URP Aziendale UU.OO Aziendali
	5.2. Produzione del Bilancio Sociale	. Produzione del Bilancio Sociale	Redazione del bilancio sociale della ASM ed invio in regione	Ob. non presente	Il Bilancio sociale ASM anno 2015 è stato redatto ed inviato in Regione	Ufficio Pianificazione del Dipartimento Salute della Regione	U.O. Programmazione e Controllo strategico

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

3.7. 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 2015 è stato approvato con atto deliberativo *n.134/ 2015*, 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.

Si allega in allegato, (n. 10) la relazione annuale sull'esito dell'attività svolta quale rendicontazione sull'efficacia delle misure di prevenzione definite dal PTPC 2015 /2017 approvato con deliberazione aziendale n. 134/2015.

4. RISORSE EFFICIENZA ED ECONOMICITA'

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

4.1 LA GESTIONE ECONOMICO – FINANZIARIA DELL'AZIENDA

Il Bilancio di esercizio per l'anno 2015, si chiude formalmente con una perdita contabile pari a 3,346 milioni di euro, che, come già spiegato precedentemente, assume una connotazione ed una natura meramente fittizia, essendo l'effetto di una differente tecnica di contabilizzazione dell'integrazione della quota del F.S.R. spettante all'ASM per l'anno 2015, quale parziale rimborso per i farmaci innovativi, (soprattutto quelli per la cura dell'epatite C) ai sensi della "Legge di Stabilità Regionale 2016".

È di tutta evidenza che l'iscrizione di 3,5 milioni di euro tra i ricavi di esercizio, (somma che corrisponde esattamente alla spesa per i farmaci innovativi che la Regione dovrebbe restituire), avrebbe determinato la chiusura del bilancio 2015 dell'ASM con l'evidenziazione di un utile pari a 154 euro.

L'esercizio 2015 dell'ASM - Azienda Sanitaria Locale di Matera sotto il profilo economico, nella sostanza si caratterizza per il raggiungimento, per il terzo anno consecutivo, dell'equilibrio di gestione, consolidando quell'inversione di tendenza rispetto al passato, avviata nel 2013 e proseguita per il 2014, che ha consentito la tenuta del sistema, preservandone le condizioni di sostenibilità.

Tale risultato, di per sé estremamente positivo, anche in considerazione del notevole incremento del costo dei farmaci, determinato dall'ingresso in commercio dei farmaci innovativi, quali nello specifico quelli per la cura dell'epatite C, acquisisce una valenza tanto maggiore in considerazione della minore quota del F.S.R. indistinta assegnata all'ASM nel 2015, ridottasi di 2,187 milioni di euro rispetto all'anno precedente.

Il trend virtuoso dei risultati di gestione relativi agli ultimi anni, stigmatizza gli effetti derivanti da una strategia di grande rigore sotto il profilo economico e finanziario, avviata dall'Azienda nel corso del 2012 e proseguita negli anni successivi, evidenziando la considerevole riduzione del gap tra costi e ricavi realizzata nel periodo considerato, con il definitivo azzeramento di un deficit economico che 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 consolidare l'equilibrio di bilancio anche per il 2013 e 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, che ha preso il via nel 2012 con il Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95, ad oggetto "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con l'invarianza dei servizi ai cittadini", convertito, con modificazioni, dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135, ed è proseguito negli anni successivi fino al 2015.

In particolare, i provvedimenti più importanti, adottati nel corso del 2015, sia a livello nazionale che a livello regionale, che hanno inciso in maniera più significativa sulla gestione economica dell'Azienda sono stati:

- l'Intesa n. 113 del 02/07/2015 della Conferenza Stato Regioni in applicazione dell'art. 8 comma 6 della Legge n. 131/2003, concernente l'accordo fra Governo, Regioni e Province autonome circa "... la necessità di operare un efficientamento della spesa sanitaria, da adottare con atto legislativo, ove necessario, con conseguente rideterminazione del livello del finanziamento" nei seguenti ambiti:
 - beni e servizi
 - appropriatezza
 - applicazione del regolamento "definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"
 - farmaceutica territoriale ed ospedaliera
- il D. L. 19 giugno 2015, n. 78 convertito con L. 6 agosto 2015, n. 125, e nello specifico:
 - l' art. 9 ter recante "*Razionalizzazione ed efficientamento della spesa del SSN per beni e servizi, dispositivi medici e farmaci*"
 - l'art. 9 quater recante "*Riduzione delle prestazioni inappropriate*"
- della Circolare dell'Assessore alla Salute – nota prot. n. 161678 – 13A1 del 07/08/2015, ad oggetto «*Intesa CSR n. 113 del 2 luglio 2015. Misure di razionalizzazione della spesa del SSR – anno 2015*» che impegna la ASM a conseguire azioni di risparmio per ulteriori 3 milioni di euro attraverso la predisposizione di un accurato piano di razionalizzazione, di contenimento e di efficientamento della spesa sanitaria, finalizzate ad assicurare l'equilibrio economico regionale, nell'ambito dei settori di spesa convenuti dall'intesa Stato – Regioni del 2/7/2015.

A tal proposito quest'Azienda, con delibera n. 1165 del 25/08/2015, ad oggetto «**Misure di razionalizzazione della spesa sanitaria in attuazione dell'Intesa CSR n. 113 del 2/7/2015 e del D.L. 78/2015. Delega all'immediata applicazione delle prescrizioni. Primi provvedimenti per l'adozione del piano dei risparmi 2015**», al fine di dare immediata e puntuale attuazione sia alle disposizioni dettate dalla Legge n. 125/2015, sia alle prescrizioni regionali, mediante tempestiva esecuzione delle azioni e delle misure di contenimento previste, ha dato mandato ai dirigenti responsabili di ciascun ambito individuato dalle norme su richiamate, di effettuare la ricognizione delle singole voci di spesa, nonché delle aziende/ditte fornitrici o committenti dei servizi, nonché dei provvedimenti da adottarsi.

In riferimento **alla spesa per il personale**, quest'Azienda ha posto in essere tutte le azioni in applicazione degli adempimenti previsti dalla Legge Regionale n. 34/2015 – Assestamento al bilancio – in materia di sanità, con specifico riferimento al piano annuale delle assunzioni, che è stato predisposto nel rispetto dei vincoli finanziari previsti dalla normativa nazionale e regionale e nel rispetto dei vincoli di spesa posti dalla programmazione regionale, tenendo conto della graduale riduzione annua di spesa al fine di garantire entro il 2019 il rispetto di quanto previsto dall'art. 1, comma 584, L. n. 190/2014.

Nell'ambito delle azioni poste in essere dall'ASM nel 2015, al fine della riduzione della spesa attraverso il recupero dell'appropriatezza, si segnala la costituzione di una Commissione Aziendale per i dispositivi medici, formalizzata con delibera n. 915 del 19/06/2015, in supporto alla Direzione Strategica ed al Collegio di Direzione

Nella stessa direzione, con deliberazione n. 1101 del 28/07/2015, quest'Azienda ha emanato una **direttiva vincolante in tema di appropriatezza clinica e organizzativa**, con particolare riferimento alle richieste di esami di TAC e RM, prescrivendo una serie di disposizioni rivolte ai medici prescrittori ed erogatori e dando mandato al Direttore dell'U.O.C. Diagnostica per Immagini di segnalare alla Direzione Sanitaria Ospedaliera

eventuali fenomeni di inappropriata prescrizione da parte dei medici, per i quali, in caso di comprovata responsabilità, sono stati previsti specifici addebiti.

Altra iniziativa importante, intrapresa dall'Azienda nel corso del 2015, finalizzata alla razionalizzazione della spesa attraverso l'innalzamento dei livelli di appropriatezza, è la riorganizzazione della rete dei laboratori e nello specifico l'**accorpamento dei Laboratori Analisi degli Ospedali distrettuali di Stigliano e Tricarico**, in applicazione dell'art. 15 comma 1 della L.R. n. 5/2015, che prevede la chiusura dei laboratori che effettuano meno di 200.000 prestazioni annue.

Nel corso del 2015, è rimasta costante l'attenzione della ASM:

- alla **spesa farmaceutica**, sia quella ospedaliera che quella territoriale, con l'intensificazione delle attività di coinvolgimento e sensibilizzazione sia degli specialisti aziendali sia dei MMG/PLS, in ordine al perseguimento dell'appropriatezza prescrittiva e al rispetto di tutte le indicazioni e i vincoli disposti dalla normativa vigente. In particolare accanto alle azioni già poste in essere negli anni precedenti, l'ASM nel 2015, nell'ambito delle strategie relative al recupero dell'appropriatezza e contenimento della spesa farmaceutica, con deliberazione n. 811 del 22/05/2015, ha provveduto a costituire uno specifico gruppo di lavoro aziendale incaricato del monitoraggio della spesa farmaceutica sia dei medici di medicina generale sia degli specialisti ospedalieri, con particolare riferimento al rispetto degli adempimenti previsti dalla L.R. n. 17/2011, relativi all'obbligo per gli specialisti aziendali di utilizzo del ricettario del SSN per la prescrizione delle prestazioni farmaceutiche e specialistiche ambulatoriali, alle prescrizioni del 1° ciclo terapeutico alla dimissione.
- all'**assistenza specialistica** e riabilitativa erogata dai Centri Privati Accreditati, per i quali sono stati intensificati i controlli finalizzati alla verifica circa la qualità e l'efficacia dei servizi erogati, la perfetta rispondenza ai criteri e standard minimi previsti dalle norme nazionali e regionali, nonché il grado di sicurezza ed appropriatezza degli stessi, con l'immediata attivazione delle misure interdittive previste in caso di inadempimenti o comportamenti difformi dalle disposizioni normative vigenti.
- alla **spesa protesica**, settore in cui è stata costante l'azione di vigilanza e monitoraggio esercitata dalla Commissione Tecnica Aziendale per l'Assistenza Protesica, tesa a perseguire costantemente i principi dell'appropriatezza prescrittiva e dell'utilizzo razionale delle risorse a disposizione, in applicazione delle disposizioni contenute nel "Regolamento aziendale e norme procedurali per l'applicazione del D.M. n. 332 del 27 agosto 1999 e sue integrazioni: prescrizione, autorizzazione, fornitura e collaudo di protesi e ausili", formalizzata con deliberazione aziendale n. 525 del 31/03/2015. Gli effetti delle strategie aziendali, poste in essere con gli interventi di razionalizzazione della spesa sopra indicati, hanno consentito all'Azienda il raggiungimento dell'equilibrio sostanziale di gestione.

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	Consuntivo 2014	Consuntivo 2015	Scostamento	
				cons.'15 - cons.'14	
Valore della produzione	380.752	388.134	390.022	1.888	0,5%
Costi di produzione	374.243	381.969	387.295	5.326	1,4%
Proventi e oneri finanziari	0	0	0		
Proventi e oneri straordinari	1.557	2.138	1.821	-317	-14,8%
Imposte e tasse	7.950	8.027	7.894	-133	-1,7%
Risultato d'esercizio	116	276	-3.346	-3.622	-1312,3%

Il bilancio d'esercizio 2015 si è chiuso formalmente con una perdita di esercizio pari a -3,346 milioni euro, che ha natura meramente fittizia, in quanto sarà compensata interamente da un'integrazione della quota del F.S.R., pari a 3,5 milioni di euro, già disposta dalla Regione Basilicata con la Legge di Stabilità Regionale

2016, a titolo di parziale rimborso dei farmaci innovativi utilizzati, con riferimento specifico ai farmaci per la cura dell'epatite C dispensati nel corso del 2015.

Inoltre, pare opportuno evidenziare come con riferimento all'obiettivo di riduzione dei tempi di pagamento, perseguito da quest'Azienda nel corso del 2015, 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.

Per ulteriori e più approfondite analisi sulla gestione economico – finanziaria dell'Azienda e sul grado di raggiungimento degli obiettivi economici – finanziari, si rimanda alla relazione sulla gestione, allegata al bilancio di esercizio 2015 pubblicata sul sito dell'Azienda nella sezione Amministrazione Trasparente.

5.II 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.

Al fine di dotare il CUG di un logo identificativo condiviso dai dipendenti aziendali, il Comitato ha indetto nel 2014 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”

Il CUG aziendale ha svolto le seguenti attività nel corso dell'anno 2015 :

- 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;
- Informazione al Personale sulle modalità di attuazione del progetto della Regione Basilicata “Valore Donna”;
- Organizzazione di un Seminario rivolto al personale dell'Azienda, sul tema “Appunti e riflessioni sulla violenza” mediante una rappresentazione teatrale, “Maria Barbella – dal braccio della morte alla vita”
- In collaborazione con l'Associazione Italiana Donne Medico sezione di Matera, sono stati organizzati incontri con gruppi di utenti sulla prevenzione delle patologie oncologiche, attraverso la nutraceutica (utilizzo di sostanze naturali, come curcuma, zenzero e altre sostanze nell'alimentazione);
- In collaborazione con l'Associazione Italiana Donne medico sezione di Matera, sono stati organizzati presso le scuole elementari, medie e superiori del territorio, incontri di prevenzione sulle seguenti tematiche rivolti a docenti e/o ragazzi sulle seguenti tematiche:
 - Prevenzione dei disturbi dell'apprendimento;
 - Prevenzione dei Disturbi del comportamento alimentare;
 - Aspetti cognitivi e comportamentali di genere;
 - Gestione dei conflitti nel team docenti;
 - Approccio alla sessualità consapevole
- Coordinamento per la stesura di percorsi sanitari e socio-psicologici 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”;

6. IL BENESSERE AZIENDALE

6.1. Indagine sul Benessere organizzativo aziendale

L'Azienda Sanitaria ASM di Matera ha avviato, nel 2015, una indagine sul "Benessere Organizzativo Aziendale", secondo le indicazioni del Decreto legislativo n° 33/2013.

L'art. 20 del suddetto decreto obbliga le PP. AA. a pubblicare nella sezione "Amministrazione Trasparente" e specificatamente nella sotto-sezione "Performance", i dati relativi ai livelli di benessere organizzativo.

L'indagine si colloca all'interno del sistema di valutazione delle performance delle Aziende Sanitarie ed ha la finalità di far conoscere l'opinione dei dipendenti su alcuni aspetti riguardanti l'organizzazione e l'ambiente di lavoro, il rapporto con i colleghi e il suo superiore al fine di migliorarli nel prossimo futuro.

Lo strumento metodologico utilizzato per l'indagine è un questionario inviato a tutto il personale dipendente, tramite la propria e-mail aziendale, in completa autonomia e nel rispetto della privacy, compilabile collegandosi ad internet da un qualsiasi computer aziendale ed attivo 24 ore su 24.

Il questionario è strutturato in modo da poter ottenere la valutazione sul Benessere organizzativo nel suo complesso, nelle diverse aree tematiche e nei singoli aspetti di ogni area tematica.

L'obiettivo è quello di avere un quadro chiaro della situazione per poter programmare interventi mirati a rimuovere le cause delle disfunzioni rilevate.

Il questionario è articolato in modo tale da coinvolgere il dipendente analizzando tutti gli argomenti che interessano il dipendente.

Si compone di domande chiuse relative alla valutazione del benessere e, in allegato contiene i dati anagrafici dell'operatore, nel rispetto della riservatezza e della privacy. È suddiviso in sezioni, ognuna delle quali sviluppa l'analisi approfondita di specifici aspetti attraverso una serie di domande.

Ogni area si articola in diversi aspetti che sono oggetto di valutazione dettagliata e le domande, partendo da valutazioni generali, si ramificano in domande più specifiche. Questa struttura ad albero consente sia la valutazione del benessere organizzativo percepito nel suo complesso, sia quello in termini analitici su singoli aspetti. Per la valutazione dei singoli item è stata utilizzata una scala che va dal **per nulla** a **del tutto**.

La parte del Questionario di carattere generale è composto dai seguenti item:

- Sicurezza e salute sul luogo di lavoro e stress lavorativo correlato
- Le discriminazioni
- L'equità nella mia Amministrazione
- Carriera e sviluppo professionale
- Il mio lavoro
- I miei colleghi
- Il contesto del mio lavoro
- Il senso di appartenenza
- L'immagine della mia amministrazione

La parte del Questionario sul grado di condivisione del sistema di valutazione è composto dai seguenti item:

- La mia organizzazione
- Le mie performance
- Il funzionamento del sistema

La parte dedicata alla valutazione del superiore gerarchico è composta dai seguenti item:

- Il mio capo e la mia crescita
- Il mio capo e l'equità

Infine vi sono dati anagrafici riconducibili al sesso, qualifica ed età.

L'analisi dei dati ha evidenziato in maniera esplicita sia i punti di forza che le situazioni critiche.

6.2. VALUTAZIONE ANALICA DEI DATI

Per tutto l'anno 2015, i dipendenti ASM sono stati invitati e sollecitati attraverso l'e-mail, alla compilazione del questionario. Sono stati inviati n° 3186 questionari ed hanno risposto solo lo 0,6% dei dipendenti. Pur essendo un campione poco significativo, è stata fatta un'analisi dei dati per ambito.

Chi è il dipendente ASM che ha compilato il questionario:
Dirigente (n° 21)
Non Dirigente (n° 22)
E' di sesso maschile(n° 28)
E' di sesso femminile (n. 17)
Ha un'età tra 31 -40 (n° 3)
Ha un'età tra 41 -50 (n° 13)
Ha un'età tra 51 -60 (n° 22)
Ha un'età > 60 (n° 5)
Ha un'età non specificata (n° 1)
Ha un'anzianità di servizio < 5 anni (n° 1)
Ha un'anzianità di servizio tra 5 -10 anni (n° 8)
Ha un'anzianità di servizio tra 11 -20 anni (n° 8)
Ha un'anzianità di servizio > 20 anni (n° 26)
Non specifica l'anzianità di servizio (n° 2)
Non specifica la sua qualifica (n° 2)

Parte generale

Sicurezza e salute sul luogo di lavoro e stress lavorativo correlato

In questa sezione sono stati presi in considerazione elementi relativi alla sicurezza sul posto di lavoro , ai rischi, alle caratteristiche del luogo di lavoro, agli atti di mobbing, al rispetto della dignità , al divieto di fumo, alle situazioni di malessere.

L'operatore ha dichiarato di essere poco informato sui rischi, di avvertire situazioni di disturbo durante il lavoro quotidiano ed elementi di negatività messi in evidenza dagli operatori di sesso maschile con la qualifica di non dirigenti.

Il divieto di fumo è rispettato e il lavoro è svolto con ritmi sostenibili.

Vengono registrati casi di mobbing e di comportamenti lesivi, evidenziato dall'operatore di sesso femminile con la qualifica sia di dirigente che di non dirigente.

Le discriminazioni

Nel complesso l'appartenenza sindacale, l'appartenenza politica, la razza e la religione, la lingua, la disabilità, l'età, l'orientamento sessuale non sono da ostacolo al rispetto della dignità dell'operatore.

Il giudizio espresso sembra delineare un quadro relativo alla mancanza di discriminazioni sul posto di lavoro, abbastanza soddisfacente.

L'equità nella mia Amministrazione

Tra gli aspetti presi in considerazione nella valutazione del benessere organizzativo, l'equità ricopre un ruolo primario. E' stata analizzata la non equità relativamente al carico di lavoro, alla distribuzione della responsabilità, alla retribuzione in base alla qualità e quantità del lavoro, alla scarsa imparzialità delle decisioni prese dal responsabile. La negatività relativamente a questo ambito è espressa maggiormente da operatori di sesso maschile con la qualifica di dirigente.

Carriera e sviluppo professionale

Anche la valutazione della carriera e sviluppo professionale è coerente con i giudizi espressi circa l'equità.

Gli operatori indipendentemente dal sesso, dalla qualifica, hanno dichiarato che il corso dello sviluppo professionale non è chiaro, che la possibilità della carriera non è legata al merito, che l'Azienda non dà la possibilità di sviluppare capacità ed attitudini individuali e che è parzialmente soddisfatto del proprio percorso professionale.

Il mio lavoro

In questa sezione sono stati presi in considerazione elementi relativi alle aspettative del proprio lavoro, alle proprie competenze, alle risorse e strumenti necessari per poterlo svolgere ed al livello di autonomia.

Se da una parte gli operatori hanno la consapevolezza di avere le competenze per svolgere il loro lavoro, un adeguato livello di autonomia, un senso di realizzazione, dall'altra, lamentano di non avere le risorse e gli strumenti sufficienti.

I miei colleghi

Il rapporto con i propri colleghi assume particolare importanza per gli operatori che lavorano in Azienda.

La valutazione espressa circa il rispetto e la stima dei colleghi, la disponibilità ad aiutare gli altri, è abbastanza soddisfacente. Di contro l'operatore non si sente parte integrante di una squadra e lamenta la non circolazione e condivisione delle informazioni.

Il contesto del mio lavoro

Per la valutazione dello stato di benessere organizzativo, è stato considerato come ambito di particolare importanza, il contesto lavorativo. La quasi totalità ha dichiarato che l'Amministrazione non investe sul personale, anche trascurando la formazione, le regole di comportamento e compiti in base ai ruoli non sono definiti. Manca la circolazione dell'informazione e non vi sono azioni volte a conciliare i tempi di lavoro con i tempi di vita.

Il senso di appartenenza

Gli operatori si sentono orgogliosi che il proprio Ente raggiunge dei risultati e non tollerano che qualcuno parli male dell'Azienda, anche se preferiscono nella maggior parte cambiare Ente e i propri valori coincidono con quelli dell'Azienda.

L'immagine della mia amministrazione

L'immagine dell'Amministrazione vista al di fuori del proprio ambito lavorativo, viene ritenuta abbastanza positiva e viene considerata un Ente importante per la collettività.

Grado di condivisione del sistema di valutazione

La mia organizzazione

Agli operatori è stato chiesto se conoscono le strategie e gli obiettivi Aziendali, se sono chiari i risultati raggiunti e se il proprio lavoro contribuisce al raggiungimento di tali risultati.

La quasi totalità ha risposto di non conoscere gli obiettivi aziendali e di non conoscere i risultati raggiunti e che non sa in che misura il proprio lavoro contribuisca al raggiungimento degli stessi.

Le mie performance

Relativamente alla performance, gli operatori ritengono non solo di non essere valutati in base al proprio lavoro ma di non conoscerne la valutazione e manca l'informazione sul miglioramento dei risultati.

Il funzionamento del sistema

In questa sezione sono stati considerati gli elementi relativi al coinvolgimento degli operatori nel definire gli obiettivi del proprio lavoro, alla tutela da parte del valutatore circa la performance individuale, ai risultati della valutazione per migliorare la performance, ai premi dati alle persone capaci.

I dipendenti non si sentono tutelati dal valutatore e la valutazione che viene fatta non aiuta a migliorare la performance individuale, non si conosce il sistema di misurazione e valutazione della Performance e l'Amministrazione non premia le persone capaci

Valutazione del superiore gerarchico

Il mio capo e la mia crescita

Parlare di un capo all'interno dell'Ente significa, far riferimento a :

Aiuta a capire come raggiungere gli obiettivi.

Riesce a motivare al massimo il lavoro

E' sensibile ai bisogni personali

Riconosce quando si svolge bene il lavoro

Ascolta ed è disponibile a prendere in considerazione le proposte dei suoi collaboratori

Gli operatori dell'Azienda soprattutto di sesso maschile con la qualifica di dirigente hanno evidenziato che: il capo dà un limitato aiuto al raggiungimento degli obiettivi, che non motiva al massimo il lavoro dei suoi collaboratori e non è sensibile ai bisogni personali.

Il mio capo e l'equità

Il capo:

agisce con equità secondo la mia percezione

agisce con equità secondo la percezione dei colleghi

agisce per risolvere problemi

stimolo il capo e lo considero una persona importante

L'indagine sul Benessere Organizzativo Aziendale viene effettuata ogni anno.

Il questionario e i risultati dell'indagine sono stati pubblicati sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente" e specificatamente nella sotto-sezione "Performance".

7. LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ PERCEPITA - “CUSTOMER SATISFACTION”

La valutazione della qualità dei servizi espressa dai cittadini è lo strumento attraverso il quale l’Azienda Sanitaria si impegna a perseguire l’obiettivo della qualità totale per far coincidere i servizi sanitari offerti con le richieste dei cittadini, ottimizzando le risorse disponibili ed intervenendo con azioni mirate e progetti specifici.

Di conseguenza “un’analisi della valutazione della qualità dei servizi” non si traduce in un sondaggio di opinioni, ma dà la possibilità di ascoltare e comprendere fino in fondo i bisogni del cittadino, ponendo attenzione al suo giudizio, sviluppando e migliorando la capacità di dialogo e di relazione, costruendo un modello di relazione basato sulla fiducia.

Ascoltare quello che il cittadino dice, significa considerare l’ascolto una funzione permanente, pianificata ed organizzata.

In effetti già l’art. 14 del D.Lgs n° 502/1992 indicava chiaramente i temi su cui un’Azienda Sanitaria deve concentrare l’impegno migliorativo: “personalizzazione, umanizzazione, diritto all’informazione, qualità delle prestazioni alberghiere e qualità della prevenzione, la qualità delle prestazioni, ecc.”

Per la valutazione della qualità dei servizi, è necessario mettere in campo diversi strumenti: dal sistema di gestione dei reclami alla gestione del rischio, dall’accreditamento al sistema qualità percepita, includendo le indagini sul clima organizzativo, la Carta dei Servizi e gli aspetti gestionali e organizzativi in una prospettiva integrata che compone i diversi punti di vista.

In questo quadro complesso, la soddisfazione del cliente “Customer – Satisfaction” si pone come colonna portante (insieme ai reclami) di una strategia di ascolto .

Per poter trasformare in misura quantitativa il concetto di “Customer - Satisfaction” va considerato che esso risulta inscindibile dal concetto di qualità del servizio e, tale qualità è definita in termini di qualità percepita.

Quindi per la misurazione della soddisfazione del cliente, è stata avviata, nella ASM, l’indagine sulla valutazione della qualità percepita dei servizi sanitari dell’Azienda Sanitaria ASM, attraverso un confronto tra:

- le aspettative con cui il cliente si accosta al servizio.
- le percezioni del servizio avvenute dopo l’ utilizzo.

Lo strumento metodologico utilizzato è stato il questionario strutturato, con domande chiuse per misurare la valutazione della qualità del servizio, con domande aperte per i suggerimenti relativi al miglioramento della qualità e, in allegato con la notazione sui dati anagrafici del cittadino, nel rispetto della riservatezza e della privacy.

Il questionario è suddiviso in sezioni, ognuna delle quali ha una struttura ad albero, si compone di domande di carattere generale relative alla valutazione della qualità totale del servizio e domande più specifiche, per la valutazione analitica dei singoli aspetti.

Per l’analisi dei singoli item è stata utilizzata una scala di valori che va

- dal molto inadeguato,
- al molto adeguato,
- al non so.

L’analisi dei dati ha evidenziato in maniera esplicita sia i punti di forza che le situazioni critiche. L’obiettivo non è quello di dare delle pagelle ai vari reparti e servizi, ma di aver un quadro chiaro della situazione per poter programmare interventi mirati a rimuovere le cause delle disfunzioni rilevate.

Pur rispettando il coinvolgimento degli utenti fruitori dei servizi sanitari, per l’analisi della qualità percepita è stata utilizzata una metodologia di campionamento.

Per il Presidio Ospedaliero “Madonne delle Grazie” è stata individuata un’unità operativa all’interno di ogni Area Dipartimentale così specificato:

Dipartimento Multidisciplinare Medico – Unità Operativa di Geriatria
Dipartimento Multidisciplinare Chirurgico – Unità Operativa di Chirurgia Generale
Dipartimento Emergenza -Urgenza – Unità Operativa di Anestesia -Rianimazione
Dipartimento Donna, Maternità, Infanzia – Unità Operativa di Ginecologia
Dipartimento dei Servizi Sanitari – Unità Operativa di Radiologia
Dipartimento dei Servizi Sanitari – Unità Operativa di Patologia Clinica
Poliambulatorio di via Montescaglioso
Poliambulatorio Punto Sanità
Consultorio Familiare di via Matteotti
Consultorio Familiare di via Montescaglioso

Per il Presidio Ospedaliero di Policoro e gli Ospedali Distrettuali di Tinchi – Stigliano- Tricarico, il coinvolgimento è stato globale.

I questionari sono stati distribuiti ai cittadini che hanno usufruiranno delle strutture sanitarie dell'Azienda, dal 13 al 28 Aprile 2015. Si è registrata una considerevole partecipazione, con la restituzione di n° 1072 tra degenti ed utenti che hanno risposto alle domande dei questionari con massima autonomia e sincerità.

Per la distribuzione dei questionari è stato predisposto il seguente piano:

- promozione e comunicazione dell'iniziativa agli utenti, raccolta e archiviazione dei questionari compilati.
- sensibilizzazione, di tutto il personale sanitario, Direttori dei Dipartimenti, Coordinatori, Caposala, Infermieri e Tecnici, coinvolti direttamente, ognuno per le proprie competenze.
- Coinvolgimento dei direttori di dipartimento, che hanno individuato un proprio referente, di solito coincidente con la posizione organizzativa o con il coordinatore dell'unità operativa interessata.

L' iniziativa è stata pubblicizzata attraverso l'affissione di manifesti all'interno delle strutture sanitarie, rendendo trasparente la finalità, per sollecitare la partecipazione degli utenti.

Un'apposita urna è stata collocata, in un'area ben visibile all'interno dell'unità operativa interessata, per la raccolta dei questionari compilati.

I dati sono analizzati secondo un programma informatico utilizzato dai referenti dei Punti Informativi dell'Ufficio URP e, l'elaborazione statistica è finalizzata alla redazione del report.

7.1. LA VALUTAZIONE SINTETICA DEI DATI

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

Relativamente alle aspettative, il cittadino fruitore dei servizi ambulatoriali e diagnostici ha evidenziato gli interventi rivolti a migliorare la situazione esistente:

- Rispettare i tempi di attesa per poter ottenere prestazioni sanitarie.
- Ridurre i tempi di attesa per poter effettuare visite mediche.
- Aumentare il personale sia infermieristico che medico.
- Migliorare l'ascolto e la disponibilità del personale sanitario, non tutti gli operatori hanno atteggiamenti di gentilezza e di cortesia.
- Migliorare le competenze professionali "personale medico più preparato" La non professionalità è stata denotata come negligenza assistenziale.
- Stabilire delle linee preferenziali per soggetti affetti da particolari patologie e per gli anziani.

Gli elementi di positività sono riconducibili a:

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

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

- ✓ Migliorare il comfort delle stanze di degenza con una maggiore attenzione all'adeguatezza dei servizi igienici e alla pulizia dei letti.

- ✓ Migliorare la qualità e quantità del cibo che risulta essere scadente.
- ✓ Ridurre i tempi di attesa per ottenere il ricovero.
- ✓ Migliorare l'informazione sanitaria che risulta carente.
- ✓ Riorganizzare le visite dei parenti.
- ✓ Aumentare il personale sanitario

Gli elementi di positività sono riconducibili a:

- Organizzazione delle UU.OO. di degenza che è migliorata rispetto agli anni precedenti.
- Professionalità del personale sanitario.

Va sottolineato che, tra gli aspetti presi in considerazione dai pazienti ricoverati e dagli utenti dei servizi ambulatoriali e diagnostici, l'umanizzazione del percorso assistenziale, ricopre un ruolo primario.

Il giudizio espresso sembra delineare un quadro, relativamente all'umanizzazione, bisognoso di molti elementi volti a migliorare la situazione esistente: carente la gentilezza, la disponibilità, l'umanità, la cortesia ed il dialogo degli operatori sanitari.

In effetti i cittadini che hanno fruito dei servizi sanitari dell'ASM, hanno evidenziato con rigore la mancanza di umanizzazione dei servizi che si traduce in mancanza di "accoglienza, ospitalità, comprensione", "informazione".

L'umanizzazione, intesa come l'insieme dei comportamenti finalizzati a fornire un servizio rispettoso delle esigenze relazionali delle persone che vi accedono, senza trascurare gli aspetti organizzativi, burocratici e strutturali, riguarda tutti gli elementi dell'assistenza.

Senza comunicazione, non c'è umanizzazione, infatti i pazienti hanno evidenziato che molto spesso vengono considerati come semplici oggetti di intervento tecnico e viene considerata una perdita di tempo ascoltare le loro ansie, i loro timori e le loro aspettative.

Un'altra criticità è rappresentata dal comfort che ha bisogno di alcuni elementi di miglioramento, e specificatamente la qualità e la quantità del cibo. Tale criticità è presente soprattutto nel Presidio Ospedaliero di Matera ed è rilevabile dall'analisi dei reclami, la Direzione Sanitaria del Presidio è stata interessata di tale anomalie.

Gli elementi di positività riguardano la professionalità degli operatori sanitari tanto da considerarla migliore rispetto alle aspettative dei cittadini.

Infatti la qualità delle prestazioni ricevute è abbastanza positiva.

7.2 VALUTAZIONE ANALITICA DEI DATI

Attività Ambulatoriali e diagnostiche

Dal 13 e al 28 Aprile 2015, gli utenti che hanno usufruito dei servizi ambulatoriali e diagnostici, sono stati n° 6957, sono stati consegnati n° 3544 con una percentuale del 50,49 % ed hanno risposto alla compilazione del questionario, esprimendo la propria valutazione, n° 913 cittadini, con una percentuale del 25,76 %.

Il questionario è composto dalle domande relative a:

1. SEZIONE: dati di contesto

I dati relativi a tale sezione hanno dato indicazioni sulle caratteristiche dell'utente che ha fruito delle prestazioni ambulatoriali.

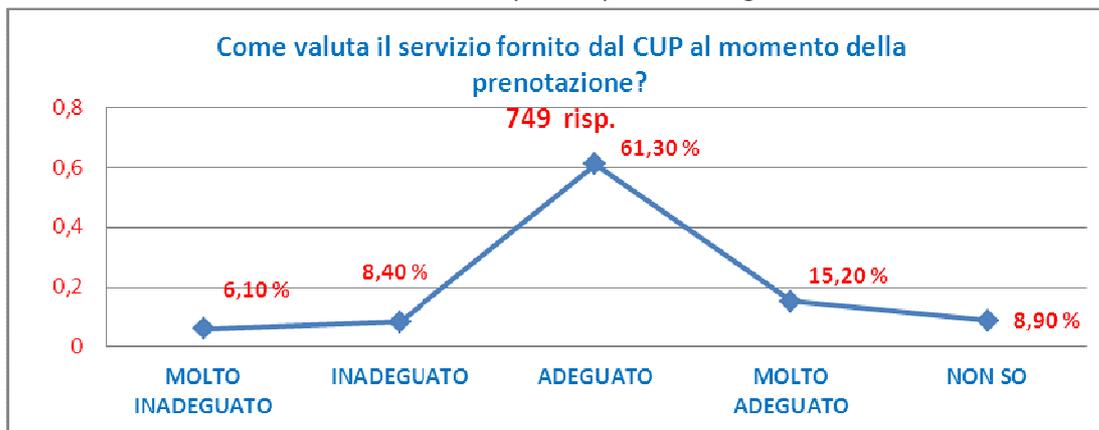
Il 69,10% ha utilizzato il servizio più di una volta, il 28,50% è stato inviato principalmente dal medico curante, il 25,10% ha valutato la competenza della struttura ed il 42,40% ha effettuato principalmente una visita medica.

2. SEZIONE: Prenotazione

In questa sezione sono stati presi in considerazione elementi relativi alle prenotazioni che rappresentano uno dei problemi più annosi delle strutture sanitarie. Questa problematicità è relativamente presente nell'Azienda Sanitaria di Matera, il 62,50% degli utenti ha avuto la prenotazione entro un mese e il 24,00% ha aspettato oltre due mesi per effettuare la prestazione. La richiesta è effettuata principalmente dal medico di famiglia nel 59,80% dei casi e il 64,50% ha utilizzato prioritariamente il CUP ospedaliero.

Il 61,30% degli utenti ha valutato adeguato il servizio fornito dal CUP, di contro l'8,40% ha espresso giudizi di inadeguatezza.

Va considerato l'8,90% di cittadini che non ha saputo esprimere un giudizio.



3. SEZIONE: Accesso

L'accessibilità della struttura, nel suo complesso è considerata adeguata dal 68,40% dei cittadini ed inadeguata dall'8,80%. Il 60,30% la considera raggiungibile, e il 12,50% poco raggiungibile. Il 37,50% dichiara adeguata la disponibilità di parcheggi ed il 29,50% inadeguata. Il 59,40% è soddisfatto della segnaletica interna, il 17,00% è insoddisfatto. Il 23,80% ha dichiarato di aver atteso oltre 60 minuti per effettuare la prestazione.

4. SEZIONE: Valutazione ambienti

Tra gli aspetti presi in considerazione nella valutazione del comfort degli ambienti ambulatoriali, l'igiene ricopre un ruolo primario.

Il giudizio degli utenti sembra delineare un quadro relativo all'igiene abbastanza soddisfacente, considerato adeguato nel 63,50% dei casi ed inadeguato nel 7,70%.

Nel complesso il comfort non presenta elementi bisognosi di interventi, la situazione esistente è adeguata nel 60,0% dei casi, anche se il 16,40% ha espresso un giudizio di insoddisfazione.

4. SEZIONE: Valutazione /Prestazione del personale medico

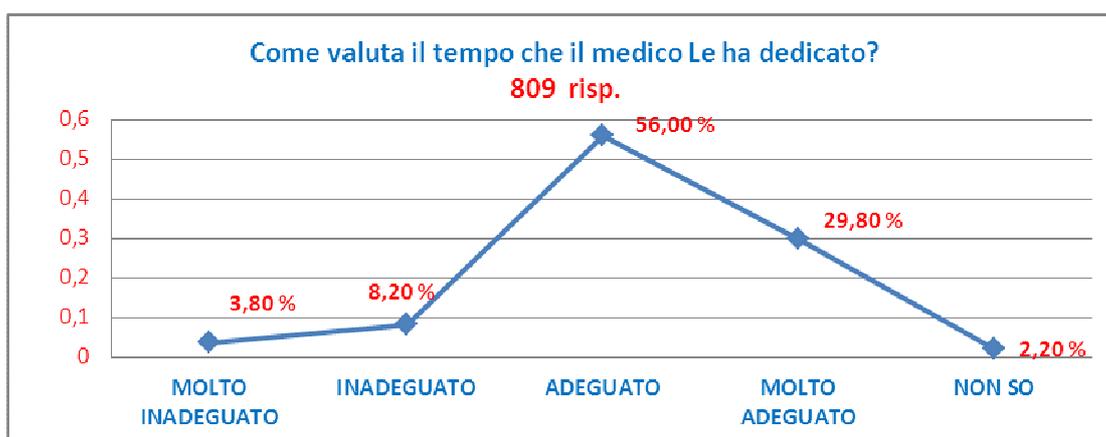
Uno degli elementi più importanti del processo di qualità è la valutazione delle prestazioni del personale medico.

Il giudizio espresso dagli utenti è positivo, il 56,0% ritiene che il tempo dedicato dal medico ai pazienti è adeguato e, solo il 8,20% lo considera inadeguato. La gentilezza e la cortesia è ritenuta adeguata nel 50,50% dei casi ed inadeguata nell'7,10% dei casi e la disponibilità all'ascolto è adeguata nel 51,70% dei casi ed inadeguata nell'8,00% dei casi.

La valutazione della qualità dell'informazione sanitaria fornita e, più specificatamente quella ricevuta sulle condizioni di salute e sulle cure e terapie è adeguata nel 54,0% dei casi ed inadeguata nel 6,80% dei casi.

Complessivamente la valutazione del personale medico delle strutture ambulatoriali è da considerarsi adeguata nel 57,70% dei casi.

A fronte di questa positività si riscontra un percentuale di insoddisfatti che esprime un giudizio di inadeguatezza del 5,30% e, il 5,50% degli utenti complessivamente non ha espresso giudizi.



6. SEZIONE: Valutazione /Prestazione del personale infermieristico

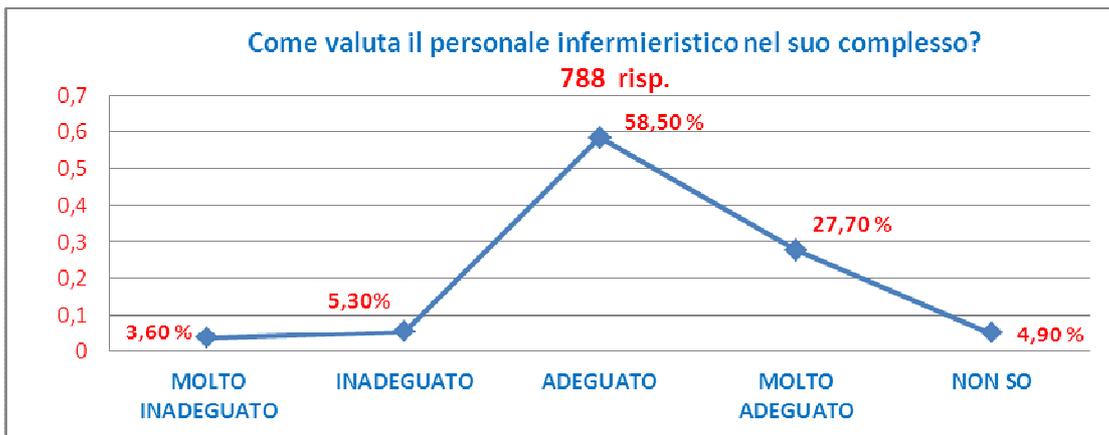
Anche la valutazione delle prestazioni del personale infermieristico è coerente con i giudizi sopra esaminati. Il 54,90 % degli utenti valuta adeguata la gentilezza e la cortesia del personale infermieristico ed il 6,20 % la considera inadeguata.

Il 54,70% dichiara positiva la disponibilità a rispondere alle esigenze degli utenti e, negativa nel 7,50 % dei casi, la capacità di ascolto è ritenuta adeguata nel 54,00% dei casi ed inadeguata nel 7,70 % dei casi.

La valutazione della qualità dell'informazione sanitaria è adeguata nel 54,70 % dei casi ed inadeguata nel 7,00 % dei casi.

La valutazione del personale infermieristico risulta essere adeguata nel 58,50 % dei casi ed inadeguata nel 5,30 % dei casi.

Non va trascurata la percentuale del 4,90 % di cittadini che non esprime valutazione.



7. SEZIONE: Valutazione /Prestazione del personale Tecnico di Radiologia

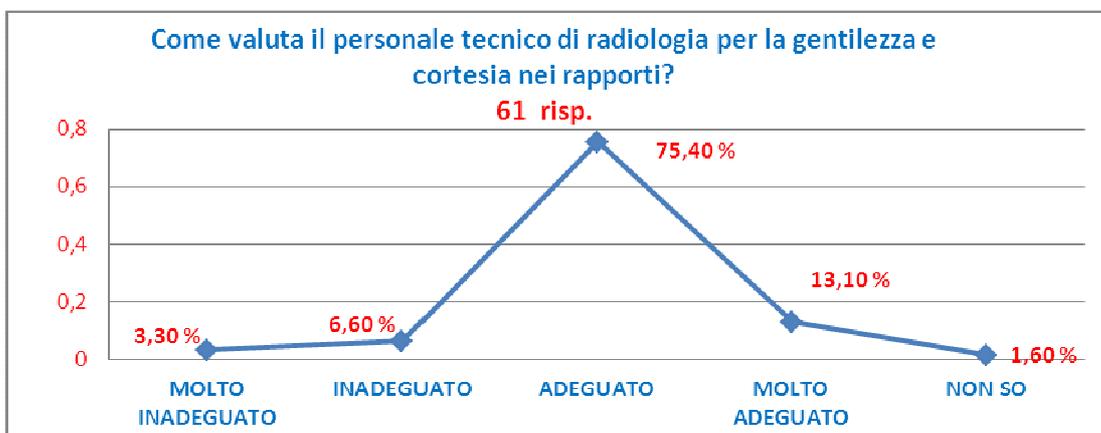
Gli utenti che hanno usufruito del servizio di radiologia esprimono giudizi complessivamente positivi.

La gentilezza e la cortesia del personale tecnico di radiologia è considerata adeguata nel 75,40 % dei casi, l'inadeguatezza è espressa dal 6,60 %. La disponibilità a rispondere alle esigenze è adeguata nel 68,30% dei casi, l'inadeguatezza è espressa solo dal 1,00 %. La capacità di ascolto di tale personale è ritenuta adeguata per il 62,90% ed inadeguata per il 12,90 %.

Il 66,10% dei cittadini ha valutato adeguata la qualità dell'informazione sanitaria, il 12,9 % la considera inadeguata.

La valutazione del personale tecnico di radiologia risulta essere adeguata nel 68,20% dei casi.

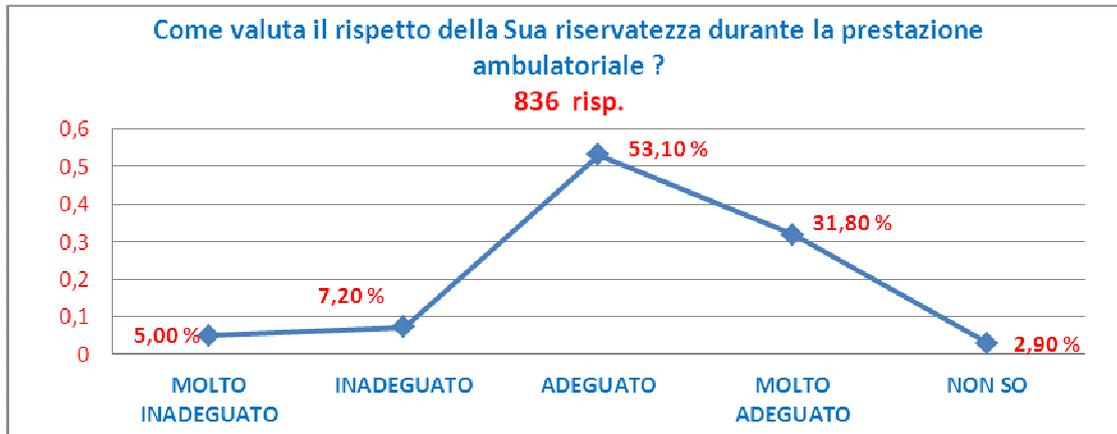
Il 12,10 % degli utenti ha espresso giudizi negativi e il 3,00 % non ha effettuato alcuna valutazione.



8. SEZIONE: Valutazione del Rispetto della Privacy

Il rispetto della riservatezza assume particolare importanza per gli utenti che devono effettuare prestazioni ambulatoriali.

La valutazione espressa è abbastanza soddisfacente, adeguata nel 53,10 % dei casi ed inadeguata nel 7,20 % . Nel 43,10% % dei casi, gli utenti hanno valutato adeguata la terapia del dolore, anche se il 30,20% non ha espresso alcuna opinione.



10. SEZIONE: Valutazione della refertazione

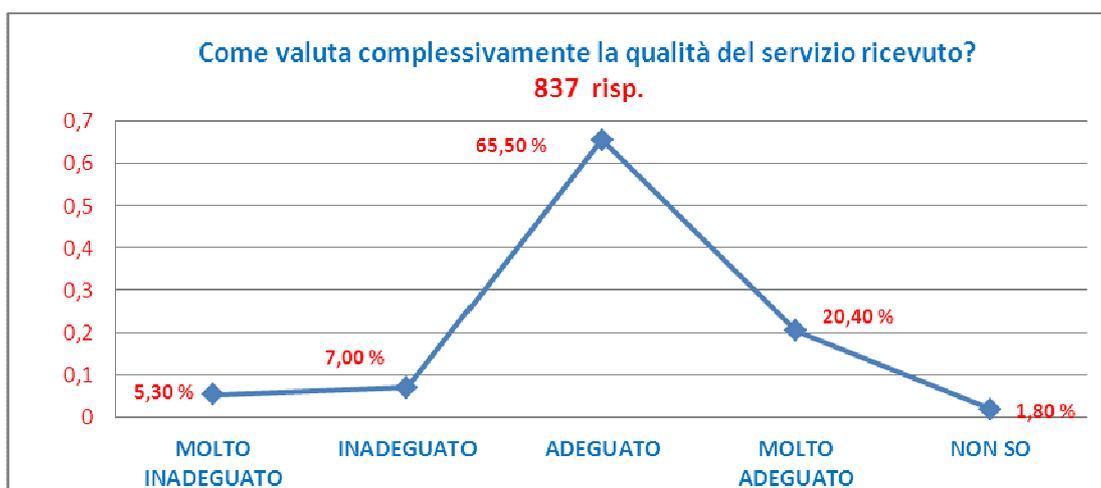
Il tempo per l'invio del referto relativo alla prestazione eseguita è considerato breve nel 47,40 % e lungo nel 14,40 % dei casi, il referto viene consegnato immediatamente nel 50,90 % e oltre il mese nel 5,20%.

11. SEZIONE: Valutazione del pagamento del Ticket

Il tempo trascorso per il pagamento del Ticket è considerato lungo nel 30,30 % dei casi e molto breve nel 19,20 % dei casi.

12. SEZIONE: Valutazione complessiva della prestazione

La valutazione complessiva espressa dagli utenti nei confronti della qualità delle prestazioni ricevute è abbastanza positiva, il 65,50 % dei casi la ritiene adeguata e il 7,00 % inadeguata .



13. SEZIONE: Valutazione delle aspettative sulle prestazioni ambulatoriali

Relativamente alla valutazione delle aspettative rispetto al servizio ricevuto, l'utente ha dichiarato che è rispondente nel 74,9 % dei casi, da migliorare nel 17,4 % dei casi e peggiore nel 7,7 % dei casi.

14. SEZIONE: Valutazione della percezione dello stato di salute

E' stato chiesto all'utente di dare un voto al proprio stato di salute, con una scala che va dal numero 1 che indica lo stato peggiore e il numero 5 quello migliore.

Le risposte date sono state distribuite sul numero 4 (37,60 %), sul numero 3 (29,00 %), sul numero 5 (22,90%), sul numero 2 (7,50 %) numero 1 (3,00 %).

Chi è l'utente che ha compilato il questionario:

E' soprattutto un paziente (76,60 %)

E' prevalentemente di sesso femminile (56,60 %)

Ha un'età media di 45 anni

Ha come titolo di studio prevalentemente la licenza media superiore (44,70 %)

E' un occupato (40,70 %)

E' residente nella provincia di Matera (91,10 %)

E' di nazionalità italiana (98,10 %)

E' coniugato (65,70 %)

Non vive da solo (86,30 %)

7.3. VALUTAZIONE ANALITICA DEI DATI

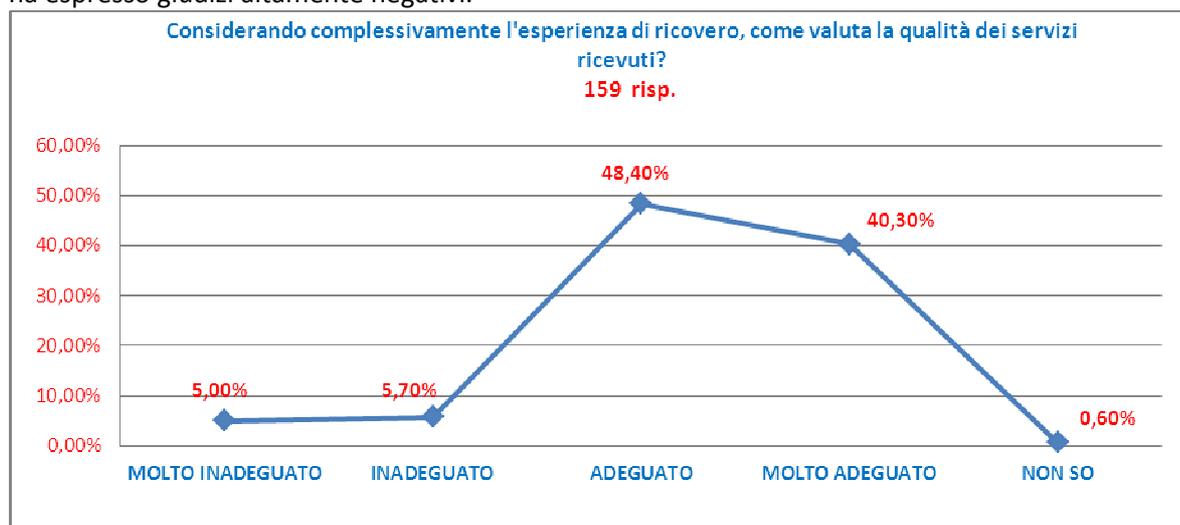
Attività di Assistenza Ospedaliera

Dal 13 e al 28 Aprile 2015, gli utenti che hanno usufruito dell'assistenza ospedaliera, sono stati n° 369, sono stati consegnati n° 272 con una percentuale del 73,71 % ed hanno risposto alla compilazione del questionario, esprimendo la propria valutazione, n° 159 cittadini, con una percentuale del 58,45 %.

1. SEZIONE: Valutazione dell'esperienza di ricovero

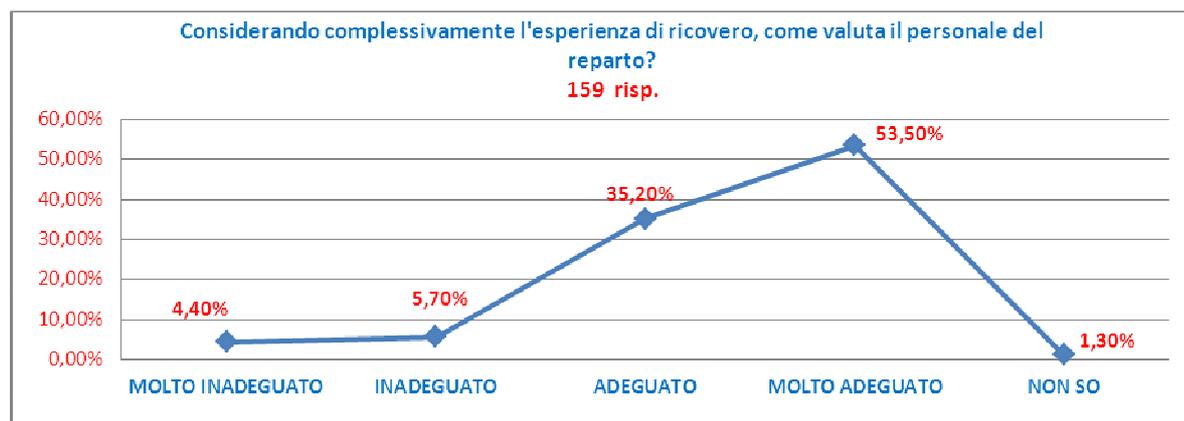
I dati relativi a tale sezione hanno dato indicazioni sulle caratteristiche degli utenti che hanno ricevuto prestazioni di assistenza ospedaliera.

La qualità dei servizi ricevuti durante il ricovero, è considerata adeguata nel 48,40 %, il 5,70% dei ricoverati ha espresso giudizi altamente negativi.



2. SEZIONE: Valutazione del Personale in reparto

La valutazione complessiva espressa dai ricoverati circa la valutazione del personale del reparto è abbastanza positiva, il 53,50 % la ritiene molto adeguata ed il 5,70 % esprime giudizi di negatività .



3. SEZIONE: Valutazione del Personale Medico

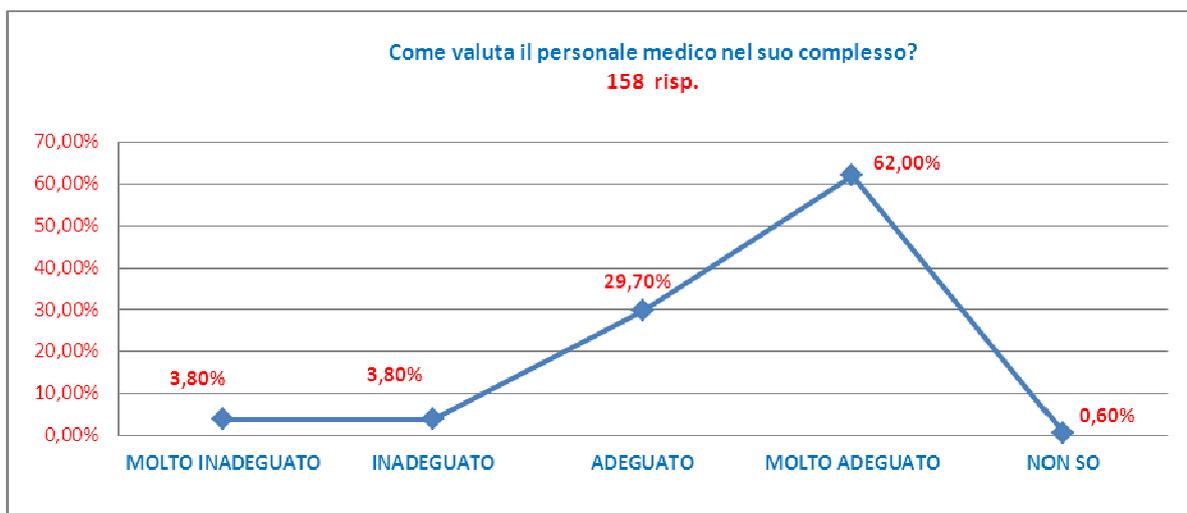
Uno degli elementi più importanti del processo di qualità è la valutazione delle prestazioni del personale medico.

Il giudizio espresso è abbastanza positivo, la maggioranza ritiene che la disponibilità all'ascolto è molto adeguata nel 54,80 % dei casi, inadeguata nel 6,40 % dei casi. La gentilezza e la cortesia è ritenuta molto adeguata nel 62,20 % dei casi. Solo il 5,80 % dei ricoverati esprime pareri di negatività.

La valutazione della qualità dell'informazione sanitaria fornita e più specificatamente quella ricevuta sulle condizioni di salute e sulle cure e terapie è molto adeguata nel 54,80 % dei casi. Il 6,50 % dei ricoverati esprime una valutazione di inadeguatezza.

Pertanto il dato relativo alla valutazione del personale medico è da ritenersi particolarmente significativo, tenuto conto della sua positività.

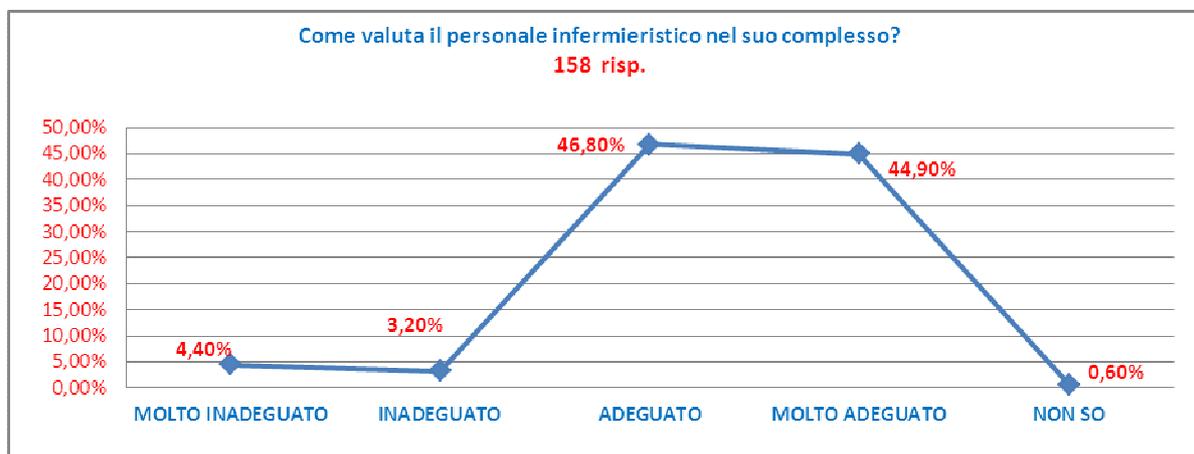
Infatti gli utenti hanno espresso un giudizio di molto adeguato ed adeguato complessivamente nel 62,00 % dei casi.



4. SEZIONE: Valutazione del personale infermieristico

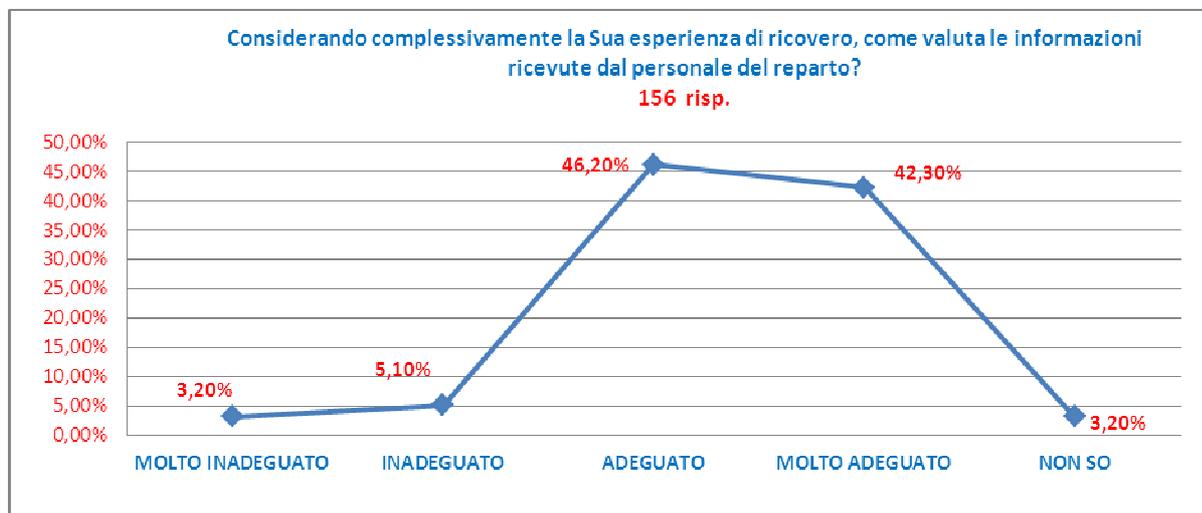
Anche la valutazione del personale infermieristico è coerente con i giudizi sopra esaminati, tanto che il 46,80 % ha espresso opinioni di adeguatezza. Solo il 4,40 % è insoddisfatto del personale infermieristico.

La maggioranza degli utenti valuta la gentilezza e la cortesia molto adeguata nel 55,10 % dei casi ed inadeguata nel 5,10% dei casi, la disponibilità a rispondere alle esigenze è molto adeguata nel 48,40 % dei casi e molto inadeguata nel 4,50 % dei casi, la disponibilità a dare informazioni è ritenuta adeguata nel 45,60 % dei casi ed il 5,10 % dei ricoverati si dichiara insoddisfatto.



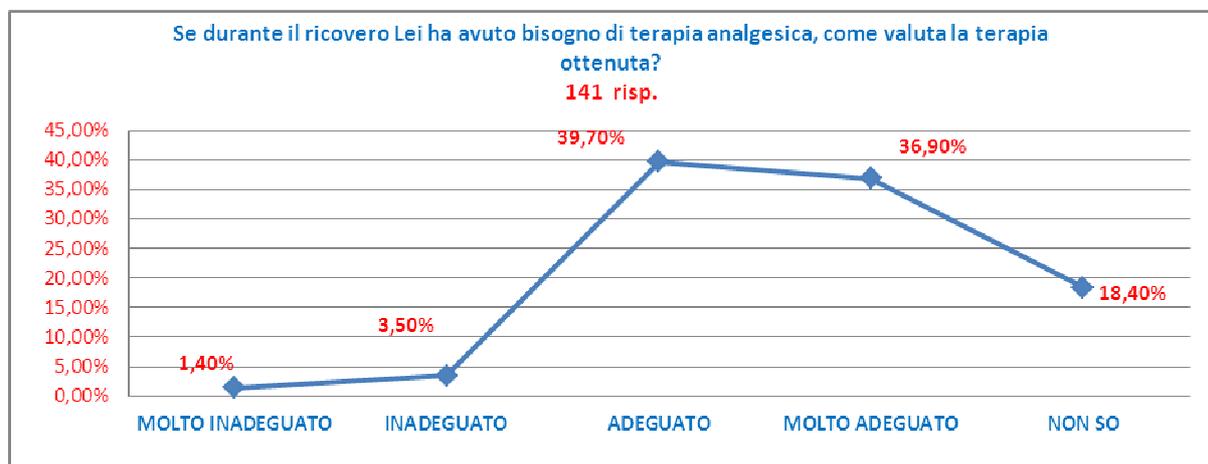
1. SEZIONE: Valutazione delle informazioni ricevute

La valutazione effettuata dai pazienti ricoverati circa le informazioni ricevute durante il ricovero non evidenzia elementi di criticità, è considerata adeguata nel 46,20 % e l'inadeguatezza è espressa nel 5,10 % dei casi.



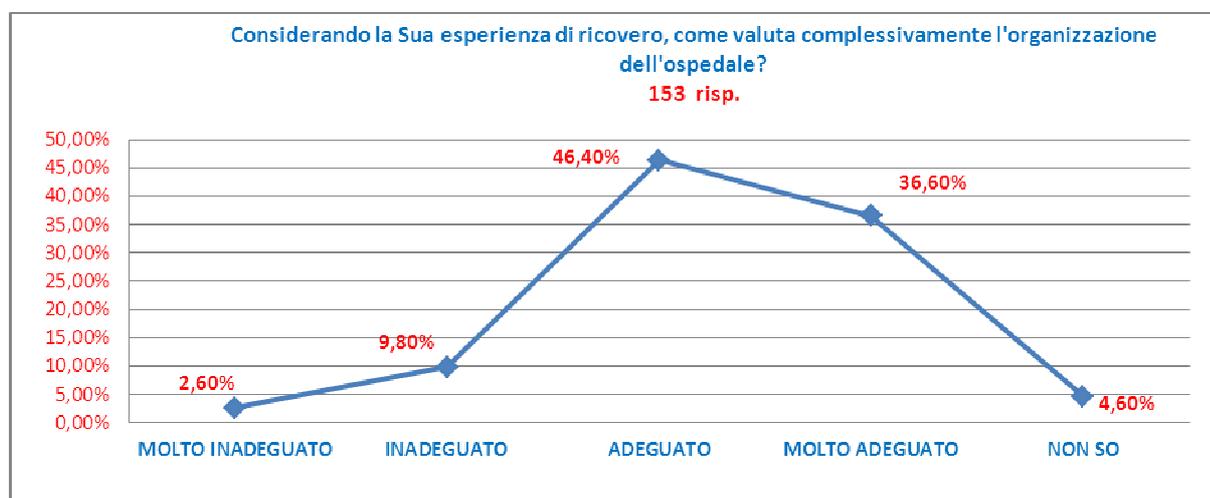
2. SEZIONE: Valutazione della terapia del dolore

Assume particolare importanza, per i degenti ricoverati, la terapia analgesica per alleviare il dolore. I degenti ricoverati hanno valutato la terapia analgesica per alleviare il dolore non altamente positiva, è adeguata per il 39,70 % ed inadeguata per il 3,50 %. Non va trascurato il 18,40 % dei cittadini ricoverati che non ha saputo effettuare alcuna valutazione.



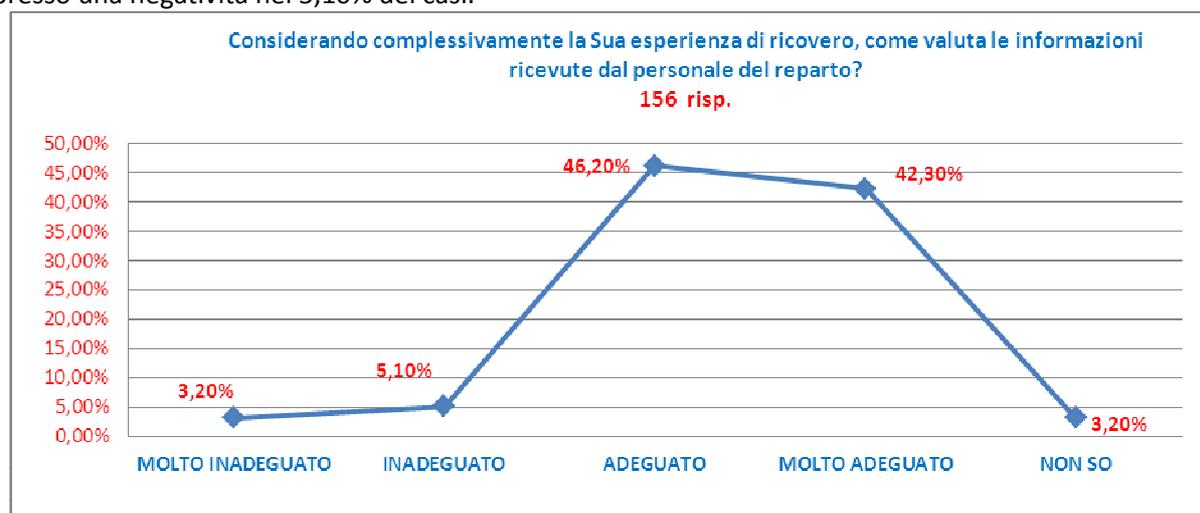
7. SEZIONE: Valutazione degli aspetti organizzativi: l'Ospedale

Particolare attenzione è stata riservata alla percezione dell'organizzazione della struttura ospedaliera. Dall'analisi dei dati si evince una valutazione positiva dell' 46,40%, di contro il 9,80% esprime giudizi di inadeguatezza dell'organizzazione ospedaliera .



8. SEZIONE: Valutazione degli aspetti organizzativi: l'Accoglienza

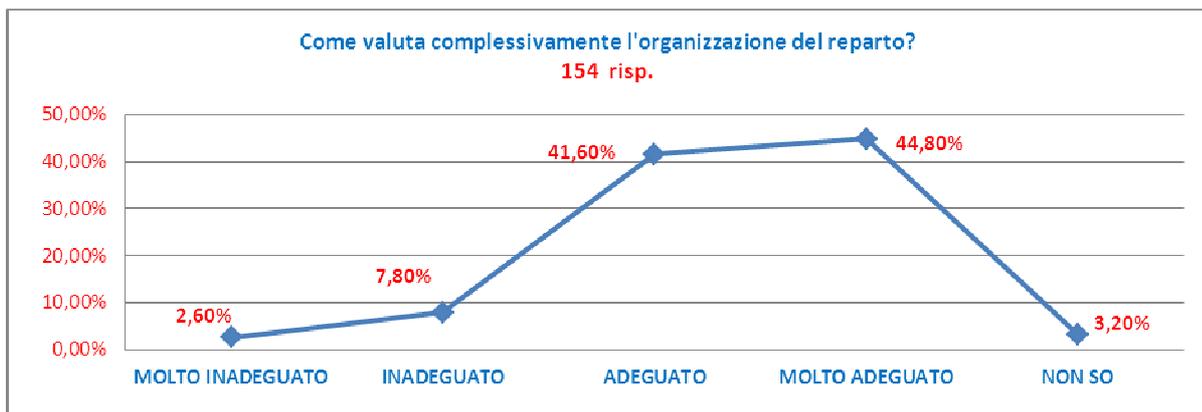
Pur considerando positiva l'accoglienza in reparto, con giudizio di adeguatezza nel 46,20 % dei casi, è stato espresso una negatività nel 5,10% dei casi.



9. SEZIONE: Valutazione degli aspetti organizzativi: il Reparto

Durante la degenza, il paziente ricoverato ha una propria percezione dell'organizzazione del reparto. Il giudizio espresso è abbastanza positivo, la maggioranza ritiene che la gestione delle liste d'attesa per il ricovero è adeguata nel 40,30% ed inadeguata nel 5,60% dei casi, il collegamento tra il reparto ed i vari servizi è ritenuto molto adeguata nel 41,30 % e molto inadeguata nel 9,10 % dei casi.

Non va però trascurato il dato di chi non ha esprimere giudizi: il 14,60% non valuta il tempo trascorso per il ricovero e il 19,30% dei casi non ha cognizione dell'organizzazione del reparto relativamente alle informazioni ricevute prima del ricovero.



10. SEZIONE: Valutazione degli ambienti

Nell'ambito della valutazione del comfort sono stati considerati i seguenti ambiti:

Igiene

La valutazione dell'igiene sia delle camere di degenza che dei bagni ricopre un ruolo primario. La pulizia delle camere risulta adeguata nel 45,20% ed inadeguata nel 5,20%, la pulizia dei bagni è adeguata nel 44,40% ed inadeguata nel 11,80%.

La disponibilità di bagni e docce è valutata positivamente nel 41,10% dei casi e, negativa nel 11,90%.

Temperatura delle stanze

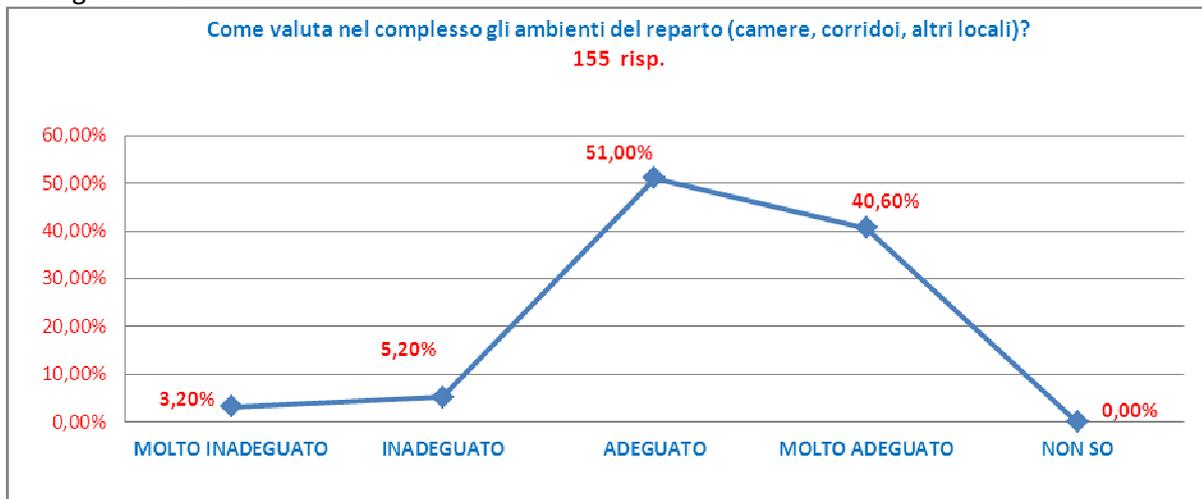
La percezione che i degenti hanno della temperatura delle stanze è di adeguatezza nell'ordine del 50,00% e di inadeguatezza nel 8,60%.

Disponibilità di spazio nelle camere

Il 51,00% considera adeguata la valutazione dello spazio delle camere di degenza ed inadeguata nell'ordine del 6,50% dei casi.

Tranquillità delle camere

Le stanze di degenza vengono considerate tranquille nel 46,80%, mentre il 6,50 % esprime giudizi di inadeguatezza.



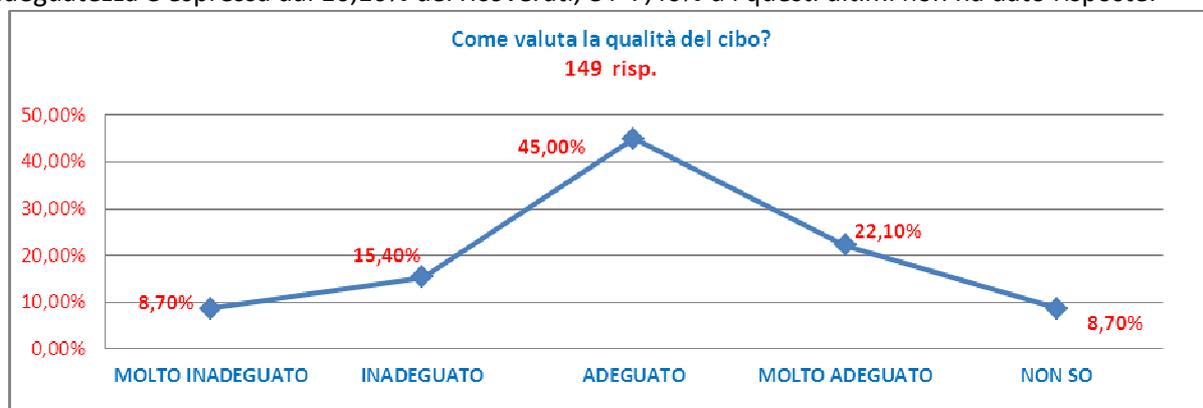
11. SEZIONE: Valutazione dei servizi di contorno

In questa sezione sono state fatte ulteriori domande per approfondire l'area del comfort, e specificatamente sono stati considerati i seguenti ambiti:

- ✓ **Qualità del cibo** - La valutazione della qualità del cibo risulta adeguata nel 45,00% e molto inadeguata nel 15,40% dei casi.
- ✓ **Quantità del cibo** - Se la quantità del cibo viene considerata adeguata nel 46,80% dei ricoverati, l' 11,80 % degli stessi esprime valutazione negativa.

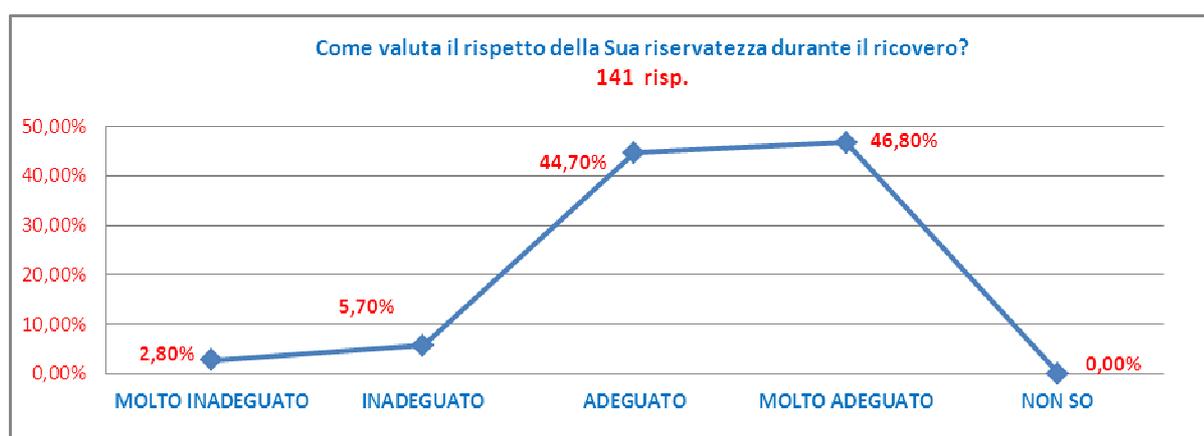
- ✓ **Scelta del menù** - La percezione che i degenti hanno è di adeguatezza, nell'ordine del 47,30 % e di inadeguatezza nel 16,20% ed il 8,80% non esprime valutazioni.
- ✓ **Orari dei pasti** - Il 47,00% considera adeguato l'orario dei pasti, il 12,60% lo considera inadeguato.

La comodità dei letti viene considerata adeguata nel 47,30% e molto inadeguata nell' 8,70% dei casi. Nel complesso i servizi di contorno riferibili al comfort, sono considerati adeguati nel 47,30% dei casi, la inadeguatezza è espressa dal 10,10% dei ricoverati, e l' 7,40% di questi ultimi non ha dato risposte.



12. SEZIONE: Valutazione del rispetto della riservatezza

Relativamente a questa sezione non si registrano valori altamente negativi, il 46,80% dei ricoverati è soddisfatto del rispetto della riservatezza durante il ricovero, solo il 5,70% esprime insoddisfazione.

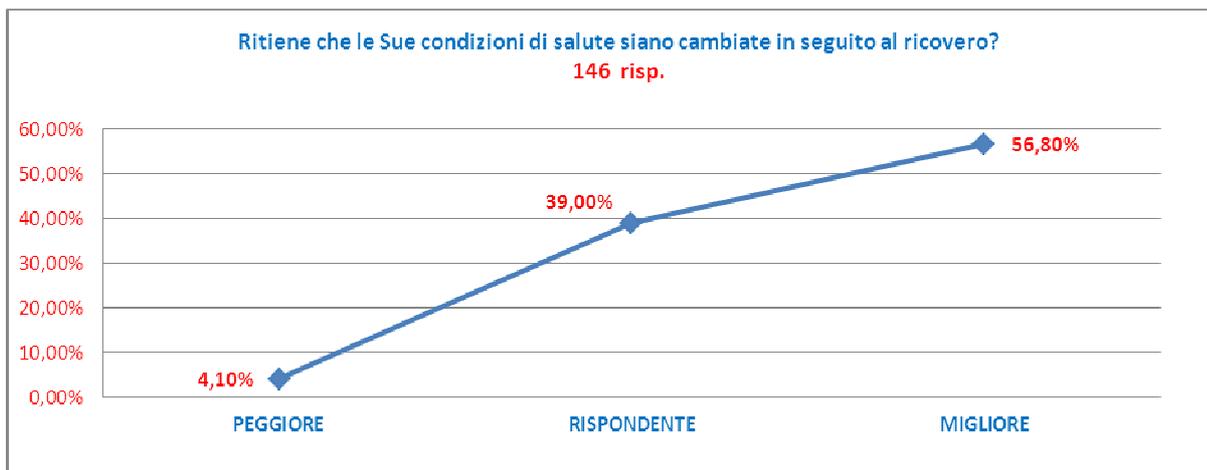


13. SEZIONE: Valutazione delle aspettative sul ricovero

I degenti ricoverati hanno dichiarato, circa la valutazione delle aspettative del servizio ricevuto durante il ricovero, che è migliore delle proprie aspettative nella misura nel 47,70%, rispondente del 47,00%, e peggiore nell' 5,40% dei casi.

14. SEZIONE: Valutazione delle aspettative sul ricovero

I degenti ricoverati ritengono che le proprie condizioni di salute siano migliorate dopo il ricovero nel 56,80%, siano rimaste rispondenti alle proprie aspettative nella misura del 39,00% e, peggiore nel 4,10% dei casi.



15.SEZIONE: Valutazione della percezione dello stato di salute

E' stato chiesto al paziente ricoverato di dare un voto al proprio stato di salute, con una scala che va dal numero 1 che indica lo stato peggiore e il numero 5 quello migliore.

Le risposte date sono state distribuite sul numero 4 (37,50 %), sul numero 3 (27,90 %), sul numero 5 (25,00 %), sul numero 2 (5,90 %) e sul numero 1 (3,70 %).



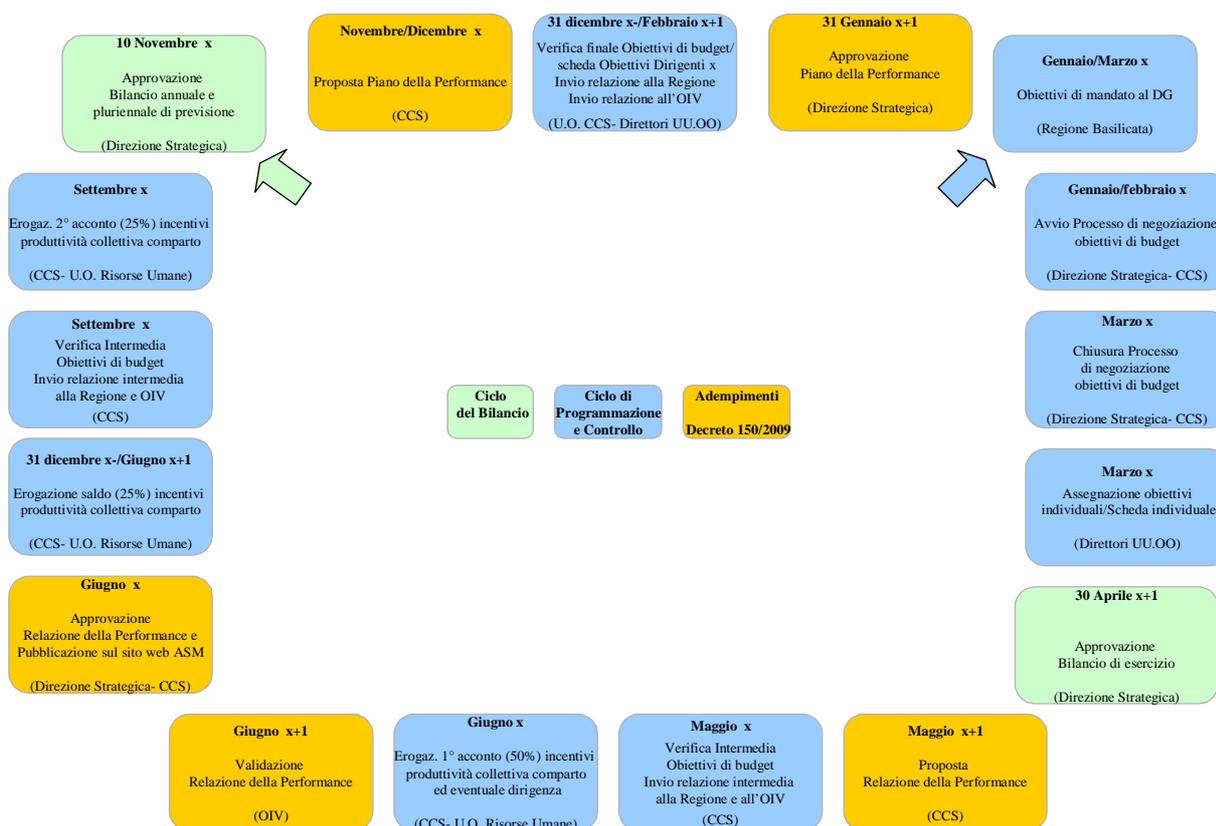
Chi è l'utente che ha compilato il questionario:

E' soprattutto un familiare (51,00 %)
E' prevalentemente di sesso femminile (58,90 %)
Ha un'età media di 50 anni
Ha come titolo di studio prevalentemente la licenza media superiore (46,00 %)
E' un occupato (30,70 %)
E' residente nella provincia di Matera (81,50 %)
E' di nazionalità italiana (96,60 %)
E' coniugato (64,90 %)
Non vive da solo (83,60 %)

8. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

8.1. 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.

8.2. 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.