



P.I.A.O.

**PIANO INTEGRATO ATTIVITA'
ORGANIZZAZIONE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA
ASM
TRIENNIO 2022-2024**

ANNO 2022

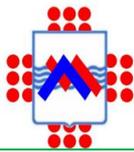
(Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80,

convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113 e

Decreto del Presidente della Repubblica 24 giugno 2022, n. 81)

Sommario

PREMESSA.....	4
1. SEZIONE I. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	7
1.1 DATI IDENTIFICATIVI DELL'AZIENDA.....	7
1.2 COSA FACCIAMO.....	8
1.3 ANALISI DEL CONTESTO	9
1.3.1 <i>Il contesto territoriale</i>	9
1.3.2 <i>Il contesto demografico.....</i>	10
1.3.3 <i>L'emergenza da COVID – 19 e le principali misure aziendali.....</i>	13
1.4 LE RISORSE ECONOMICO - FINANZIARIE	14
1.5. COME OPERIAMO	16
1.5.1 <i>Gli organi.....</i>	16
1.5.2 <i>Gli strumenti operativi aziendali.....</i>	16
1.5.3 <i>Il Sistema dell'offerta assistenziale</i>	17
2. SEZIONE II – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	29
2.1 IL VALORE PUBBLICO	29
2.1.1 <i>L'accessibilità digitale.....</i>	30
2.1.2 <i>L'accessibilità fisica</i>	31
2.1.3 <i>Le procedure da reingegnerizzare e semplificare.....</i>	32
2.1.4 <i>Obiettivi di benessere equo e sostenibile.....</i>	33
2.2 LA PERFORMANCE	34
2.2.1 <i>Introduzione.....</i>	34
2.2.2 <i>Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance</i>	34
2.2.3 <i>La Performance Organizzativa.....</i>	35
2.2.4 <i>La Performance individuale.....</i>	38
2.2.5 <i>Gli indirizzi strategici.....</i>	40
2.2.6 <i>Obiettivi strategici per il triennio 2022 - 2024 (aggiornamento anno 2022)</i>	47
2.2.7 <i>Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi</i>	56
2.2.8 <i>Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione della sottosezione della Performance.....</i>	57
2.2.9 <i>Azioni di miglioramento del ciclo della performance.....</i>	58
2.2.10 <i>Sistemi di benchmarking.....</i>	59
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	62
2.3.1 <i>Introduzione.....</i>	62
2.3.2 <i>La sottosezione del PIAO "rischi corruttivi e trasparenza".....</i>	62
2.3.3 <i>Finalità generali del piano e obiettivi strategici 2022/2024.....</i>	62
2.3.4 <i>Coerenza con Piano Performance.....</i>	64
2.3.5 <i>Processo redazione della sottosezione prevenzione corruzione e trasparenza del PIAO</i>	64
2.3.6 <i>Soggetti, ruoli e responsabilità nella strategia di prevenzione a livello decentrato.....</i>	65
2.3.7 <i>Fasi del processo di gestione del rischio.....</i>	71
2.3.8 <i>Analisi del contesto.....</i>	72
2.3.9 <i>Valutazione del rischio</i>	73
2.3.10 <i>La gestione del rischio</i>	76
2.3.11 <i>Trattamento del rischio</i>	82
2.3.12 <i>Identificazione delle misure.....</i>	83
2.3.13 <i>Monitoraggio della sottosezione relativa alla prevenzione della corruzione e trasparenza del piao e verifica dell'efficacia delle misure</i>	95
2.3.14 <i>Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile</i>	95
2.3.15 <i>Misure ulteriori per la prevenzione della corruzione.....</i>	96
2.3.16 <i>Attuazione del ptpct nel 2021.....</i>	96
2.3.17 <i>Programmazione dell'attuazione della trasparenza.....</i>	99
3. SEZIONE III. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	104
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....	104



3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	109
3.2.1 <i>Introduzione</i>	109
3.2.2 <i>Il lavoro agile</i>	109
3.2.3 <i>Articolazione della prestazione lavorativa in modalità agile - diritto alla disconnessione</i>	109
3.2.4 <i>Accesso al lavoro agile - priorità</i>	109
3.2.5 <i>Condizionalità</i>	110
3.2.6 <i>Fattori abilitanti – dotazione tecnologica</i>	110
3.2.7 <i>Obiettivi - contributi al miglioramento delle performance, in termini di efficienza e di efficacia</i>	111
3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI	112
3.3.1 <i>Rappresentazione della consistenza del personale al 31.12.2021</i>	112
3.3.2 <i>Programmazione strategica delle risorse umane: PTFP 2022-2024</i>	112
3.3.3 <i>Piano di Formazione</i>	129
3.3.4 <i>Piano Azioni Positive</i>	143
4. SEZIONE IV. MONITORAGGI	148
4.1 IL MONITORAGGIO VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE	148
4.2 IL MONITORAGGIO RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	148
4.3 IL MONITORAGGIO ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	148
APPENDICI	149
APPENDICE 1 – ALLEGATI ALLA SOTTOSEZIONE 2.3 “RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA”	149
ALLEGATO 1. <i>Registro dei processi 2022-2024</i>	149
ALLEGATO 2. <i>Relazione RPCT 2021</i>	149
ALLEGATO 3. <i>Tabella sugli Obblighi pubblicazione</i>	149
ALLEGATO 4. <i>Settimana della Trasparenza</i>	149
ALLEGATO 5. <i>Consulta Pubblica 2022</i>	149
ALLEGATO 6. <i>Piano formazione Anticorruzione 2022</i>	149
ALLEGATO 7. <i>Report Monitoraggio 2021</i>	149
APPENDICE 2 – ALLEGATI ALLA SOTTOSEZIONE 3.2 “ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE”	149
ALLEGATO 1. – <i>Istanza di accesso al Lavoro Agile</i>	149
ALLEGATO 2. - <i>Accordo Individuale per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile</i>	149
APPENDICE 3 - ALLEGATI ALLA SOTTOSEZIONE 3.3 “PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI”	149
ALLEGATO 1. <i>PTFP 2022-2024</i>	149

PREMESSA

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

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

L'iter procedurale di adozione del PIAO, disciplinato dal suddetto D.L. 80/2021, convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, inizialmente prevedeva che entro centoventi giorni dalla sua entrata in vigore:

- con uno o più D.P.R., sarebbero stati individuati e abrogati gli adempimenti relativi ai piani assorbiti nel PIAO;
- sarebbe stato adottato, da parte del Dipartimento della funzione pubblica, un "PIAO tipo", quale strumento di supporto per le P.A.

Il successivo D.L. del 30 dicembre 2021, n. 228 - Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi (c.d. Milleproroghe) – ha modificato il predetto iter, disponendo che:

- in sede di prima adozione e quindi, limitatamente all'anno 2022, il termine di adozione del PIAO, fissato al 31 gennaio, fosse prorogato al 30 aprile 2022;
- fossero differiti al 31 marzo 2022 i termini previsti per l'emanazione di uno o più decreti del Presidente della Repubblica per individuare e abrogare gli adempimenti relativi ai piani assorbiti da quello di cui al D.L. 80/2021 e per l'adozione, con Decreto Ministeriale, del "PIAO tipo";
- fino al termine del 30 aprile 2022 è stata esclusa l'applicazione delle sanzioni previste dalle seguenti disposizioni:
 - o articolo 10, comma 5, del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 (Piano della performance);
 - o articolo 14, comma 1, della Legge 7 agosto 2015, n. 124 (Piano organizzativo del lavoro agile);
 - o articolo 6, comma 6, del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 (Piano del fabbisogno del personale).

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

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

Nella stessa data del 29 giugno, l'ASM, non essendo stati formalmente adottati i provvedimenti di cui ai commi 5 e 6 dell'art. 6 del D.L. 80/2021, convertito con modificazione dalla Legge n. 113/2021, ha ritenuto opportuno, in assenza di formale adozione dei provvedimenti di cui ai commi 5 e 6 dell'art. 6 del D.L. 80/2021(PIAO – Tipo e adeguamento ordinamentale della

Regione, ed essendo rimasto fermo il termine di adozione del PIAO entro la data del 30 giugno 2022, predisporre una delibera, ad oggetto “Ricognizione dei Piani di programmazione e gestione aziendali che costituiscono i contenuti specifici del PIAO”, adottata con provvedimento n. 436 del 30/06/2022, con cui si è preso formalmente atto della ricognizione dei Piani programmatici e di governance adottati di volta in volta dall’Azienda, già previsti dalla normativa di settore, i cui contenuti sotto il profilo sostanziale, in una lettura integrata e sistemica, rispondevano a quanto richiesto dal PIAO, così come previsto dal D.L. 80/2021, nelle more del completamento dell’iter normativo nazionale e regionale propedeutico alla sua piena e definitiva regolamentazione.

L’ASM, infatti, vista l’incertezza del quadro normativo connesso all’adozione del PIAO, avendo necessità di dare continuità al processo programmatico, anche in considerazione dei “rumors” diffusisi dalla fine del mese di maggio, in ordine ad un eventuale ulteriore differimento dei termini di adozione del PIAO, nel corso del 2022, ha provveduto comunque all’approvazione dei Piani di programmazione che sarebbero poi confluiti nel PIAO, essendo gli stessi ancora previsti dalla regolamentazione fino ad allora vigente.

In tal senso:

- con Delibera n. 75 del 29 gennaio 2021 sono state adottate le “Linee di Indirizzo per l’adozione del Piano Organizzativo Lavoro Agile – POLA”,
- con Delibera n. 33 del 31 gennaio 2022 così come successivamente confermata con Delibera n. 175 del 28 marzo 2022, è stato approvato il “Piano Triennale Azioni Positive 2022/2024”,
- con Delibera n. 258 del 29 aprile 2022 è stato adottato il “Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2022-2024 ai sensi della Legge 190/2012 e della delibera ANAC n. 1064 del 13.11.2019-PNA 2019”;
- con Delibera n. 267 del 3 maggio 2022 è stato adottato il “Piano triennale del fabbisogno del Personale 2022/2024”;
- con Delibera n. 405 del 24/06/2022 è stato adottato “Piano della Performance triennio 2022 – 2024 Anno 2022”, Piano della formazione 2022 – 2024 – Anno 2022, adottato con delibera n. 418 del 29/06/2022;
- con delibera n. 418 del 29/06/2022 è stato adottato il Piano della formazione 2022 – 2024 – Anno 2022;

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

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

Ai sensi del suddetto DPR n. 81 del 24 giugno 2022, inoltre, le amministrazioni tenute alla redazione del PIAO, devono, nella predisposizione dello stesso, uniformarsi al Piano tipo definito con Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione, di concerto con il Ministro dell’Economia

e delle Finanze, quale strumento di supporto alle amministrazioni in cui sono definite modalità semplificate per l'adozione del PIAO.

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

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

Coerentemente allo schema definito nel Piano Tipo di cui al già richiamato Decreto Interministeriale, il PIAO dell'ASM relativo al triennio 2022 – 2024 – Anno 2022, risulta così articolato:

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

1. SEZIONE I. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

1.1 Dati identificativi dell'Azienda

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

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

L'albo dell'Azienda per la pubblicazione degli atti e degli avvisi è ubicato nel sito dove è fissata la sede legale.

Il Patrimonio dell'Azienda Sanitaria Locale ASM è quello risultante dallo stato patrimoniale allegato al Bilancio di esercizio e, comunque, ai sensi della L.R. 12/2008, a decorrere dal 1° gennaio 2009, l'Azienda è subentrata nella titolarità dei beni patrimoniali e nei rapporti di lavoro e contrattuali in essere a decorrere dalla data della loro entrata in funzione. Il patrimonio, pertanto, è costituito da tutti i beni mobili ed immobili preesistenti al 1° gennaio 2009 nelle due Aziende confluite (ex ASL n. 4 di Matera e ex ASL n. 5 di Montalbano Jonico) e da tutti i beni a qualunque titolo acquisiti nell'esercizio delle proprie attività, ovvero a seguito di atti di liberalità.

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

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

Il logo aziendale è quello di seguito raffigurato:



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



1.2 Cosa facciamo

Missione

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3 Analisi del contesto

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

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

1.3.1 Il contesto territoriale

I Comuni facenti parte del comprensorio dell'ASM di Matera, come detto, sono in tutto 31 per una superficie complessiva pari a kmq 3.449, circa il 34% del territorio regionale (pari a 10.073 Km²), con una densità media di 57,2 abitanti per kmq, Leggermente superiore al valore medio regionale (56,3).

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

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

a) Area di Matera

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

b) Area del Metapontino

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

c) Area del Medio Basento e della Collina Materana

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

d) Area del Materano

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

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

Un elemento fortemente caratterizzante la struttura territoriale della provincia di Matera è costituito da un indice molto basso della densità della popolazione, vale a dire il numero di abitanti per chilometro quadrato, che si attesta su un valore inferiore a 60 a fronte di una media nazionale pari a circa 200, collocando la suddetta area tra le province meno densamente popolate d'Italia. La bassa densità della popolazione costituisce di fatto un fattore che condiziona notevolmente le dinamiche sanitarie sia con riferimento alla domanda assistenziale sia, soprattutto, con riferimento alla offerta che l'Azienda deve assicurare all'utenza di riferimento. Tale struttura del territorio, infatti, comporta una "dispersione" della popolazione che in alcuni casi diventa vero e proprio "isolamento", per l'effetto congiunto delle criticità, sia funzionali che strutturali, che caratterizzano il sistema viario locale ed in particolare la rete stradale e più in generale quella dei trasporti.

A tal proposito si sottolinea come il livello di infrastrutturazione del territorio, stradale e ferroviario, è tuttora quantitativamente e qualitativamente non adeguato a garantire gli standard di

prestazione necessari al consolidamento e allo sviluppo della qualità della vita, con particolare riferimento al soddisfacimento del fabbisogno assistenziale.

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

1.3.2 Il contesto demografico

Negli ultimi 20 anni il quadro demografico della provincia di Matera, ha fatto registrare in maniera inequivocabile un trend progressivamente decrescente della popolazione residente, con l'eccezione degli anni 2004, 2007, 2010, 2013 e 2014, che hanno fatto registrare momentanee quanto transitorie battute d'arresto. Nel 2001 il numero totale dei residenti nella provincia di Matera era superiore a 204.000 unità e da allora la popolazione è andata via via riducendosi fino a toccare il livello più basso nel 2020 (ultimo dato disponibile), in cui il numero dei residenti è di poco superiore a 192.000, con una riduzione superiore a 10.000 unità.

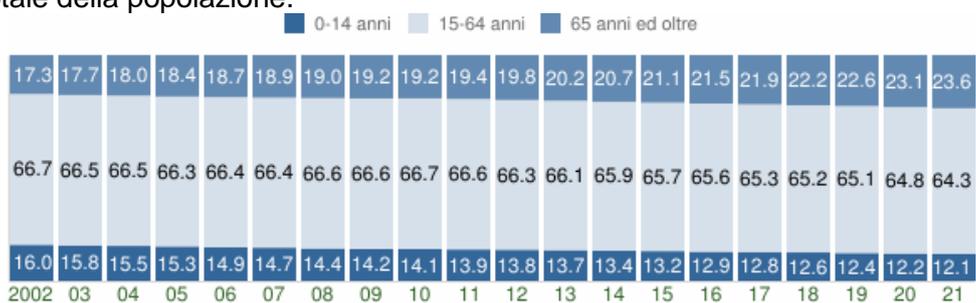


Andamento della popolazione residente

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

(*) post-censimento

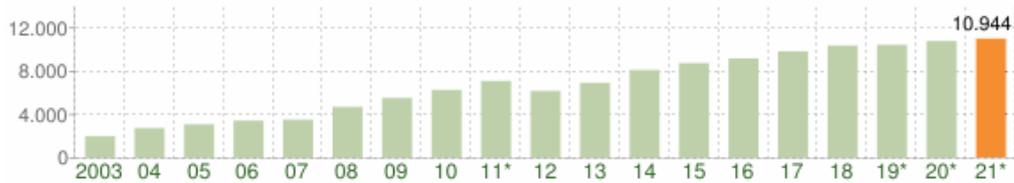
La progressiva riduzione della popolazione residente è l'effetto delle dinamiche inerenti sia al saldo naturale di crescita della popolazione, sia a quello migratorio. Come dimostrato nel successivo grafico, la popolazione della provincia di Matera ha una struttura regressiva, caratterizzata dalla prevalenza della popolazione anziana rispetto a quella giovane, con un trend costantemente crescente della prima e decrescente della seconda. Al 01/01/2002 la percentuale di anziani era pari al 17,3% del totale della popolazione a fronte di una percentuale di giovani pari al 16%, al 01/01/2020 la percentuale degli anziani è aumentata al 23,0% mentre quella dei giovani è scesa al 12,2% del totale della popolazione.



Struttura per età della popolazione (valori %)

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

Di seguito si fornisce la rappresentazione grafica della popolazione straniera residente in provincia di Matera al 1° gennaio 2021, i cui dati tengono conto dei risultati del Censimento permanente della popolazione. Sono considerati cittadini stranieri le persone di cittadinanza non italiana aventi dimora abituale in Italia.

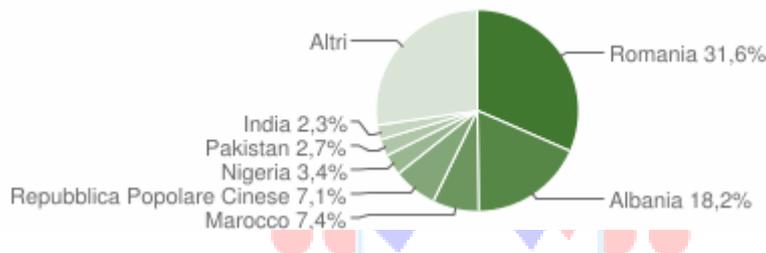


Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2021
 PROVINCIA DI MATERA - Dati ISTAT 1° gennaio 2021 - Elaborazione TUTTITALIA.IT
 (*) post-censimento

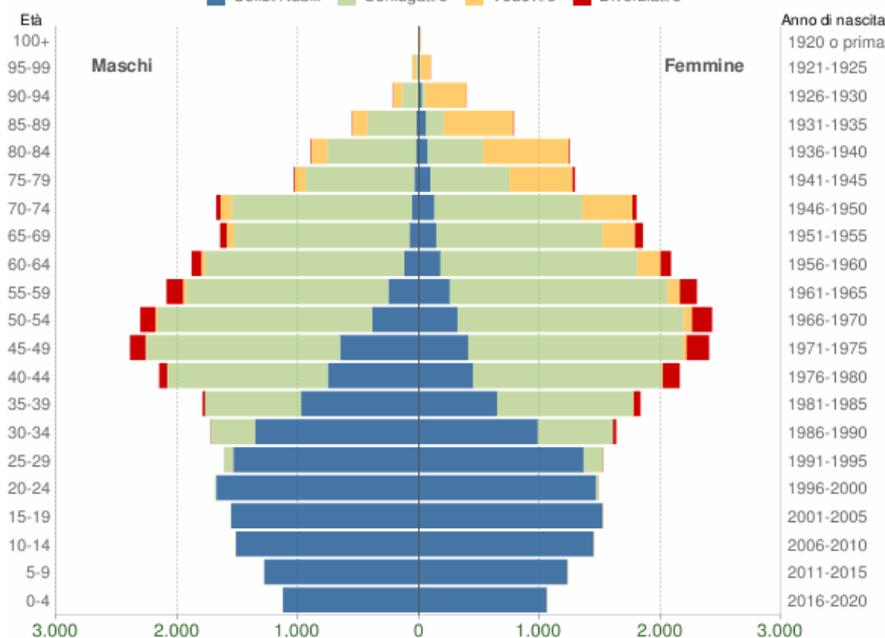
Gli stranieri residenti in provincia di Matera al 1° gennaio 2021 sono 10.944 e rappresentano il 5,7% della popolazione residente.



La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 31,6% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**Albania** (18,2%) e dal **Marocco** (7,4%).

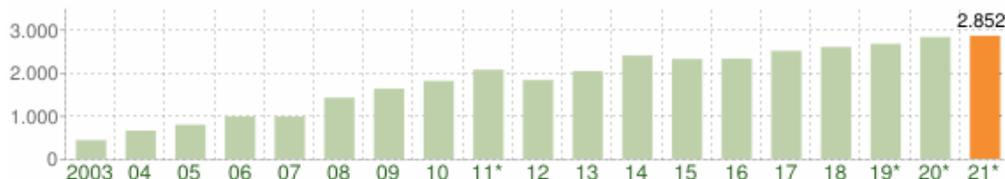


Di seguito si riportano dati sulla città di Matera, dati su popolazione per comune per numerosità e dati sintetici su popolazione non italiana competente per la Nostra Azienda:



Popolazione per età, sesso e stato civile - 2021
 COMUNE DI MATERA - Dati ISTAT 1° gennaio 2021 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Nel grafico successivo è raffigurato il trend della popolazione straniera residente a **Matera** al 1° gennaio di ogni anno. I dati tengono conto dei risultati del Censimento permanente della popolazione. Sono considerati cittadini stranieri le persone di cittadinanza non italiana aventi dimora abituale in Italia



Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2021

COMUNE DI MATERA - Dati ISTAT 1° gennaio 2021 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento



La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Repubblica Popolare Cinese** con il 23,2% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dalla **Romania** (17,3%) e dalla **Nigeria** (6,4%).

Nella tabella successiva è riportato l'elenco dei comuni della Provincia di Matera ordinato in senso decrescente per popolazione residente.

	Comune	Popolazione	Superficie kmq	Densità Abitanti per kmq	Altezza m.s.l.m
1.	MATERA	59.869	392,08	153	401
2.	Policoro	17.779	67,66	263	25
3.	Pisticci	16.832	233,67	72	364
4.	Bernalda	11.998	126,2	95	126
5.	Montescaglioso	9.194	175,8	52	352
6.	Ferrandina	8.061	218,11	37	497
7.	Scanzano Jonico	7.556	72,18	105	21
8.	Montalbano Jonico	6.781	136	50	288
9.	Nova Siri	6.691	52,75	127	355
10.	Tricarico	4.835	178,16	27	698
11.	Tursi	4.807	159,93	30	210
12.	Grassano	4.784	41,63	115	576
13.	Irsina	4.427	263,45	17	548
14.	Pomarico	3.819	129,67	29	454
15.	Stigliano	3.680	211,14	17	909
16.	Salandra	2.558	77,44	33	552
17.	Rotondella	2.441	76,72	32	576
18.	Miglionico	2.356	88,84	27	461
19.	Grottole	2.059	117,15	18	482

	Comune	Popolazione	Superficie kmq	Densità Abitanti per kmq	Altezza m.s.l.m
20.	Accettura	1.644	90,37	18	770
21.	Valsinni	1.365	32,22	42	250
22.	San Mauro Forte	1.288	87,06	15	540
23.	San Giorgio Lucano	1.070	39,26	27	416
24.	Colobraro	1.064	66,61	16	630
25.	Garaguso	987	38,61	26	492
26.	Aliano	895	98,41	9,09	555
27.	Gorgoglione	866	34,93	25	800
28.	Calciano	662	49,69	13	420
29.	Craco	639	77,04	8,29	391
30.	Oliveto Lucano	366	31,18	12	546
31.	Cirigliano	290	14,9	19	656

Dall'analisi dei dati, aggiornati al 01/01/2022 (fonte Istat), emerge che:

- il Comune più popoloso, dopo il Capoluogo di Provincia, è Policoro con 17.779 abitanti, mentre il Comune con il minor numero di abitanti è Cirigliano con 290 abitanti
- il Comune con la maggiore densità di popolazione è Policoro con 263 kmq, mentre quello con la densità più bassa è Craco con 8 abitanti per kmq
- il Comune con la superficie più estesa è Matera con 392 kmq², mentre quello con la superficie meno estesa è Valsinni con 32 kmq²

il Comune più alto è Stigliano con un'altezza di 909 metri sul livello del mare, mentre il più basso è Scanzano Jonico con un'altezza di 21 metri sul livello del mare.

1.3.3 L'emergenza da COVID – 19 e le principali misure aziendali

Il 30 gennaio 2020, in seguito alla segnalazione da parte della Cina (31 dicembre 2019) di un cluster di casi di polmonite ad eziologia ignota (poi identificata come un nuovo coronavirus Sars-CoV-2) nella città di Wuhan, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale l'epidemia di coronavirus in Cina. Il giorno successivo il Governo italiano, dopo i primi provvedimenti cautelativi adottati a partire dal 22 gennaio, tenuto conto del carattere particolarmente diffusivo dell'epidemia, ha proclamato lo stato di emergenza e messo in atto le prime misure contenimento del contagio sull'intero territorio nazionale.

Da gennaio in poi fino a questi giorni, è stato un susseguirsi continuo di provvedimenti e di misure, sia a livello nazionale che regionale, adeguati e proporzionati a tutelare la salute dei cittadini e a contenere la diffusione del contagio, che di fatto hanno stravolto la programmazione sanitaria aziendale, ponendo in cima agli obiettivi strategici la gestione straordinaria dell'emergenza, con una profonda modifica dell'attività ordinaria e dell'operatività delle singole articolazioni organizzative aziendali. Nello specifico il P.O. di Matera è stato fortemente impegnato nella gestione dei pazienti COVID 19 attraverso i reparti di Malattie Infettive, Pneumologia e Terapia Intensiva, oltre che con i Laboratori per l'analisi dei tamponi, con la sospensione ad intermittenza di tutte le altre attività di ricovero e specialistiche ambulatoriali non urgenti. La sospensione delle attività specialistiche ambulatoriali ha riguardato anche il territorio, mentre, soprattutto all'inizio della pandemia, sono state attivate modalità di lavoro da remoto (smart working) per la gestione di specifiche linee assistenziali (assistenza protesica, scelta e revoca del medico, esenzioni, ecc.), oltre che delle attività amministrative. Eccezionale sforzo è stato ed è tuttora profuso dal Dipartimento di Prevenzione e in particolare dalla U.O.C. di Igiene e Sanità Pubblica per tutte le attività di organizzazione dell'esecuzione dei tamponi, di sorveglianza epidemiologica, di mappatura dei contagi e di programmazione dei test, con la conseguente costante interlocuzione con le istituzioni a vario titolo impegnate nella gestione dell'emergenza, cui si è aggiunta, a partire dal 02/01/2021 l'implementazione del piano vaccinale anti Sars-Cov-2/Covid-19, che prevede la vaccinazione, su base volontaria, presso gli Ospedali di Matera e Policoro della popolazione afferente all'ASM, a

partire dagli operatori sanitari aziendali, dagli operatori e dagli utenti delle RSA, dagli anziani e via via dal resto della popolazione.

Per la gestione dell'emergenza sanitaria, nell'ambito delle direttive e delle azioni coordinate dalla Regione, l'ASM ha adottato le seguenti azioni:

- ha istituito una Forza Aziendale, formalizzata con deliberazione n. 199 del 02/03/2020,
- ha istituito una Unità di Crisi con compiti di coordinamento operativo, formalizzata con deliberazione n. 343 del 01/04/2020, così come aggiornata con successiva deliberazione n. 350 del 03/04/2020,
- ha prontamente definito le proprie linee programmatiche ed operative, in conformità alle linee di indirizzo emanate a livello regionale e ministeriale, per la gestione della cd "FASE 1",
- successivamente ha definito specifici programmi per la gestione della cd "FASE 2" dell'emergenza, di seguito sinteticamente rappresentati:
 - ✓ **ADOZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DI PROGRAMMI SPECIFICI PER LA RIPRESA DELLE ATTIVITA' ASSINTENZIALI SOSPESSE A CAUSA DELL'EMERGENZA COVID 19;**
 - ✓ **PREDISPOSIZIONE ED ADOZIONE DEL PIANO ATTUATIVO AZIENDALE PER IL POTENZIAMENTO DELLA RETE OSPEDALIERA della Basilicata per Emergenza COVID – 2019**, in attuazione del programma operativo regionale in materia di assistenza ospedaliera, ai sensi dell'art. 2 del D.L. n. 34/2020, approvato dalla Regione con DGR n. 437 del 02/07/2020, così come integrata con successiva DGR n. 611 del 10/09/2020, approvato con deliberazione aziendale n. 847 del 28/09/2020;
 - ✓ **PREDISPOSIZIONE ED ADOZIONE DEL PIANO ATTUATIVO AZIENDALE PER IL POTENZIAMENTO DELLA RETE TERRITORIALE della Basilicata per Emergenza COVID – 2019**, in attuazione del programma operativo regionale in materia di assistenza territoriale, ai sensi dell'art. 1 del D.L. n. 34/2020, approvato dalla Regione con DGR n. 434 del 02.07.2020, così come integrata con successiva D.G.R. n. 612 del 10/09/2020, approvato con deliberazione aziendale n. 847 del 28/09/2020.

Inoltre, l'Azienda ha dapprima predisposto e successivamente aggiornato il piano operativo per il recupero delle liste di attesa di cui all'art. 29 del d.l. n. 104 del 14/08/2020 convertito con modificazioni dalla Legge n. 126 del 13/10/2020, così come aggiornato ai sensi del d.l. 25 maggio 2021 n. 73 e della Legge di bilancio 2022 art.1 commi 276-279, al fine di consentire il recupero delle prestazioni non erogate nel corso del 2020 e 2021 a causa del COVID.

1.4 Le risorse economico - finanziarie

La formulazione del bilancio economico preventivo 2022 e pluriennale 2022/2024, adottato con delibera aziendale n. 198/2022, tiene conto degli effetti derivanti dalla attuazione della programmazione per la gestione dell'emergenza da coronavirus, dall'applicazione delle misure specifiche previste dalla normativa di settore, oltreché dalle azioni di efficientamento gestionale da porre in essere dall'Azienda, finalizzate al recupero dell'appropriatezza ed al miglioramento del livello quali-quantitativo dell'offerta di servizi, che impattano direttamente sulle dinamiche dei costi e dei ricavi.

In particolare, la previsione economica dell'ASM per l'anno 2022 è stata costruita all'interno del quadro di risorse temporaneamente assicurate dalla Regione Basilicata, con l'assegnazione provvisoria di parte corrente a destinazione indistinta e vincolata del Fondo Sanitario Regionale che ammonta complessivamente a **351,6 milioni di euro**, di cui circa 344,9 milioni di euro sono relativi alla quota indistinta e circa 6,7 milioni di euro sono invece relativi alla quota vincolata, con una stima dei costi e dei ricavi che trova fondamento essenzialmente nell'andamento consolidato degli stessi opportunamente rimodulato in funzione di eventuali nuove dinamiche conseguenti all'adozione da parte dell'Azienda di specifiche azioni o strategie o per effetto dell'attuazione di disposizioni normative aventi un impatto diretto sulle voci economiche.

Si fornisce di seguito, in forma tabellare e grafica, il trend dei principali dati economici relativi agli anni 2012 – 2020, con le previsioni per il 2022.

I dati riportati nella tabella e nei grafici seguenti evidenziano in maniera inequivocabile gli effetti dell'azione di risanamento portata avanti dall'ASM nell'arco temporale 2012 - 2020, che ha portato, a partire dal 2013, al raggiungimento dell'equilibrio economico, che si intende consolidare anche per il 2022 e per il triennio successivo.

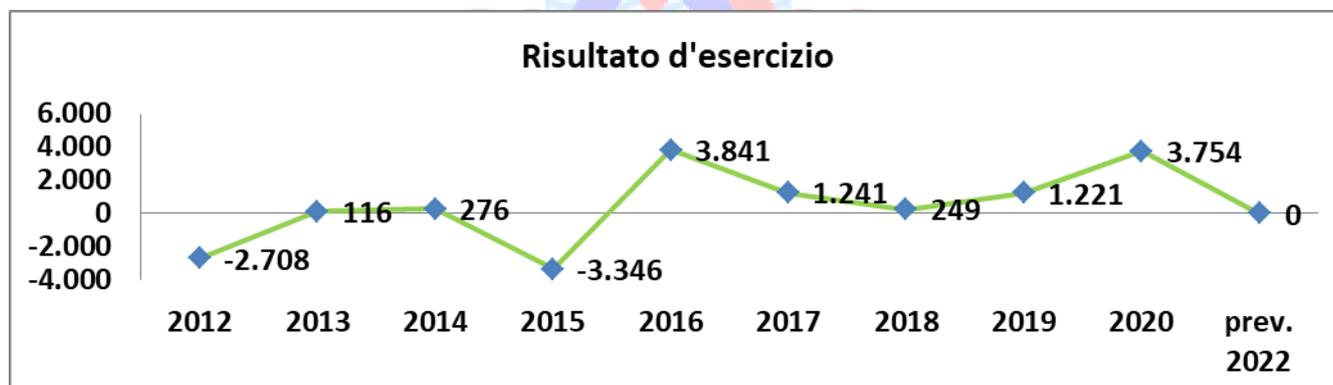
€/000	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	prev. 2022	Δ % prev 22 - 20
valore della produzione	378.796	380.752	388.135	390.022	393.275	394.376	391.202	399.193	409.924	390.266	-4,8%
quota F.S.R.	339.241	337.204	347.491	344.383	349.538	341.200	340.783	342.781	357.896	351.577	-1,8%
costi di produzione	375.327	374.243	381.970	387.295	380.591	384.807	388.472	393.978	399.526	385.089	-3,6%
marginè operativo	3.469	6.509	6.165	2.727	12.684	9.569	2.730	5.215	10.398	5.177	-50,2%
risultato d'esercizio	-2.708	116	276	-3.346	3.841	1.241	249	1.221	3.754	0	-100,0%

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

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

L'effetto congiunto derivante dall'applicazione delle misure di contenimento della spesa previste dalla citata normativa vigente e dal consolidamento degli interventi di risanamento avviati dall'Azienda in questi anni, ha consentito, a partire dal 2013, di raggiungere e, successivamente, consolidare l'equilibrio di bilancio, permettendo di formulare anche per il 2022 una previsione economica caratterizzata dal pareggio di bilancio.

Pur non avendo i dati definitivi, le prime proiezioni economiche relative al 2021 evidenziano, almeno per la gestione caratteristica, un sostanziale mantenimento dell'equilibrio di bilancio.



La Direzione aziendale sarà impegnata per il triennio 2022-2024 a raggiungere gli obiettivi economico finanziari annualmente definiti dalla programmazione sanitaria regionale. La Direzione aziendale sarà inoltre impegnata al costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario, Il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario dovrà essere perseguito individuando e realizzando con tempestività tutte le azioni possibili a livello aziendale, assicurando contestualmente il rispetto della programmazione sanitaria e gli obiettivi di salute ed assistenziali assegnati quali obiettivi di mandato.

L'Azienda darà applicazione alla normativa nazionale in materia sanitaria, con particolare riferimento alle disposizioni che definiscono misure di razionalizzazione, riduzione e contenimento della spesa sanitaria, ancorché non espressamente richiamate in sede di programmazione regionale, fermo restando l'obbligo di assicurare l'erogazione dei LEA e la possibilità di individuare misure che a parità di efficacia assistenziale consentano di ridurre la spesa sanitaria.

1.5. Come operiamo

1.5.1 Gli organi

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

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

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

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

1.5.2 Gli strumenti operativi aziendali

I principali strumenti operativi aziendali sono rappresentati dai seguenti sottosistemi

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



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

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

1.5.3 Il Sistema dell'offerta assistenziale

Struttura dell'offerta ospedaliera

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

Il processo di riorganizzazione della rete ospedaliera, avviato in questi ultimi anni dall'Azienda e tuttora in corso, in conformità agli indirizzi programmatici regionali, ha previsto una netta differenziazione tra l'assistenza ospedaliera per acuti e quella di tipo territoriale/distrettuale, ragion per cui il Presidio Ospedaliero Unificato di Policoro è stato disarticolato in tre distinti Ospedali: l'Ospedale per acuti di Policoro, l'Ospedale Distrettuale di Tinchì e l'Ospedale Distrettuale di Stigliano.

In applicazione dell'art. 2, comma 1b) della più volte menzionata L.R. n. 2/2017 di riordino del S.S.R. di Basilicata, a partire dal 01/01/2017, il Presidio Ospedaliero DEA di I livello "Ospedale Madonna delle Grazie di Matera" e il Presidio Ospedaliero di base di Policoro sede di PSA "Giovanni Paolo II" costituiscono un'unica articolazione ospedaliera per acuti.

Per effetto di tale riorganizzazione, il nuovo modello organizzativo prevede che l'assistenza ospedaliera per acuti sia erogata da un unico ospedale per acuti dotato di 2 presidi a gestione diretta, secondo un modello funzionale di rete integrata e attraverso il seguente assetto strutturale:

- P.O. Matera : Ospedale sede di DEA di I livello
 - P.O. Policoro: Ospedale sede di Pronto Soccorso Attivo (P.S.A.)
- La assistenza ospedaliera distrettuale è erogata dai seguenti Ospedali Distrettuali:
- Ospedale di Stigliano deputato alla lungodegenza e sede di Hospice
 - Ospedale di Tinchì deputato alla riabilitazione e poliambulatorio multispecialistico, con un servizio di Dialisi
 - Ospedale di Tricarico deputato alla lungodegenza e alla riabilitazione gestita in forma diretta con riferimento alle attività di Lungodegenza e attraverso la sperimentazione gestionale pubblico – privato con la Fondazione Don Gnocchi con riferimento alle attività di riabilitazione.

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

Al 31/12/2021, i posti letto effettivi complessivi degli Ospedali per acuti della ASM ammontano a 473, di cui 394 ordinari e 79 DH/DS, distribuiti secondo lo schema riportato nella seguente tabella.

OSPEDALI PER ACUTI	P.L. ORDINARI	P.L. DH/DS	P.L. TOTALI
Presidio Ospedaliero Matera	302	52	354
Presidio Ospedaliero Policoro	92	16	108
TOTALE	394	68	462

Al 31/12/2021, i posti letto complessivi effettivi degli Ospedali distrettuali della ASM ammontano a 123 posti letto ordinari, così distribuiti:

OSPEDALI DISTRETTUALI	P.L. ORDINARI
Ospedale Tricarico	99
Ospedale Stigliano	14
Ospedale Tinchì	
TOTALE	113

Si riportano di seguito, per singolo ospedale, i volumi di ricoveri effettuati nel triennio precedente, riportando per ciascun anno il numero di dimessi e il corrispondente valore economico.

RICOVERI	2019		2020		2021	
	Numero	Valore €	Numero	Valore €	Numero	Valore €
PRESIDIO OSPEDALIERO MATERA	14.017	43.798.493	10.104	32.382.502	9.453	30.324.487
DIPARTIMENTO EMERGENZA - URGENZA	1.661	9.274.596	1.298	6.894.865	1.324	7.672.697
ANESTESIA E RIANIMAZIONE (M)	123	1.424.508	81	493.233	84	1.053.743
PRONTO SOCCORSO (M)	193	710.921	17	71.224		
CARDIOLOGIA E UTIC	1.345	7.139.167	1.200	6.330.408	1.240	6.618.954
DIPARTIMENTO MEDICO	4.425	15.467.177	3.348	11.846.301	3.047	9.889.501
NEUROLOGIA	499	1.428.658	384	1.191.962	361	1.136.754
MALATTIE INFETTIVE	561	2.007.455	289	1.287.683	312	1.125.852
PNEUMOLOGIA	582	2.871.862	403	2.070.323	459	2.045.332
NEFROLOGIA- DIALISI E C.R.T.	249	1.003.230	228	963.549	294	1.114.095
GERIATRIA (M)	957	2.726.594	705	1.804.145	648	1.026.685
EMATOLOGIA	313	1.812.481	283	1.459.826	129	855.349
MEDICINA INTERNA(M)	1.264	3.616.897	1.056	3.068.813	844	2.585.434
DIPARTIMENTO CHIRURGICO	3.775	13.031.083	2.294	8.798.308	2.053	8.315.734
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	303	664.815	149	353.198	63	118.332
OCULISTICA (M)	23	31.180	8	9.098		
ORTOPEDIA (M)	965	4.085.841	617	2.797.707	610	2.753.691
CHIRURGIA GENERALE (M)	1.337	5.414.725	819	3.822.270	792	3.825.998
OTORINOLARINGOIATRIA (M)	497	822.200	244	391.250	197	340.324
GASTROENTEROLOGIA INTERVENTISTICA	7	3.694	1	534	3	2.958
UROLOGIA (M)	643	2.008.629	456	1.424.251	388	1.274.431
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	3.493	5.062.199	2.821	4.312.791	2.614	3.886.903
OSTETRICIA E GINECOLOGIA (M)	2.123	3.333.111	1.663	2.618.760	1.483	2.434.309
PEDIATRIA E NEONATOLOGIA (M)	1.370	1.729.088	1.158	1.694.031	1.131	1.452.594
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	663	963.438	343	530.237	415	559.652
NEUROPSICHIATRIA DELL'ETA' EVOLUTIVA	496	678.596	216	285.141	288	312.448
SPAZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA	167	284.842	127	245.096	127	247.204

RICOVERI	2019		2020		2021	
	Numero	Valore €	Numero	Valore €	Numero	Valore €
PRESIDIO OSPEDALIERO POLICORO	6.134	14.245.963	4.126	9.970.863	4.307	10.468.784
DIPARTIMENTO EMERGENZA – URGENZA	568	1.688.655	469	1.576.357	488	1.558.036
ANESTESIA E RIANIMAZIONE (P)	183	583.417	158	622.664	159	513.610
CARDIOLOGIA E UTIC (P)	385	1.105.238	311	953.693	329	1.044.426
DIPARTIMENTO MEDICO	1.644	4.752.801	968	2.862.704	726	2.170.222
MEDICINA INTERNA (P)	1.644	4.752.801	968	2.862.704	726	2.170.222
DIPARTIMENTO CHIRURGICO	2.088	5.483.532	1.258	3.671.375	1.653	4.853.725
OTORINOLARINGOIATRIA (P)	251	406.128	158	318.208	184	478.964
ORTOPEDIA (P)	614	2.747.288	403	1.836.022	509	2.424.217
CHIRURGIA GENERALE (P)	1.223	2.330.116	697	1.517.145	960	1.950.544
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	1.642	1.956.653	1.286	1.597.182	1.292	1.625.298
OSTETRICIA E GINECOLOGIA (P)	849	1.207.989	701	1.072.052	719	1.018.876
PEDIATRIA E NEONATOLOGIA (P)	793	748.664	585	525.130	573	606.422
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	192	364.322	145	263.245	148	261.504
SPAZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA	192	364.322	145	263.245	148	261.504

RICOVERI	2019		2020		2021	
	Numero	Valore €	Numero	Valore €	Numero	Valore €
OSPEDALE DISTRETTUALE TRICARICO	708	5.076.249	417	3.116.298	519	3.878.670
DIP. INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO	126	647.370	81	450.850	103	523.354
LUNGODEGENZA MEDICA (TR)	126	647.370	81	450.850	103	523.354
POLO RIABILITATIVO - DON GNOCCHI (TR)	582	4.428.879	336	2.665.448	416	3.355.317
Attività Riabilitativa - Don Gnocchi	179	935.119	117	650.219	134	776.560
Degenza Riabilitativa Intensiva (56)- Don Gnocchi	403	3.493.760	219	2.015.229	282	2.578.756

RICOVERI	2019		2020		2021	
	Numero	Valore €	Numero	Valore €	Numero	Valore €
OSPEDALE DISTRETTUALE STIGLIANO	233	1.033.858	139	592.152	129	628.782
DIP. INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO	233	1.033.858	139	592.152	129	628.782
CURE PALLIATIVE - HOSPICE STIGLIANO	107	506.408	98	419.272	96	553.168
LUNGODEGENZA MEDICA (S)	126	527.450	41	172.880	33	75.614

I dati sopra riportati evidenziano in maniera inequivocabile la drastica battuta d'arresto registrata negli anni 2020 e 2021 rispetto al 2019, interamente ascrivibile alla pandemia, per effetto della quale per lunghi periodi dell'anno sono state sospese le attività di ricovero, con la sola eccezione delle urgenze e delle patologie oncologiche negli ospedali per acuti di Matera e Policoro.

Pare opportuno precisare che i dati sopra riportati si riferiscono esclusivamente al numero dei dimessi dai singoli reparti, che ovviamente non tengono conto della numerosità complessiva della casistica trattata, ma attribuiscono al singolo reparto esclusivamente i pazienti dimessi, non anche quelli transitati, sottodimensionando di fatto in alcuni casi la mole di attività. A mero titolo semplificativo è il caso della rianimazione, a cui sono attribuiti solo i pazienti dimessi dall'ospedale, ma la cui attività di ricovero non si esaurisce esclusivamente ad essi, ma tiene in considerazione tutti i pazienti transitati dalla rianimazione e poi trasferiti in altri reparti di degenza da cui sono stati dimessi.

Nello specifico, per quanto riguarda gli ospedali per acuti, nell'anno 2021, con riferimento all'Ospedale di Matera si è registrata un'ulteriore flessione rispetto al 2020, mentre l'Ospedale di Policoro ha evidenziato un lieve incremento rispetto all'anno precedente, mantenendosi, tuttavia, su volumi significativi inferiori a quelli pre pandemici.

In merito agli Ospedali Distrettuali, con riferimento specifico all'Ospedale di Tricarico, nel 2021 si è registrato un lieve incremento rispetto all'anno precedente, sia pure rimanendo abbastanza lontani dai livelli pre pandemici, mentre l'Ospedale di Stigliano ha evidenziato un ulteriore calo dei ricoveri rispetto al 2020, con specifico riferimento alle attività di lungodegenza, ascrivibile alla rifunionalizzazione dei posti letto che sono stati destinati ai pazienti positivi al covid, paucisintomatici non bisognosi di assistenza per acuti.

Struttura dell'offerta distrettuale

L'assistenza distrettuale 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. 1 consultorio con 7 sedi territoriali che erogano attività di consultorio familiare all'interno delle sedi distrettuali
- N. 1 Hospice che eroga assistenza ai malati terminali, situato nell'Ospedale di Stigliano
- N. 60 farmacie convenzionate aperte al pubblico.

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)
- 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 o affetti da disabilità complesse di tipo fisico, psichico e sensoriale: a partire dal 2014 vi è stato l'incremento di altri 2 posti letto destinati a pazienti paganti in proprio, oltre alla riconversione di 10 dei posti letto dal codice R3 al codice R2 (deliberazione aziendale n. 838/2014), in ottemperanza alle linee di indirizzo programmatiche regionali
- Prestazioni ambulatoriali ex art. 26 L. 833/78 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. 6 Centri Privati Accreditati che erogano attività di laboratorio
- N. 7 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 studio ambulatoriale convenzionato che eroga attività clinica nella branca di cardiologia.

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.

Dai primi mesi del 2015, prima tra le Aziende Sanitarie meridionali, l'ASM di Matera ha avviato le attività della R.E.M.S. (Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza) presso Tinchì, portando a compimento in soli 100 giorni, un importante investimento finanziato dalla Regione Basilicata. Tale intervento che ha consentito alla Regione Basilicata di essere la prima regione del meridione ad aver rispettato la tabella di marcia avviata dal Decreto Legge n. 211/2011 sulla chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e la loro riconversione in residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza.

Relativamente alla Medicina Generale, nell'Azienda operano mediamente 160 Medici di Medicina Generale e 23 Pediatri di Libera Scelta.

Sono, inoltre, convenzionati con l'ASM 53 Specialisti Interni, di cui 38 medici, 11 veterinari, 2 biologi e 2 psicologi.

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 medici dedicati all'Emergenza Territoriale, la cui gestione è passata all'ASP a far data dal 01/01/2017, ai sensi della L.R. n. 2/2017.

Si riportano di seguito, articolati per singola sede di erogazione, i volumi di attività specialistica ambulatoriale effettuati nel triennio precedente, riportando per ciascun anno il numero di prestazioni erogate e il corrispondente valore economico.

Struttura	2019		2020		2021	
	numero	valore €	numero	valore €	numero	valore €
Consultorio Familiare	1.945	71.243	1.879	57.063	2.023	55.703
Ginecologia	1.094	42.326	1.270	41.768	887	27.446
Psicologia	851	28.917	609	15.295	1.136	28.256
Poliambulatorio Distr. Matera	32.372	805.334	14.058	326.983	24.038	545.724
Allergologia					51	1.046
Attività Distrettuali	758	15.438	255	5.178	7	90
Cardiologia	4.706	87.629	2.777	48.709	3.823	68.993
Chirurgia	607	12.434	369	11.171	762	47.139
Dermatologia	1.004	19.606	374	7.368	1.016	19.681
Diabetologia					261	4.377
Direzione Sanitaria					48	992
Geriatrics territoriale	531	33.702	441	29.281	349	23.983
Ginecologia	347	6.057	11	128	11	45
Medicina del Lavoro					2	41
Medicina dello Sport	2.236	122.081	1.051	48.647	1.105	53.656
Neurologia	1.116	18.517	623	11.112	946	17.060
Oculistica	2.001	35.851	1.049	18.649	1.269	22.734
Odontoiatria	2.487	55.598	639	14.582	2.387	46.493
Ortopedia					541	11.416
Otorinolaringoiatria	1.857	27.797	916	13.896	1.619	24.135
Pneumologia Territoriale	13.966	360.208	5.267	113.995	9.142	191.727
Psicologia	756	10.416	286	4.267	288	4.894
Reumatologia					411	7.223
Punto Sanità - P.zza Firenze	6.060	15.635	1.184	3.055		
Attività Distrettuali	117	302	21	54		
Servizio prelievi	5.943	15.333	1.163	3.001		
Sede Distr. Accettura			40	741		
Pediatria			40	741		
Sede Distr. Bernalda	3.799	44.631	2.419	24.031	3.398	46.266
Attività Distrettuali	38	345	14	127	7	64
Chirurgia	155	3.151	19	385		
Dermatologia	98	1.955	39	759	47	971
Neurologia	268	4.798	150	2.674	217	3.921
Ortopedia	712	11.906	346	5.900	523	8.517
Psichiatria	30	434	25	408	46	684
Psicologia	683	17.359	470	10.279	1.028	28.162
Servizio prelievi	1.815	4.683	1.356	3.498	1.530	3.947
Sede Distr. Calciano	478	3.132	269	1.859	353	3.538
Pediatria	129	2.231	73	1.353	147	3.006
Servizio prelievi	349	900	196	506	206	531

Struttura	2019		2020		2021	
	numero	valore €	numero	valore €	numero	valore €
Sede Distr. Ferrandina	3.137	23.115	2.371	12.612	3.020	18.550
Attività Distrettuali	37	152	21	87	46	190
Cardiologia Medica	276	4.057	46	677	1	12
Chirurgia	40	803	8	165		
Neurologia	205	3.602	121	2.161	279	5.107
Ortopedia	266	4.395	153	2.618	191	3.272
Otorinolaringoiatria	263	4.349	85	1.413	212	3.298
Psichiatria	40	571	43	606	67	935
Servizio prelievi	2.010	5.186	1.894	4.887	2.224	5.738
Sede Distr. Garaguso	597	2.708	444	1.670	461	1.827
Pediatria	80	1.374	32	607	37	733
Servizio prelievi	517	1.334	412	1.063	424	1.094
Sede Distr. Grassano	3.112	16.514	2.267	10.944	2.090	12.058
Attività Distrettuali	63	178	14	36	6	15
Dermatologia	93	1.821	57	1.116	82	1.531
Neurologia	288	5.215	209	3.621	231	4.323
Otorinolaringoiatria	138	2.412	67	1.129	95	1.692
Psichiatria	32	444	8	110	13	207
Servizio prelievi	2.498	6.445	1.912	4.933	1.663	4.291
Sede Distr. Grottole	2.042	16.940	1.069	6.862	865	5.259
Attività Distrettuali	33	300	9	82		
Cardiologia Medica	310	4.292	43	602		
Geriatrica territoriale	70	1.544	56	1.118	31	625
Neurologia	204	3.936	114	2.170	88	1.664
Pediatria	183	3.665	39	806	60	1.201
Servizio prelievi	1.242	3.204	808	2.085	686	1.770
Sede Distr. Irsina	2.568	20.425	1.550	9.298	2.111	17.020
Cardiologia Medica	235	3.546	44	647		
Chirurgia	53	1.064	7	145		
Dermatologia	125	2.497	50	1.025	88	1.694
Neurologia	171	2.939	115	2.091	153	2.775
Odontoiatria	144	2.827	71	1.194	367	6.958
Otorinolaringoiatria	189	3.293	64	1.103	122	2.030
Servizio prelievi	1.651	4.260	1.199	3.093	1.381	3.563
Sede Distr. Miglionico	977	4.400	709	2.712	782	3.173
Attività Distrettuali	2	18	7	64	7	64
Neurologia	107	2.142	48	961	69	1.288
Servizio prelievi	868	2.239	654	1.687	706	1.821

Struttura	2019		2020		2021	
	numero	valore €	numero	valore €	numero	valore €
Sede Distr. Montalbano J.	1.236	6.002	819	2.113	867	2.237
Chirurgia	167	3.244				
Laboratorio di Analisi	1.069	2.758	819	2.113	867	2.237
Sede Distr. Montescaglioso	3.244	32.852	2.841	23.744	2.478	14.050
Attività Distrettuali	1	21	2	41	1	21
Cardiologia Medica	81	1.237	41	634		
Chirurgia	52	1.074	2	41		
Dermatologia					9	155
Neurologia	327	6.262	313	6.212	274	5.344
Otorinolaringoiatria	128	2.218	62	1.049	85	1.457
Psichiatria	70	973	39	542	38	537
Psicologia	605	15.958	515	10.409	78	1.395
Servizio prelievi	1.980	5.108	1.867	4.817	1.993	5.142
Sede Distr. Oliveto Lucano	261	1.192			206	1.219
Pediatria	42	627			38	785
Servizio prelievi	219	565			168	433
Sede Distr. Pisticci	6.461	150.126	2.950	70.671	3.856	107.509
Allergologia						
Dermatologia	611	11.951	318	6.136	595	11.138
Medicina	940	14.495	464	7.151	563	8.472
Neurologia	472	8.581	248	4.473	336	6.182
Neuropsichiatria	65	940	29	452	5	103
Oculistica	768	13.105	376	6.360	433	6.877
Odontoiatria	796	8.110	204	2.248	68	937
Ortopedia	722	12.410	416	7.029	468	8.111
Otorinolaringoiatria	132	2.007	91	1.222	150	2.200
Psicologia	549	8.332	129	1.827	10	151
Radiologia	1.406	70.195	675	33.774	1.228	63.338
Sede Distr. Policoro	9.456	177.802	4.287	88.389	5.933	151.017
Cardiologia	3.094	47.646	755	11.641	797	21.227
Chirurgia	633	12.595	547	10.592	689	14.145
Dermatologia	1.003	19.986	502	10.103	687	13.751
Diabetologia					36	628
Direzione Sanitaria					40	826
Medicina dello Sport	490	28.945	372	20.207	898	54.157
Neurologia	2.110	37.276	1.145	20.377	1.601	28.628
Neuropsichiatria	556	7.038	317	4.096	624	8.028
Oculistica	1	21				
Odontoiatria	610	8.364	212	4.360	56	1.947
Otorinolaringoiatria	788	12.566	316	4.795	462	6.831
Psicologia	171	3.366	121	2.218	43	847

Struttura	2019		2020		2021	
	numero	valore €	numero	valore €	numero	valore €
Sede Distr. Pomarico	2.213	14.293	1.620	8.793	1.665	9.117
Attività Distrettuali	87	791	97	882	84	764
Cardiologia Medica	231	3.508	57	846		
Chirurgia	45	930	6	124		
Dermatologia	54	1.108	33	682	36	736
Neurologia	203	3.847	152	2.970	215	4.186
Servizio prelievi	1.593	4.110	1.275	3.290	1.330	3.431
Sede Distr. Salandra	1.207	8.344	707	3.485	820	3.632
Attività Distrettuali	3	12				
Cardiologia Medica	208	2.923	15	207		
Chirurgia	41	824	8	165		
Neurologia	146	2.497	93	1.588	107	1.792
Servizio prelievi	809	2.087	591	1.525	713	1.840
Sede Distr. San Mauro Forte	331	6.093	141	2.556	83	1.537
Dermatologia	18	372	6	116	26	452
Ortopedia	98	1.814	46	857	57	1.085
Pediatria	215	3.907	89	1.583		
Sede Distr. Stigliano	2.242	38.412	1.156	20.754	1.708	30.291
Allergologia					6	116
Chirurgia	166	3.414	123	2.645	141	2.828
Dermatologia	70	1.412	25	503	104	1.970
Neurologia	347	6.355	218	3.915	303	5.570
Neuropsichiatria	48	749	30	385	55	698
Neuropsichiatria Infantile						
Oculistica	586	9.558	241	3.950	208	3.091
Odontoiatria	196	3.373	91	2.221	171	4.435
Ortopedia	138	2.314	92	1.567	114	1.928
Otorinolaringoiatria	442	6.975	190	3.070	264	4.085
Pediatria	213	3.564	146	2.497	283	4.475
Psicologia	36	697				
Reumatologia					59	1.094
Sede Distr. Tricarico	1.521	27.373	469	8.920	1.092	20.921
Allergologia					2	41
Attività Distrettuali	115	924	8	21	29	75
Dermatologia	131	2.575	88	1.803	166	3.228
Neurologia	257	4.761	153	2.822	193	3.626
Odontoiatria	247	4.526	53	1.428	380	8.329
Otorinolaringoiatria	212	3.798	130	2.286	255	4.532
Pediatria					12	248
Psichiatria	52	764	37	562	51	759
Psicologia	507	10.025				
Reumatologia					4	83

Struttura	2019		2020		2021	
	numero	valore €	numero	valore €	numero	valore €
Sede Distr. Tursi	1.254	22.477	533	9.131	805	14.094
Chirurgia	232	4.633	24	454	89	1.723
Dermatologia	66	1.278	32	638	113	2.130
Oculistica	259	4.592				
Odontoiatria	40	651	71	1.232	163	2.959
Ortopedia	86	1.428	52	842	70	1.190
Otorinolaringoiatria	571	9.894	354	5.966	370	6.092
Ospedale Matera	614.464	13.433.051	454.129	11.371.075	502.644	11.719.653
Anatomia Patologica	8.020	345.848	5.324	240.217	6.930	285.492
Anestesia e Rianimazione	1.925	120.762	1.293	77.512	891	33.204
Attività Distrettuali	9.402	24.257	5.801	14.967	6.465	16.680
Attività Libero Professionale			8.101	720.043		
Cardiologia - Angiologia	724	29.934	485	20.287	806	33.996
Cardiologia Medica	13.008	307.221	8.695	214.197	10.669	257.655
Centro Diabetologico	7.525	106.605	4.729	70.150	5.846	86.464
Centro Riferimento Trapianti	2.258	55.880	3.856	214.094	5.087	286.736
Centro Trasfusionale	25.629	352.626	26.251	373.372	22.878	325.096
Chirurgia	1.891	26.463	1.853	18.796	2.241	22.640
Chirurgia Plastica	15.984	181.501	9.833	103.267	9.239	87.853
Chirurgia Vascolare	2.903	69.412	1.485	35.093	1.998	50.541
Direzione Sanitaria					190	3.925
Ematologia	5.306	70.631	4.285	56.625	5.259	67.446
Endocrinologia	4.388	94.346	2.886	62.406	3.568	77.004
Endoscopia Digestiva	4.508	329.210	2.613	203.800	3.193	268.802
Genetica	11.154	857.674	12.525	1.005.014	22.035	1.772.601
Geriatrics	1.468	64.929	690	31.035	785	35.870
Geriatrics territoriale	241	5.291	137	3.481	154	4.966
Ginecologia	7.260	173.352	5.520	153.261	6.592	164.731
Laboratorio di Analisi	311.421	1.995.612	223.620	1.189.774	252.573	1.025.990
Malattie Infettive	1.092	25.276	492	12.131	258	4.424
Medicina	3.441	99.640	1.221	36.139	2.102	64.983
Medicina Nucleare	3.063	629.960	3.378	1.115.423	4.135	1.236.584
Nefrologia	41.147	2.165.615	39.270	2.127.047	36.810	2.035.657
Neurologia	12.457	170.636	7.107	97.866	8.855	122.065
Neuropsichiatria Infantile	4.224	71.648	2.304	41.187	2.622	47.107
Nutrizione clinica e dietetica	4.007	57.657	2.089	30.674	2.944	44.282
Oculistica	12.030	1.494.977	5.764	754.400	6.472	708.556
Oncologia	8.931	108.452	7.316	88.444	5.740	71.045
Ortopedia	10.219	270.541	7.476	169.043	8.522	171.309
Otorinolaringoiatria	7.604	124.780	4.429	70.721	5.968	94.685
Pediatria	2.657	37.242	1.331	15.661	1.798	22.348

Struttura	2019		2020		2021	
	numero	valore €	numero	valore €	numero	valore €
Ospedale Matera	614.464	13.433.051	454.129	11.371.075	502.644	11.719.653
Pneumologia	10.799	259.904	6.442	156.413	5.362	130.001
Pronto Soccorso	273	6.635	148	3.527	93	2.256
Psichiatria	4.920	68.462	3.841	52.823	3.545	48.834
Psicologia	972	17.806	475	8.904	256	4.961
Radiologia	25.135	1.231.452	14.230	799.053	17.573	900.548
Reumatologia	4.780	83.140	2.291	38.925	2.583	45.521
Risonanza Magnetica	4.496	795.164	3.479	629.281	3.362	598.747
Senologia	8.924	310.600	5.455	180.863	9.623	305.423
Servizio D.C.A.	440	8.292	316	5.963	564	10.443
Urologia	7.838	183.616	5.293	129.198	6.058	142.181
Ospedale Policoro	387.801	3.936.608	258.733	2.657.812	295.283	2.441.188
Anestesia e Rianimazione	1.165	26.505	891	24.526	707	19.237
Attività Libero Professionale			2.966	236.667		
Cardiologia Medica	4.980	146.207	2.618	70.986	2.204	53.983
Centro Antifumo	123	2.625	57	1.124	48	824
Centro Trasfusionale	925	29.433	841	29.268	607	29.695
Chirurgia	1.735	30.777	612	11.763	811	14.165
Diabetologia					693	10.783
Direzione Sanitaria					34	702
Endocrinologia					1.284	27.070
Endoscopia Digestiva	1.453	111.362	1.161	93.578	1.307	104.042
Ginecologia	3.175	79.129	2.142	58.161	2.332	53.944
Laboratorio di Analisi	333.822	1.710.369	225.192	1.149.639	257.143	990.834
Medicina	3.630	63.451	2.140	37.630	2.943	51.771
Medicina Generale	356	17.378	29	1.262	44	1.860
Neurologia	218	5.159	44	1.081		
Nutrizione clinica e dietetica	2	26			3	39
Oculistica	7.092	566.197	2.333	330.112	3.428	413.398
Ortopedia	4.870	110.788	3.496	69.403	4.642	139.386
Otorinolaringoiatria	5.567	87.788	3.480	52.279	4.668	72.685
Pediatria	506	13.796	202	8.345	286	9.448
Pronto Soccorso	174	4.103	115	2.653	111	2.516
Psichiatria	3.927	54.040	2.291	32.768	2.620	37.194
Psicologia	81	1.226	17	207	282	5.276
Radiologia	10.986	385.907	6.948	260.919	7.710	207.985
Reumatologia					101	1.908
Risonanza Magnetica	3.007	490.237	1.154	185.375	1.238	191.726
Urologia	7	106	4	67	37	718

Struttura	2019		2020		2021	
	numero	valore €	numero	valore €	numero	valore €
Ospedale Distr. Stigliano	10.487	110.887	6.408	42.101	7.349	47.649
Anestesia e Rianimazione	566	11.225	399	8.206	391	8.129
Centro Trasfusionale	36	339	38	350	24	196
Chirurgia	6	110	2	49	2	41
Endocrinologia	266	3.837	391	5.792	1.005	18.679
Ginecologia	543	12.643	95	2.207	83	2.030
Laboratorio di Analisi	6.083	15.694	4.699	12.136	5.564	14.355
Medicina	1.395	39.153	173	2.647	233	3.494
Nefrologia	49	757	36	558	45	689
Psicologia	83	1.390				
Radiologia	1.460	25.738	575	10.156	2	37
Ospedale Distr. Tinchi	254.129	3.473.853	161.901	2.613.754	203.524	2.755.613
Attività Libero Professionale			920	76.360		
Centro Trasfusionale	253	2.293	202	1.779	213	1.688
Chirurgia	6.372	53.403	5.156	39.073	5.749	47.622
Cure Palliative	865	20.858	570	13.498	714	18.117
Dermatologia	4.422	62.340	2.657	38.141	3.834	57.062
Direzione Sanitaria					46	950
Endocrinologia	30.835	680.079	15.116	352.145	17.671	392.802
Endoscopia Digestiva	857	11.947	190	2.649		
Ginecologia	761	19.696	339	8.888	201	4.953
Laboratorio di Analisi	181.895	916.323	114.344	590.095	148.378	569.458
Medicina	2.540	97.263	1.283	49.266	1.864	69.609
Nefrologia	24.220	1.591.166	21.021	1.440.382	24.652	1.590.520
Neuropsichiatria	143	1.739	90	1.266	191	2.634
Otorinolaringoiatria	618	10.650	3	45	5	79
Pronto Soccorso	5	116	3	66	1	25
Radiologia	343	5.981	7	102	5	93
Ospedale Distr. Tricarico	151.562	942.054	108.202	630.633	132.111	601.272
Anestesia e Rianimazione	91	2.439	38	750	15	717
Attività Libero Professionale			217	25.580		
Cardiologia	352	6.961	105	1.753		
Centro Trasfusionale	156	1.461	94	884	84	679
Chirurgia	1.854	20.225	1.153	11.099	950	10.685
Diabetologia					18	325
Endocrinologia	920	19.046	770	15.792	1.000	21.148
Endoscopia Digestiva	2.342	178.474	1.024	69.116	1.454	91.736
Geriatria	182	1.869	29	493	43	714
Ginecologia	1.425	33.577	923	22.566	1.169	28.785
Laboratorio di Analisi	142.530	633.061	102.888	459.303	126.002	410.855
Medicina Generale	431	14.682	247	7.056	265	9.814
Pronto Soccorso	13	154			2	25
Radiologia	1.266	30.105	714	16.241	1.109	25.789
Totale complessivo	1.504.956	23.405.493	1.033.155	18.011.760	1.199.565	18.630.116

Dai dati sopra riportati emerge in maniera netta la flessione dei volumi di attività registratasi negli ultimi 2 anni rispetto al 2019, imputabile totalmente agli effetti della pandemia da COVID – 19, scoppiata a febbraio 2020 e protrattasi per tutto il 2021.

Struttura dell'offerta relativa alla 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:

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

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

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

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. SEZIONE II – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

La presente sezione è articolata nelle seguenti sottosezioni:

- a) Valore pubblico, nel quale sono definiti:
 - o 1) gli obiettivi generali programmati in coerenza con i documenti di salute e programmazione sanitaria adottati da questa azienda, in ragione della mission attribuita dalla pianificazione regionale;
 - o 2) gli obiettivi specifici dell'azienda inteso come valore pubblico finalizzato all'incremento del benessere economico, sociale, educativo, assistenziale e ambientale a favore dei cittadini;
 - o 3) le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
 - o 4) l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare, secondo le misure previste dall'Agenda Semplificazione;
- b) Performance: la sottosezione è predisposta secondo quanto previsto dal Capo II del decreto legislativo n. 150 del 2009 e ss.mm.ii. ed è finalizzata, in particolare, alla programmazione degli obiettivi e degli indicatori di performance di questa Azienda;
- c) Rischi corruttivi e trasparenza: la sottosezione è predisposta dal RPCT sulla base degli obiettivi in materia definiti dalla Direzione Strategica, ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190 e ss.mm.ii..

2.1 Il Valore Pubblico

Il "Valore Pubblico" può essere definito come l'incremento del benessere complessivo (economico, sociale, educativo, assistenziale, ambientale, culturale etc.) della comunità di riferimento, da raggiungere attraverso l'ottimizzazione della gestione del complesso di risorse a disposizione. La prospettiva di azione è duplice: si tratta di coniugare l'efficacia nel raggiungimento degli obiettivi predefiniti con l'efficienza nell'allocazione delle risorse.

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

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

Il Valore Pubblico, per essere tale, deve essere:

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

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

Nello specifico, la creazione di Valore Pubblico è strettamente connessa alla mission dell'ASM che si esplica nel soddisfacimento *"dei bisogni di salute della propria popolazione di riferimento e dell'insieme dei cittadini presenti nel territorio di competenza, mediante la erogazione*

coordinata di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali” assicurando “i livelli essenziali ed uniformi di assistenza, oltre ad altri obiettivi di salute ed economico-finanziari così come definiti dalla programmazione nazionale e regionale, nel rispetto dei seguenti principi”:

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

In questa sezione la ASM intende definire:

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

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

2.1.1 L’accessibilità digitale

OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONI	INDICATORI	TEMPISTICA
Consentire l’accesso alle informazioni sanitarie personali, quali referti, certificati e prescrizioni diagnostiche o specialistiche e farmaceutiche, immagini diagnostiche in maniera rapida e immediata	Implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	Effettiva alimentazione del FSE con lettere di dimissioni, prestazioni di pronto soccorso e referti delle prestazioni ambulatoriali ed inserimento di un link diretto sul sito web aziendale alla Piattaforma FSE nazionale.	31/12/2023
	Consolidamento della tipologia di strumenti di raccolta degli esami di diagnostica strumentale	Effettiva disponibilità di download su CD di tutte le immagini radiografiche prodotte nelle U.O. di Radiologia e Medicina Nucleare e di Senologia durante le prestazioni diagnostiche	31/12/2022
	Consolidamento delle modalità di consegna dei risultati degli esami di laboratorio	Effettivo invio via mail dei referti relativi agli esami di laboratorio	31/12/2022

OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONI	INDICATORI	TEMPISTICA
Facilitare l'accesso alle informazioni da parte dei cittadini/utenti	Revisione ed aggiornamento costante delle news e delle informazioni sul sito web aziendale	Verifica da parte dell'URP dell'effettivo aggiornamento dei banner	(settimanale/bi-settimanale)
Facilitare l'accesso ai servizi da parte dei cittadini/utenti	Verifica e monitoraggio costante del funzionamento della piattaforma on line per la prenotazione, consultazione e gestione di appuntamenti sanitari, attivata dall'ASM	Verifica corretto funzionamento del sito web aziendale	(settimanale/bi-settimanale)
Facilitare la fruizione dell'assistenza integrativa	Consolidare l'utilizzo della card magnetica prepagata per l'acquisto di prodotti per pazienti celiaci	Effettivo consegna della card magnetica ai nuovi pazienti e ricarica trimestrale della stessa	31/12/2022
Favorire l'accessibilità ai pagamenti on line diretti all'Azienda, tramite il sistema Pago PA	Garantire il pieno utilizzo a tutti gli utenti del sistema Pago PA al fine di poter effettuare pagamenti on line	Completamento dell'attivazione di tutti gli sportelli e di tutte le tipologie di pagamenti nei confronti dell'ASM attraverso il sistema Pago PA	31/12/2023
Efficientamento della verifica sull'appropriatezza delle prestazioni attraverso l'estensione della ricetta dematerializzata	Consolidare e sviluppare l'utilizzo della ricetta dematerializzata	Numero di prscrittori che usano la ricetta dematerializzata sul totale dei medici prescrittori	31/12/2023

2.1.2 L'accessibilità fisica

OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONI	INDICATORI	TEMPISTICA
Migliorare la comunicazione con persone disabili non udenti	Formazione a personale di front office	Svolgimento corsi di formazione	31/12/2023

OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONI	INDICATORI	TEMPISTICA
Garantire e agevolare l'accessibilità fisica degli spazi e dei servizi aziendali	Verificare annualmente il permanere delle condizioni di adeguata fruibilità dei servizi e degli spazi aziendali	Almeno 2 sopralluoghi annuali presso le strutture aziendali	31/12/2022
	Studio di fattibilità per rendere i percorsi sempre più chiari e intuitivi anche attraverso la revisione della cartellonistica	Studio di fattibilità	31/12/2023

2.1.3 Le procedure da reingegnerizzare e semplificare

OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONI	INDICATORI	TEMPISTICA
Prosecuzione del processo di informatizzazione	Implementazione cartella clinica informatizzata, Sistema Informativo Sanitario Integrato Regionale (SISIR) e integrazione sistemi informativi intra ospedalieri e tra ospedale e territorio (Dimissione Protetta). Avvio nuovi sistemi sanitari quali: CUP, Pronto Soccorso.	Implementazione cartella clinica informatizzata, procedure CUP, Pronto Soccorso	31/12/2022
Reingegnerizzazione dell'infrastruttura IT, in conformità ai principi stabiliti nell'Agenda Digitale e nel Piano Triennale per l'informatizzazione delle PPAA., così come confermati nel PNRR	Realizzazione progetto di revisione strutturale dell'architettura informatica hardware e software da rendere adatta a supportare i processi di trasformazione digitale presenti e futuri	Predisposizione del progetto ed implementazione	Triennio 2022 - 2024
Attivazione di misure di sicurezza ispettive a supporto di analisi a ciclo continuo	Implementazione di sistemi di ultima generazione potenziato dall'Intelligenza Artificiale	Implementazione di sistemi di ultima generazione potenziato dall'Intelligenza Artificiale	Triennio 2022 - 2024
Potenziamento degli strumenti informatici a supporto delle azioni in favore della trasparenza e dell'anticorruzione	Aggiornamento del modulo software di Whistleblowing - Servizio Segnalazione Illeciti	Implementazione del nuovo modulo software di Whistleblowing - Servizio Segnalazione Illeciti	31/12/2022

2.1.4 Obiettivi di benessere equo e sostenibile

OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONI	INDICATORI	TEMPISTICA
Implementazione del servizio dialitico domiciliare	Verifica pazienti ammissibili a dialisi domiciliare Attivazione del servizio per il maggior numero di pazienti dializzati con requisiti idonei	Incremento dei pazienti in trattamento dialitico domiciliare	Triennio 2022-2024
Monitoraggio da remoto e/o con visite periodiche a domicilio di pazienti cronici ed anziani	Attivazione di una piattaforma di Telemedicina	Effettiva attivazione della piattaforma di Telemedicina	Triennio 2022-2024
Promuovere la partecipazione del personale al miglioramento dei processi di lavoro aziendali	Attivare modalità di confronto con il personale	N. 2 conferenze di servizio all'anno	Triennio 2022-2024

2.2 La performance

2.2.1 Introduzione

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

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

La redazione del documento in oggetto è frutto di una accurata analisi del contesto programmatico nazionale, regionale e aziendale, nella quale si è debitamente tenuto conto anche quest’anno dell’impatto della pandemia da Covid-19.

Al pari dell’anno precedente il Sistema Sanitario Nazionale ha dovuto continuare a trasformare e riorganizzare rapidamente il proprio assetto in risposta ai repentini cambiamenti derivanti dalla pandemia che ne ha messo a dura prova la tenuta complessiva.

A fine 2020 si iniziava a guardare con preoccupazione alla variante inglese del coronavirus. Nel corso del 2021 questa mutazione ha ceduto il posto prima a Delta e poi a Omicron, certificando la capacità di Sars-CoV-2 di cambiare con grande rapidità. A fine dicembre 2021 i nuovi casi di coronavirus in Italia erano oltre 50.000, il numero più alto da inizio pandemia. Il record precedente era stato il 13 novembre 2020, con 40.902 positivi in un giorno. Si fa riferimento ovviamente ai positivi scoperti dai test; è molto probabile che durante la prima ondata, quella di marzo 2020, i positivi reali fossero di più di quanti rilevati. A ridimensionare il record interviene anche il tasso di positività ai tamponi. Nel 2021 ne sono stati fatti molti più che in passato, in larga parte antigenici rapidi. La pandemia non sembra ancora vicina a una conclusione, ma i passi avanti compiuti sono stati numerosi. È evidente come l’effetto della vaccinazione di massa stia incidendo notevolmente nel ridurre la frequenza dell’evoluzione grave del virus. Oltre a prevenire lo sviluppo della malattia in forma severa, i vaccini hanno inciso significativamente anche sui ricoveri (a dicembre 2021 erano 8.381 quelli nei reparti ordinari e 1.012 nelle terapie intensive, mentre nel 2020 erano rispettivamente più alti di quasi tre volte e di oltre due volte e mezzo) e ancora di più sui decessi, come si evince dai dati riportati in tabella. Pag. 27 Fonte: Ministero della Salute La Provincia di Teramo ha seguito un trend analogo a quello della Regione Abruzzo e a quello nazionale come si evince dai grafici sottostanti. Fonte: lab24.ilsole24ore.com 21 DICEMBRE 2021 21 DICEMBRE 2020 NUOVI CASI 30.798 10.872 TAMPONI 851.865 87.889 MORTI 153 415 RICOVERI NEI REPARTI ORDINARI

2.2.2 Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance

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

Nel corso dell’anno 2019, la ASM, con la collaborazione dell’O.I.V. (che ha validato il SMVP), ha predisposto l’aggiornamento 2020 del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance dell’Azienda, formalizzato con delibera aziendale n. 1089 del 12.12.2019.

Il Sistema adottato, giunto alla sua terza edizione, tiene conto delle principali modifiche organizzative che hanno riguardato l’Azienda negli scorsi anni, con i conseguenti impatti sulle attività correlate alla misurazione e valutazione della performance, e viene adeguato rispetto alle novità normative introdotte dalla riforma della pubblica amministrazione (L. 124/2015 cd “riforma

Madia”) e alle modifiche apportate al D.Lgs. 150/2009 dal D.Lgs. n.74 del 25 maggio 2017, oltre che secondo le indicazioni contenute dalle Linee Guida n. 2 /2017 della Funzione Pubblica.

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

Il SMVP costituisce un importante tassello del processo di crescita e miglioramento avviato dall’Azienda, finalizzato, da un lato, a dare concreta attuazione ai principi della meritocrazia e della trasparenza, cui si ispira l’intero impianto della “Riforma Brunetta”, dall’altro a favorire processi di innalzamento quali-quantitativo dei livelli di assistenza da erogare alla popolazione.

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

In tale prospettiva, si distingue tra:

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

2.2.3 La Performance Organizzativa

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

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

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

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

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

1. definizione e assegnazione degli obiettivi che si intende raggiungere, degli indicatori, dei risultati e dei valori attesi;
2. collegamento tra obiettivi ed allocazione delle risorse;

3. monitoraggio in corso di esercizio, con attivazione di eventuali interventi correttivi;
4. misurazione e valutazione della performance, organizzativa ed individuale, secondo frequenza e modalità definite;
5. utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
6. rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico - amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e destinatari dei servizi.

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

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

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

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

In questa fase la Direzione Aziendale procede alla individuazione delle priorità e degli indirizzi strategici sui quali fondare le proprie scelte programmatiche, tenendo conto degli obiettivi di salute e di programmazione sanitaria assegnati annualmente dalla Giunta Regionale, solitamente con un orizzonte temporale triennale, oltre che dei vincoli e dei limiti di ordine finanziario, che trova una prima esplicitazione nel bilancio economico di previsione annuale e triennale, predisposto, di norma entro il 10 novembre dell’anno precedente a quello considerato. A seguito delle valutazioni formulate vengono individuate le aree strategiche, nel cui ambito sono definiti gli obiettivi operativi da inserire nel Piano Integrato delle Attività e dell’Organizzazione, che sono declinati in obiettivi operativi annuali con i corrispondenti indicatori e target, in condivisione con il Collegio di Direzione Aziendale.

- **Fase 2. Redazione del PIAO**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Fase 5. Valutazione finale**

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

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

Ulteriori ambiti di misurazione della performance organizzativa

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

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

La rilevazione della soddisfazione dei cittadini / utenti del servizio sanitario nazionale è un'attività fondamentale per migliorare le performance delle organizzazioni sanitarie in riferimento

alla qualità delle prestazioni erogate e fornisce indicazioni operative utili per implementare azioni tese al miglioramento continuo delle prestazioni.

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

La misurazione della qualità percepita avviene con cadenza annuale, secondo il regolamento adottato con deliberazione aziendale n. 580 del 11/06/2012.

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

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

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

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

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

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

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

Con il Piano di Azioni Positive per il triennio 2022-2024, adottato dalla ASM con successive deliberazioni n. 33 del 31/01/2022, così come integrata da successiva deliberazione aziendale n. 175 del 28/03/2022, l'ASM intende promuovere l'adozione di una serie di misure in materia di pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nella realtà aziendale.

2.2.4. La Performance individuale

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

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

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

affidati alla sua responsabilità gli elementi procedurali previsti in ogni tipologia di valutazione, compresa la scala dei giudizi possibili;

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

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

I soggetti coinvolti nel percorso valutativo annuale sono:

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

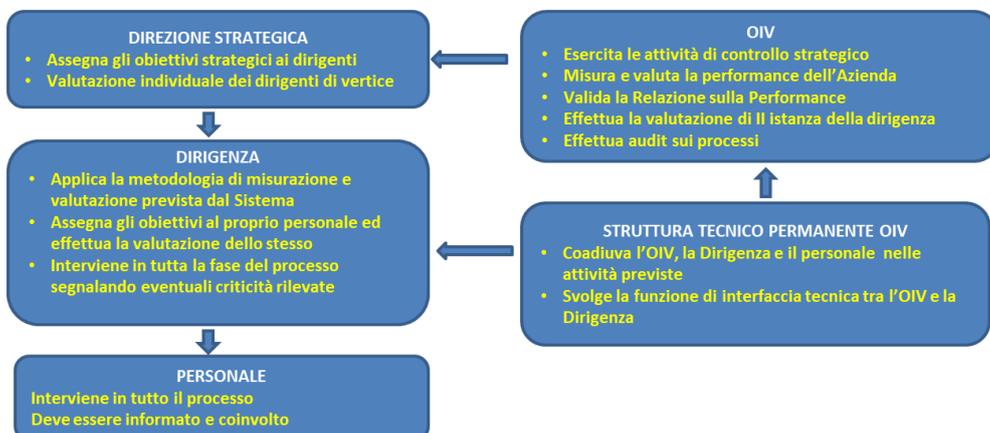
La disciplina attinente la misurazione e la valutazione della performance annuale individuale della dirigenza e del comparto è contenuta in specifici Regolamenti: Regolamento del personale della dirigenza e Regolamento del personale del comparto, adottati con delibera n. 1089/2019 "SMVP della ASM".

Accanto alla valutazione annuale individuale, i CC.CC.NN.LL. 2006-2009 delle aree contrattuali della dirigenza (III e IV) prevedono anche una valutazione pluriennale da parte dei Collegi Tecnici appositamente costituiti. Tale valutazione viene effettuata in corrispondenza della scadenza dell'incarico, del termine del primo quinquennio di servizio, del termine dei primi quindici anni in relazione all'indennità di esclusività e tutte le volte che la Direzione aziendale ne ravvisi la necessità. In particolare, il Collegio Tecnico (CT) procede alla verifica della regolarità della procedura di valutazione (art. 26 CC.CC. NN.LL. 3/11/2005):

- di tutti i dirigenti alla scadenza dell'incarico loro conferito in relazione alle attività professionali svolte ed ai risultati raggiunti;
- dei dirigenti di nuova assunzione al termine del primo quinquennio di servizio;
- dei dirigenti medici, veterinari, biologi, fisici, chimici, psicologi e farmacisti che raggiungono l'esperienza professionale ultraquinquennale in relazione all' indennità di esclusività.

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

L'attuazione del Sistema è sintetizzato nel grafico seguente:



2.2.5 Gli indirizzi strategici

Il presente Piano 2022 viene predisposta in un momento di transizione per l'Azienda Sanitaria di Matera, segnato dall'insediamento della nuova Direzione Strategica, per effetto del conferimento dell'incarico di Direttore Generale dell'ASM alla Dr.ssa Sabrina Pulvirenti, formalizzato con deliberazione n. 735 del 18/11/2021 in attuazione del D.P.R.G. n. 238 del 17/11/2021 della Regione Basilicata, cui ha fatto seguito la conferma dell'incarico di Direttore Sanitario al Dr. Giuseppe Magno, formalizzato con deliberazione aziendale n. 736 del 18/11/2021, ed infine il conferimento dell'incarico di Direttore Amministrativo al Dr. Massimiliano Gerli, formalizzato con delibera aziendale n. 739 del 23/11/2021.

A fronte dell'evoluzione del contesto istituzionale, permane l'elevato livello di instabilità nella gestione dell'Azienda, rappresentato dalla grande incertezza del quadro epidemiologico, e in particolare della imprevedibilità dell'andamento dell'epidemia da COVID – 19. Nello specifico, il Decreto Legge 24 marzo 2022, adottato dal Consiglio dei Ministri, avente ad oggetto "Misure urgenti per il superamento delle misure di contrasto alla diffusione dell'epidemia da COVID-19, in conseguenza della cessazione dello stato di emergenza", modifica le misure anti-Covid, eliminando gradualmente a partire dal 1 aprile le restrizioni attualmente in vigore, per i cui effetti, lo stato di emergenza, deliberato dal Consiglio dei Ministri il 31 gennaio 2020 e via via prorogato, termina il 31 marzo 2022.

All'interno di tale contesto si colloca la programmazione aziendale che inevitabilmente risente dell'elevato livello di incertezza determinato dalle dinamiche connesse alla pandemia, anche per effetto della sospensione delle misure restrittive finalizzate alla diffusione dei contagi, e della conseguente impossibilità di prevederne le conseguenze con particolare riferimento all'eventuale incremento del numero dei pazienti positivi al COVID e delle relative ospedalizzazioni.

È di tutta evidenza che le strategie programmatiche dell'Azienda risultano direttamente connesse all'evoluzione della pandemia, il cui andamento condiziona ineluttabilmente il perseguimento degli obiettivi previsti dalla programmazione ordinaria aziendale, che saranno più o meno raggiungibili a seconda delle limitazioni e dei vincoli posti all'operatività delle strutture ospedaliere e territoriali.

Ciò premesso, l'impianto programmatico ordinario dell'ASM per l'anno 2022, uniformandosi alle vigenti linee d'indirizzo emanate a livello nazionale e regionale, così come da ultimo aggiornate con D.G.R. n. 272/2022, è teso ad intraprendere un percorso finalizzato alla massimizzazione dell'efficacia e dell'efficienza gestionale, sia attraverso il consolidamento dei processi di razionalizzazione economica avviati negli anni precedenti, sia, soprattutto, attraverso la riqualificazione dell'offerta da realizzare mediante:

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

- umane e tecnologiche, in conformità con l'applicazione delle nuove disposizioni normative in tema di orari di lavoro e di riposo del personale sanitario contenute nella Legge n. 161/2014.
- **realizzazione, per il prossimo triennio, di importanti investimenti sia di tipo tecnologico e strutturale, soprattutto, in termini di risorse umane**, per i quali è stata avviata una fitta interlocuzione con il competente Dipartimento Regionale, a cui si richiede, all'interno dei canali istituzionali, il supporto finanziario necessario a garantire il rilancio della sanità, non soltanto materana, ma dell'intera Regione Basilicata;
 - **riconfigurazione organizzativa delle professioni sanitarie e sociali**, con una riorganizzazione, ai sensi della L.R. 13/2010, che ne valorizza il ruolo e le competenze nei percorsi assistenziali e gestionali, anche con forme innovative coerenti con l'evoluzione dei bisogni della popolazione, quali ad esempio l'organizzazione ed attivazione di forme aggregative funzionali in ambito ospedaliero e territoriale e con una valorizzazione delle professioni sanitarie e sociali. La riconfigurazione organizzativa delle professioni sanitarie, oltre che degli assetti funzionali delle attività amministrative, trova momento di concreta attuazione nella nuova articolazione degli incarichi di funzione assegnati con deliberazione aziendale n. 777 del 31/08/2020 e s.m.i., che fa seguito alla ricollocazione dei rapporti di dipendenza delle PO dell'Area Sanitaria e Sociale, precedentemente attestata alle Direzioni dei Dipartimenti Aziendali, alle dirette dipendenze della Struttura Organizzativa per le Professioni Sanitarie (U.O.S.D. Qualità, Accreditamento e Servizio Professioni Sanitarie e Sociali), che deve garantire il raccordo e le esigenze funzionali dei Dipartimenti assistenziali di riferimento.

In conformità alle suddette direttrici di azione la ASM, per il 2022, intende uniformarsi alle linee di indirizzo programmatico regionali, dando piena attuazione al nuovo assetto strutturale introdotto dalla L.R. n. 2/2017, sforzandosi di non abbassare il livello quali-quantitativo di prestazioni erogate, senza comunque allentare la tensione verso il controllo dei costi, l'efficienza gestionale, la compatibilità economica e la responsabilizzazione sull'utilizzo delle risorse, al fine di non vanificare gli enormi risultati faticosamente conseguiti nel corso di questi anni.

In particolare, questa Azienda, nell'ambito della programmazione ordinaria, intende confermare nel 2022 il proprio impegno a proseguire il percorso virtuoso già intrapreso nei precedenti mandati, in conformità alle linee di indirizzo della programmazione nazionale e regionale ed in applicazione della normativa vigente, nella direzione del risanamento e dello sviluppo del sistema, attraverso il consolidamento delle azioni di razionalizzazione e di miglioramento dei servizi, in una prospettiva comunque di salvaguardia e di tutela dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Il presente Piano ha la finalità di rappresentare e di rendere pubblico l'insieme dei processi e delle azioni (Performance Organizzativa) attraverso cui l'Azienda intende raggiungere gli obiettivi volti alla soddisfazione dei bisogni di salute della collettività. Gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi ed i relativi indicatori per la misurazione della Performance Organizzativa trovano il loro fondamento nell'insieme dei documenti di pianificazione e di programmazione previsti dalla normativa aziendale e regionale e dal ciclo di programmazione aziendale, di seguito richiamati:

- la D.G.R. n. 891/2021 e il D.P.G.R. n. 238/2021, di nomina del Direttore Generale dell'ASM, in cui sono riportati gli obiettivi di mandato definiti in sede contrattuale assegnati allo stesso;
- la delibera aziendale n. 129 del 04/03/2022, di approvazione delle schede di intervento da realizzare con le risorse finanziarie assegnate dalla Regione Basilicata nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza PNRR – Missione 6 – Componenti n. 1 e n. 2.;
- la D.G.R. n. 272/2022 con cui la Regione Basilicata ha definito gli obiettivi regionali di salute e di programmazione economico-finanziaria per le ASL e A.O. regionali a valere per il triennio 2021 – 2023–Modifica ed integrazione anni 2022 e 2023;
- la delibera aziendale n. 198/2022 (in attesa di approvazione da parte della Regione Basilicata) di adozione del Bilancio di previsione anno 2022 e triennale 2022-2024 – ASM;
- la delibera aziendale n. 864 del 31/12/2021 di adozione in via definitiva del Piano Triennale del Fabbisogno di Personale 2022/2024 dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera;
- la delibera aziendale n. 243 del 26 aprile 2022, di approvazione degli obiettivi strategici 2022 – 2024 in materia di anticorruzione e trasparenza;

- delibera aziendale n. 258 del 29 aprile 2022 di approvazione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- la deliberazione aziendale n. 1089 del 12/12/2019 di approvazione del nuovo sistema di misurazione e valutazione della performance ASM – 2020-2022, entrato in vigore a partire dall'anno 2020.

Accanto alle suddette linee di intervento per così dire ordinarie, si inseriscono gli indirizzi programmatici esplicitati dall'Azienda nei Piani Operativi predisposti in attuazione della programmazione straordinaria regionale, che prevedono il potenziamento rispettivamente dell'assistenza ospedaliera e di quella territoriale in risposta all'emergenza sanitaria da COVID - 19, ai sensi degli art. 1 e 2 del D.L. 19 maggio 2020 n. 34.

Nello specifico, con delibera aziendale n. 814 del 17/09/2020, l'ASM, nel recepire la D.G.R. n. 611/2020 e s.m.i. della Regione Basilicata, ha approvato il Piano di riordino della rete ospedaliera, della rete emergenza - urgenza ospedaliera e della rete emergenza territoriale della ASM, in emergenza COVID – 19, in attuazione dell'art. 2 del D.L. 19/05/2020 n. 34, in cui si prevede:

1. incremento strutturale di posti letto di Terapia Intensiva del P.O. Madonna delle Grazie, con la **istituzione di ulteriori n. 11 posti letto**, al fine di raggiungere una dotazione complessiva pari allo 0,14 posti letto per 1000 abitanti;
2. riqualificazione di posti letto di terapia semi-intensiva, con la **riconversione di n. 14 posti letto**, al fine di raggiungere una dotazione complessiva pari allo 0,07 posti letto per 1000 abitanti;
3. consolidamento della **separazione dei percorsi dei pazienti COVID e la ristrutturazione del pronto soccorso**, con l'individuazione di distinte aree di permanenza per i pazienti sospetti o potenzialmente contagiosi, ai sensi dei commi 4 e 5 dell'art. 2 del D.L. 34/2020;
4. **implementazione dei mezzi di trasporto** dedicati ai trasferimenti secondari dei pazienti COVID – 19.

Con delibera aziendale n. 847 del 28/09/2020, così come modificata da successiva deliberazione aziendale n. 965 del 03/11/2020, l'ASM, nel recepire la D.G.R. n. 612/2020 e s.m.i. della Regione Basilicata, ha approvato il programma operativo in materia di assistenza territoriale per emergenza covid-19, ai sensi dell'art.1 D.L. n. 34/2020 cmi L n. 77/2020, in cui si prevedono per ciascuna linea di intervento individuata, il seguente complesso di azioni:

1. **TESTING:**
 - Potenziamento della rete dei laboratori dell'ASM per la sorveglianza COVID
 - Istituzione «Testing Unit» per esecuzione e trasporto tamponi ai laboratori
 - Rafforzamento Igiene e Sanità Pubblica per la governance territoriale dei programmi e delle azioni ai fini del controllo epidemiologico
2. **TRACING:**
 - Istituzione Smart Tracing Team per la gestione delle fasi di tracciamento e di mappatura dei contatti con i soggetti contagiati
3. **TREATING:**
 - Potenziamento dell'ADI per rafforzare l'assistenza ai pazienti isolati a domicilio
 - Rafforzamento delle 4 USCO con specialisti convenzionati ambulatoriali per rafforzare attività di sorveglianza attiva e monitoraggio presso le RSA
 - Introduzione infermiere di famiglia per potenziamento assistenza domiciliare e sorveglianza attiva dei pazienti in isolamento, non ospedalizzati
 - Attivazione assistenti sociali per la valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti
 - Istituzione Centrale Operativa per il coordinamento delle attività sanitarie e socio sanitarie al fine di favorire il raccordo tra servizi territoriali e sistema di emergenza - urgenza

In relazione agli indirizzi strategici individuati dalla nuova Direzione aziendale, vengono di seguito illustrate alcune linee di azione già avviate nel corso del 2021 che si intendono perseguire nei prossimi anni anche in considerazione dell'attuazione del PNRR, oltre che dell'attuale contesto epidemiologico:

1. IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI RIORGANIZZAZIONE TERRITORIALE
2. GOVERNO TEMPORANEE LISTE DI ATTESA
3. SCREENING ONCOLOGICI
4. CAMPAGNA VACCINALE ANTI SARS COV 2
5. CONTACT TRACING

Il Piano di Riorganizzazione ha come obiettivo quello di trasferire dall'ambito ospedaliero a quello territoriale le attività socio sanitarie per le patologie croniche e per le urgenze a bassa intensità che attualmente trovano risposta nell'ospedale per acuti di Matera e Policoro.

Nell'ambito dei Fondi resi disponibili dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione "Salute"6 - componente 1-2, la Asl di MATERA ha presentato e condiviso nella Conferenza dei Sindaci tenutasi in data 21 Febbraio 2022 il Piano della Medicina territoriale, in cui sono previste 6 Case della Comunità, 2 Ospedali di Comunità e 2 Centrali Operative Territoriali (COT) della Telemedicina.

La dislocazione geografica delle Case della Comunità è stata progettata in modo da garantire a tutta la popolazione di riferimento dell'ASM un accesso che tenga conto delle caratteristiche orografiche del territorio e soprattutto della viabilità, che rappresenta una nota ed annosa criticità. Queste strutture sanitarie, in conformità a quanto previsto dal PNRR, rispettano gli elementi strutturali ed impiantistici declinati nella missione "Salute"6 - componente 1-2 (parco tecnologico) e, in particolare, ciascuna di esse garantisce i metri quadrati indicati dal Ministero della Salute. Saranno proprio le Case delle Comunità che avranno un ruolo fondamentale nella promozione del modello di medicina territoriale, con il compito precipuo di portare il più vicino possibile al cittadino gli interventi socio sanitari di cui necessita. Nelle Case di Comunità il cittadino troverà risposte a tutte le esigenze rispondenti ai servizi sanitari di base, il Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera scelta che lavorano in équipe, in collaborazione con gli infermieri di famiglia, gli specialisti ambulatoriali e gli altri professionisti sanitari quali dietologi, logopedisti, tecnici della riabilitazione, fisioterapisti e altri. È prevista anche la presenza e comunque il supporto degli assistenti sociali indispensabili per garantire il ruolo dei servizi sociali. Ma la vera innovazione in questo modello multiprofessionale di assistenza territoriale è rappresentata dall'infermiere di comunità, destinato a svolgere, per quanto di competenza, un ruolo di primissimo piano nell'organizzazione delle cure primarie, con un'importanza sempre maggiore, dato che sarà il responsabile dei processi infermieristici sia delle famiglie che della comunità, avendo particolare attenzione alla presa in carico dei pazienti cronici.

Per effetto dell'attivazione delle Case delle Comunità, la popolazione avrà a disposizione un'unica struttura di riferimento con orario continuativo per 6 o 7 giorni alla settimana, ove sarà attivo il punto prelievi, un set di strumentazione quale elettrocardiografo, ecotomografo al servizio dei medici plurispecialistici. Infine, ma non per questo meno importante, le Case della Salute saranno il luogo dove verrà erogata l'educazione sanitaria alla popolazione con interventi di promozione e prevenzione, basti pensare ai consultori, ove sarà attivo un approccio di medicina di genere ed ai centri vaccinali in età pediatrica. Sarà attivo il PUA ossia il Punto Unico di Accesso per garantire i servizi sociosanitari.

L'Ospedale di Comunità è una struttura ove sarà erogato il ricovero breve e destinato a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Tale Ospedale avrà a disposizione 20 posti letto a gestione prevalentemente infermieristica. Questa struttura di ricovero territoriale ha lo scopo anche di produrre una riduzione di accessi impropri al pronto soccorso o diminuire la richiesta di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Altresì avrà lo scopo di agevolare il passaggio dei pazienti precedentemente ricoverati nelle due strutture per acuti dell'ASM, di Matera e di Policoro, verso il proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei propri congiunti.

La Centrale Operativa Territoriale (COT) ha l'obiettivo di:

- effettuare la valutazione multidimensionale
- la presa in carico unitaria sociosanitaria di pazienti fragili non urgenti

La presa in carico sarà erogata dai diversi operatori che avranno la funzione di guidare l'accesso alla rete di servizi territoriali ma anche per le dimissioni protette dalle due strutture ospedaliere per acuti. Lo scopo è quello di garantire l'accesso all'assistenza domiciliare integrata (ADI), semiresidenziale (SR) e residenziale.

In questo modo si supereranno, a patto di avere a disposizione le risorse umane necessarie, le criticità che hanno caratterizzato l'avvio operativo dei Punti Unici di Accesso (PUA) ai servizi sociosanitari che, seppur definito dal D.M. Sanita 10 luglio 2007 all'interno delle Case della Salute e attivo a livello dei distretti sanitari, ora già menzionato all'art.43 della L. di Bilancio 2022 nonché al punto 2.7 del Piano delle Politiche Sociali 2021- 2023, a tutt'oggi, causa esiguità risorse professionali, non è completamente andato a regime.

In quest'ottica è evidente la funzione cardine svolta dai distretti all'interno e come coordinamento della rete dei servizi concetto già espresso ai sensi degli artt. 3-quater, 3-quinquies e 3-sexies del D.Lgs.502/1992 per garantire i LEA territoriali previsti dal DPCM 12 gennaio 2017.

Il Piano della Medicina Territoriale prevede, pertanto l'attivazione delle seguenti strutture:

OSPEDALI DI COMUNITA'

- Stigliano
- Tinchi

CASE DI COMUNITA'

- Irsina,
- Montescaglioso
- Montalbano Jonico,
- Ferrandina,
- Tursi
- Garaguso

All'interno delle strategie di potenziamento dell'assistenza territoriale va evidenziato come l'ASM già nell'anno 2021, a pochi mesi dall'insediamento della nuova Direzione Generale abbia avviato un progetto con le farmacie aperte al pubblico per garantire il pagamento del ticket, la prenotazione delle prestazioni ambulatoriali.

Contemporaneamente si sta provvedendo, in conformità alla programmazione regionale, all'avvio della Telemedicina, con una sezione speciale dedicata alla tele visita per i pazienti presi in carico ed in particolar e per il follow up (visita di controllo), ovviamente per le visite specialistiche che possono avvalersi di tale modalità erogativa di prestazione. Nella stessa direzione, si sta avviando la teleprenotazione da Smartphone direttamente al CUP .

Altro snodo strategico fondamentale per il rilancio delle attività assistenziali dell'Azienda è rappresentato dal recupero delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero non erogate alla popolazione negli anni 2020 e 2021 a causa della diffusione della pandemia e della contestuale sospensione delle attività. Al riguardo l'ASM ha dapprima predisposto e successivamente aggiornato il piano operativo per il recupero delle liste di attesa di cui all'art. 29 del d.l. n. 104 del 14/08/2020 convertito con modificazioni dalla Legge n. 126 del 13/10/2020, così come aggiornato ai sensi del d.l. 25 maggio 2021 n. 73 e della Legge di bilancio 2022 art.1 commi 276-279, al fine di consentire il recupero delle prestazioni non erogate nel corso del 2020 e 2021 a causa del COVID.

Nello specifico:

- con deliberazione aziendale n. 26 del 14/01/2021, nel recepire formalmente la DGR n. 951 del 22/12/2020 ad oggetto: "Art. 29 DL n. 104/2020 convertito con modificazioni dalla L. n. 126/2020: approvazione del piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa – provvedimento", si è provveduto alla assegnazione dei budget di prestazioni aggiuntive per gli operatori medici e del comparto sanitario, per un ammontare complessivo pari a € 1.364.861,00, finalizzati al recupero delle liste d'attesa relative alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero entro e non oltre il 30 giugno 2021;
- successivamente, con deliberazione aziendale n.672/2021, al fine di consentire un maggior recupero delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione e delle

prestazioni di specialistica ambulatoriale non erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate nel 2020 a causa Covid, si è provveduto a prorogare fino al 31/12/2021 la possibilità di utilizzo delle prestazioni aggiuntive assegnate alle articolazioni aziendali con deliberazione aziendale n. 26/2021, in conformità a quanto disposto dall'art.26 , comma 1 e 2, del DL n. 73 del 25/05/2021, avente ad oggetto "Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID 19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali";

- infine, con nota del 17 marzo prot. n. 14619, facendo seguito alla Legge di bilancio 2022, art.1 commi 276-279, che ha previsto nuovi fondi al fine di garantire la piena attuazione del Piano Operativo per il recupero delle liste di attesa di cui all'art.29 del DL n. 104/2020 e s.m.i., si è provveduto ad aggiornare il Piano Operativo aziendale, prorogando di fatto fino a dicembre 2022 l'utilizzo delle specifiche risorse messe a disposizione.

Tra le priorità strategiche della Direzione Generale dell'ASM per il 2022 e gli anni successivi figura l'attuazione degli screening oncologici.

In particolare, lo screening ha come obiettivo quello di ridurre il tasso di mortalità per una causa oncologica specifica nella popolazione che si sottopone regolarmente ai controlli per la diagnosi precoce di neoplasie o lesioni precancerose. Rientrano tra i compiti della ASM Matera le attività relativamente configurate dalla Regione Basilicata che ha demandato al CROB IRCCS il governo di tale linea di prevenzione rientrante nei LEA:

- promuovere i programmi di screening per la popolazione di afferenza;
- assicurare le risorse necessarie per la loro attuazione, nell'anno 2022 si è provveduto a garantire le ostetriche per prelievo cervico vaginale in tutte le sedi dell'ASM;
- assicurare l'informazione e la sensibilizzazione della popolazione attraverso campagna di comunicazione in progress sul sito istituzionale aziendale

Nello specifico:

- il carcinoma della mammella colpisce circa 150/160 donne ogni anno nella regione Basilicata che è sede di due breast unit di cui 1 presso il CROB e l'altra presso l'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo di Potenza; l'obiettivo principale dei programmi di screening mammografico è quello di ridurre la mortalità specifica per cancro della mammella nella popolazione invitata a effettuare controlli periodici;
- il tumore dell'utero (corpo e collo) si è ridotto di oltre il 50%, soprattutto per quanto riguarda la cervice uterina. Lo screening cervicale può contribuire a ridurre non solo la mortalità per carcinoma, ma anche l'incidenza della neoplasia invasiva. La popolazione target è rappresentata dalle donne tra i 25 ed i 29 anni per il pap-test (con cadenza triennale) e dai 30 ai 64 anni per papilloma virus (HPV test), con cadenza quinquennale;
- in Italia i tumori del colon retto sono un rilevante problema sanitario e si collocano al terzo posto per incidenza tra gli uomini, al secondo tra le donne. In entrambi i sessi, l'incidenza è aumentata tra la meta degli anni Ottanta e gli anni Novanta, seguita da una lieve riduzione della mortalità. Lo screening del tumore coloretale mira a identificare precocemente le forme tumorali invasive, ma anche a individuare e rimuovere e possibili precursori. La ricerca del sangue occulto fecale (Sof) è associata a una riduzione della mortalità per cancro del colon retto. La popolazione target è rappresentata da uomini e donne nella fascia di età compresa tra 50 e 74 anni.

Nel 2022 l'Azienda intende proseguire nelle attività relative alla campagna vaccinale Anti SarS COV2, consolidando i risultati molto positivi già raggiunti nel corso fino ad ora e di seguito rappresentati:

Dosi	Nro
I dosi	161.652
II dosi	150.547
III dosi	122.392
IV dosi	1.268
TOTALE	435.859

di cui punto vaccinale MMG ASM

Dosi	Nro
I dosi	4.439
II dosi	6.063
III dosi	11.332
IV dosi	95
Totale MMG	21.929

Accanto alla campagna vaccinale e degli altri interventi posti in essere per far fronte al COVID, nel 2022 l'ASM non intende abbassare la guardia rispetto alle attività di Contact Tracing (CT) e di Sorveglianza Sanitaria (SS), già avviate con successo nel 2021, con specifico riferimento all'attivazione a livello centrale e con il Servizio di Igiene e Sanità pubblica aziendale, di un sistema di individuazione, monitoraggio e controllo dei pazienti Covid-19, reso possibile anche grazie alla riorganizzazione dei processi e all'implementazione del Sistema Informativo (Piattaforma Covid 19).

Presso la sede centrale della ASM, è stata costituita una centrale di monitoraggio Covid19 composta da un gruppo multidisciplinare e multiprofessionale adeguatamente formato di n. 48 medici, n. 1 infermieri, n. 2 amministrativi, n. 1 assistente sanitario.

Il numero delle unità di personale dedicato è stato costantemente revisionato in funzione dell'impatto della pandemia, con un incremento di risorse professionali nei momenti di maggiore diffusione ed una contrazione nei momenti meno critici.

Tali figure, operative 12 ore al giorno, per la componente medica, sono state dotate di postazioni con telefono/cuffie, PC, stampante multifunzione, device mobili e svolgono attività di contact tracing e sorveglianza sanitaria su pazienti Covid - 19.

Le attività effettuate sono così sintetizzabili:

CONTACT TRACING:

attività di "ricerca dei contatti", finalizzate a identificare precocemente tutte le catene di trasmissione del virus e garantire una efficiente gestione dei casi e dei contatti, inclusa la quarantena di contatti stretti e l'isolamento immediato dei casi.

Al riguardo sono svolte le seguenti micro-attività:

- Contatto telefonico delle persone a seguito di refertazione di tampone positivo;
- Individuazione dei contatti "stretti" del paziente positivo, in sede di contact tracing, e prescrizione/esecuzione di tamponi molecolari e antigenici presso le strutture sanitarie (es. drive in ecc.) o a domicilio
- Alimentazione di un applicativo gestionale aziendale con dati (es. anagrafica, anamnesi, parametri clinici, stato vaccinale, ecc.) delle persone contattate, sia soggetti Positivi Covid-19, che contatti diretti
- Telenursing e attività educativa
- Raccordo diretto con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta

SORVEGLIANZA SANITARIA nel 2020 - 2021 e primi 6 mesi 2022 sono state svolte le seguenti micro-attività:

ATTIVITA' DI CT E SS	2020	2021	01/01/2022 - 16/06/2022
Numero totale pazienti in carico		17.170	19.572
Numero pazienti Covid 19	3.624	9.445	12.618
Numero pazienti Covid 19 deceduti	73	80	86
Numero pazienti COVID guariti	637	7.127	34.248
Numero attività*		58.138	62.007
Numero telemonitoraggi**		155.875	86.943

*esecuzione di visite e TNF in modalità domiciliari, drive-through e programmi di screening, di prevenzione, per antigenico positivo, per identificazione dei casi, di controllo, verifica e guarigione

**monitoraggio dei parametri vitali e condizioni cliniche del caso indice/contatto ad alto rischio

2.2.6 Obiettivi strategici per il triennio 2022 - 2024 (aggiornamento anno 2022)

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

MATRICE S.W.O.T.

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO	
PUNTI DI FORZA (S)	PUNTI DI DEBOLEZZA (W)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presidi ospedalieri recentemente costruiti o ristrutturati ▪ Disposizioni e misure operative per il contenimento della spesa e la riduzione degli sprechi consolidate. ▪ Diffusione della cultura e dei percorsi di qualità clinico-assistenziali ▪ Riduzione consolidata del gap tra costi e ricavi ▪ Consolidamento dell'equilibrio di bilancio ▪ Valorizzazione delle professioni sanitarie ▪ Potenziamento sistemi informativi ed informatici 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elevate liste di attesa per le prestazioni specialistiche e di ricovero ▪ Inappropriatezza prescrittiva farmaceutica ▪ Scarsa integrazione ospedale-territorio ▪ Resistenza al cambiamento culturale ed organizzativo ▪ Grave carenza di personale con dotazione organica sottodimensionata rispetto all'effettivo fabbisogno ▪ Conflitto tra limitatezza delle risorse disponibili e garanzia dei diritti da tutelare

ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO	
OPPORTUNITA' (O)	MINACCE (T)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sviluppo mobilità attiva, favorita dalla collocazione geografica degli ospedali aziendali, a confine con le regioni limitrofe (Puglia e Calabria) ▪ Coinvolgimento MMG/PLS nella realizzazione degli obiettivi aziendali ▪ Riorganizzazione dell'offerta dei servizi territoriali ▪ Sblocco delle assunzioni in attuazione del Piano Triennale del Fabbisogno di Personale, ▪ Finanziamenti specifici per potenziamento dell'assistenza ospedaliera e territoriale (PNRR) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vicinanza di poli ospedalieri altamente qualificati situati a pochi km di distanza dai comuni della Provincia di Matera che favoriscono un'elevata mobilità passiva extraregionale ▪ Invecchiamento della popolazione con incremento del fabbisogno assistenziale ▪ Vincoli di finanza pubblica ▪ Emergenza COVID 19

Con D.P.G.R. n. 238 del 17/11/2021 con il quale il Presidente della Giunta Regionale di Basilicata, su conforme Deliberazione della Giunta Regionale di Basilicata n. 891 del 29 ottobre 2021, la Giunta Regionale di Basilicata, ha provveduto a nominare il Direttore Generale dell'ASM, affidandogli l'incarico per la durata di anni 3, ed assegnandogli i seguenti obiettivi di mandato:

OBIETTIVI DI MANDATO

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO
Garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)	Garantire l'erogazione livelli essenziali di assistenza (LEA) e garantire gli adempimenti finalizzati al raggiungimento del livello totale di adempienza rispetto agli adempimenti medesimi previsti nel questionario ministeriale relativo alla erogazione dei LEA.	Miglioramento quali-quantitativo delle prestazioni offerte attraverso l'individuazione e la messa in atto di soluzioni organizzative per ottimizzare l'efficacia e l'efficienza della risposta assistenziale

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO
Garantire l'equilibrio economico finanziario	Garanzia dell' equilibrio economico in sede di approvazione di bilancio preventivo e consuntivo, nel rispetto dell'art. 31 della LR 34/1994 e smi e garantire il rispetto delle procedure amministrative e contabili.	Assicurare l'equilibrio economico in sede di approvazione del bilancio preventivo e consuntivo nel rispetto delle procedure amministrative e contabili
Governo dei tempi di attesa	Garantire il rispetto pieno della tempistica prevista per le liste di attesa in classi di priorità RAO; rispetto delle prescrizioni contenute nella DGR n. 570 del 7/8/2019 recante il piano attuativo regionale per il governo delle liste d'attesa relativo al triennio 2019-2021	Realizzazione delle azioni previste nel PRGLA 2019 – 2021 adottato con DGR n. 570/2019
Rispetto del debito informativo	Garantire il corretto, costante, completo e tempestivo adempimento del debito informativo, con particolare riferimento ai flussi informativi obbligatori nazionali (debito informativo intesa Stato Regioni del 23.3.2005) e regionali.	Assicurare tutti gli adempimenti connessi alla regolare e tempestiva predisposizione, monitoraggio e trasmissione dei flussi informativi
Attuazione della Sanità digitale	Garantire la piena attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico nel rispetto della tempistica definita a livello nazionale e completare il processo di dematerializzazione della documentazione clinico – medica e delle prescrizioni ambulatoriali e farmaceutiche nel rispetto delle normative nazionali, del ciclo di vita delle ricette dematerializzate (presa in carico ed erogazione) da parte di tutti gli erogatori autorizzati.	Sviluppo di un percorso strutturato al fine di garantire l'attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e del completamento del processo di dematerializzazione
Attuazione del Piano Regionale della Prevenzione	Realizzare tutti i macro - obiettivi e tutti gli obiettivi centrali del Piano Regionale della Prevenzione, con particolare attenzione alle connessioni con il programma regionale degli screening oncologici, procedendo altresì alla riorganizzazione efficace di questi ultimi.	Realizzazione macro – obiettivi del Piano di Prevenzione, con particolare riferimento ai programmi di screening oncologici regionali.
Favorire la trasparenza e la lotta alla corruzione	Mettere in atto tutte le azioni finalizzate a dare piena rispondenza agli adempimenti previsti dalla normativa in materia di trasparenza in modo da rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per il cittadino, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, nonché mettere in atto tutte le azioni previste del Piano Aziendale per la Prevenzione della Corruzione, provvedendo altresì al suo ordinario aggiornamento	<p>Publicazione dei dati di interesse di immediata comprensione e consultazione per il cittadino/utente</p> <p>Aggiornamento del Piano Aziendale per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza</p>
Lotta alla pandemia da COVID - 19	Assicurare la piena attuazione delle direttive regionali in materia di emergenza sanitaria da Covid-19, garantendo nel contempo l'ordinaria erogazione delle prestazioni ospedaliere e territoriali extraCovid, con particolare riferimento a quelle indifferibili ed urgenti.	Attuazione di tutte le direttive regionali in materia di emergenza sanitaria da COVID – 19, assicurando l'ordinaria erogazione delle prestazioni ospedaliere e territoriali
Potenziamento delle reti cliniche assistenziali	Favorire il potenziamento e lo sviluppo delle reti cliniche assistenziali.	Assicurare l'implementazione delle reti cliniche assistenziali.
Realizzazione della Rete Oncologica Regionale di Basilicata	Favorire la realizzazione della Rete Oncologica Regionale di Basilicata: attraverso il recepimento e l'attuazione di tutte le misure e di tutte le azioni rientranti nello sviluppo delle attività della Rete Oncologica Regionale di Basilicata, istituita con DGR n. 144 del 3 marzo 2021.	Assicurare l'implementazione del modello organizzativo e dei principi di funzionamento generale della Rete Oncologica della Basilicata (ROB), secondo quanto disposto con DGR n. 144/2021

Accanto ai suddetti obiettivi di mandato, assumono notevole rilevanza per l'anno 2022 e successivi gli obiettivi connessi con la delibera aziendale n. 129 del 04/03/2022, di approvazione delle schede di intervento da realizzare con le risorse finanziarie assegnate dalla Regione Basilicata nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza PNRR – Missione 6 – Componenti n. 1 e n. 2., che si riepilogano di seguito:

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

Nello specifico, in virtù della suddetta programmazione, l'ASM intende attuare gli obiettivi previsti dal PNRR attraverso:

- la realizzazione degli Ospedali di Comunità presso Stigliano (20 posti letto) e Tinchì (20 posti letto),
- la realizzazione delle Case di Comunità Hub presso Irsina, Montescaglioso e Montalbano Jonico,
- la realizzazione delle Case di Comunità Spoke presso: Ferrandina, Tursi e Garaguso.

Oltre agli obiettivi sopra riportati, l'Azienda Sanitaria di Matera sarà impegnata nel perseguimento degli obiettivi gestionali di salute e di carattere economico finanziario assegnati dalla Regione Basilicata per il triennio 2021 – 2023 aggiornamento 2022 con la DGR 272/2022, che ad oggi costituisce l'ultimo documento di programmazione sanitaria regionale.

Il documento programmatico di definizione degli obiettivi di salute e di programmazione sanitaria e del connesso sistema di valutazione, approvato con la suddetta DGR 272/2022, descrive le aree di risultato e i relativi obiettivi assegnati alle Aziende Sanitarie per il triennio 2021 -2023 – Aggiornamento anno 2022. La metodologia utilizzata è stata condivisa con l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) e con il Laboratorio di Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore S. Anna di Pisa.

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

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

Ciascuna area di risultato si concretizza in più obiettivi. In particolare,

Per l'area TUTELA DELLA SALUTE gli obiettivi strategici sono:

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

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

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

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

- Efficienza prescrittiva farmaceutica
- Appropriatelyzza prescrittiva farmaceutica
- Appropriatelyzza prescrittiva diagnostica
- Efficienza mobilità ospedaliera

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si riportano di seguito gli obiettivi di salute e programmazione economico finanziaria assegnati all'ASM dalla Regione Basilicata con DGR n. 272/2022

OBIETTIVI DI SALUTE E PROGRAMMAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA Anni 2021 – 2023 - ANNO 2022 DGR N. 272/2022

AREA	NR	OBIETTIVI	confermato/ eliminato/ nuovo	INTERVALLI DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI			PUNTI
				0%	50%	100%	
TUTELA DELLA SALUTE - PUNTEGGIO MAX: 25							
Prevenzione primaria 10	1.a.1	Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione e residenti nel territorio di competenza	confermato	< 90	tra 90 a 95	> 95	3
	1.a.2	Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani)	confermato	< 60	tra 60 a 75	> 75	3
	1.a.3	Copertura vaccinale Papilloma Virus (HPV) nella popolazione bersaglio	confermato	< 60	tra 60 e 75	> 75	1
	1.a.5	Copertura vaccinale antimeningococcico a 24 mesi	confermato	< 90	tra 90 e 95	> 95	1
	1.a.6	Copertura vaccinale antipneumococcico a 24 mesi	confermato	< 90	tra 90 e 95	> 95	1
	1.a.7	Copertura vaccinale esavalente 24 mesi per bambini residenti nel territorio di competenza	confermato	< 90	tra 90 e 95	> 95	1
	Promozione stili di vita sani 5	1.b.1	% di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	confermato	< 23	tra 23 e 33	> 33
1.b.2		% di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso	confermato	< 25	tra 25 e 45	> 45	1
1.b.3		% di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	confermato	< 25	tra 25 e 35	> 35	1
1.b.4		% di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno	confermato	< 3	tra 3 e 9	> 9	1
1.b.5		% di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	confermato	< 35	tra 35 e 55	> 55	1

AREA	NR	OBIETTIVI	confermato/ eliminato/ nuovo	INTERVALLI DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI			PUNTI
				0%	50%	100%	
Screening oncologici 3	1.c.1	Proporzione di persone che ha effettuato il test di screening di I livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	confermato	< 25	tra 25 e 50	> 50	1
	1.c.2	Proporzione di persone che ha effettuato il test di screening di I livello, in un programma organizzato per mammella	confermato	< 35	tra 35 e 60	> 60	1
	1.c.3	Proporzione di persone che ha effettuato il test di screening di I livello, in un programma organizzato per colon retto	confermato	< 25	tra 25 e 50	> 50	1
TUTELA DELLA SALUTE - PUNTEGGIO MAX: 25							
Sicurezza sul lavoro 4	1.d.1	Numero aziende ispezionate / numero aziende con dipendenti	confermato	< 5	tra 5 e 10	>10	1
	1.d.2	Numero cantieri ispezionati / Numero cantieri notificati	confermato	< 20	tra 20 e 30	> 30	1
	1.d.3	Numero aziende ispezionate / Numero personale UPG (ufficiali di Polizia Giudiziaria) SPSAL (Serv. Prev. e Sic. ambienti di lavoro)	confermato	< 40	tra 40 e 50	> 50	1
	1.d.4	Numero sopralluoghi / Numero personale UPG (ufficiali di Polizia Giudiziaria) SPSAL (Serv. Prev. e Sic. ambienti di lavoro)	confermato	< 70	tra 70 e 90	> 90	1
Sanità veterinaria 3	1.e.1	Raggiungimento della copertura % dei campioni effettuati per ricerca di residui di fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	confermato	NO		SI	1
	1.e.2	Raggiungimento della copertura % dei campioni % di ovini e caprini morti testati per scrapie	confermato	NO		SI	1
	1.e.3	Raggiungimento della copertura % di campioni effettuati per la ricerca di residui di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale (Piano Nazionale Residui)	confermato	NO		SI	1

AREA	NR	OBIETTIVI	confermato/ eliminato/ nuovo	INTERVALLI DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI			PUNTI
				0%	50%	100%	
PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI – 30							
Appropriatezza area clinica 13	2.a.1	Tasso di ospedalizzazione per i DRG medici LEA standardizzato per età e per sesso	confermato	>180	da 135 a 180	< 135	1
	2.a.2	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1000 residenti	confermato	> 3	da 1,5 a 3	<1,5	1
	2.a.3	Percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età > = 65 anni	confermato	> 4	tra 2 e 4	< 2	1
	2.a.4	Percentuale di ricoveri effettuati in Day Surgery per i DRG LEA chirurgici	confermato	< 45	da 45 a 75	> 75	1
	2.a.8	Proporzione di intervento chirurgico entro 2 gg. a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano	confermato	< 50	da 50 a 60	> 60	3
	2.a.14	Proporzione di infarti miocardici acuti (IMA) trattati con PTCA entro 2 gg.	confermato	< 34	da 34 a 44	> 44	1
	2.a.15	Mortalità a 30 gg. dal ricovero per un episodio di infarto miocardico acuto (IMA in diagnosi principale)	confermato	> 10,5	da 8,5 a 10,5	< 8,5	1
	2.a.16	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza < 3 giorni	confermato	< 50	da 50 a 60	> 60	1
	2.a.17	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	confermato	> 15		< 15	2
	2.a.18	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostiche	confermato	> 20	da 15 a 20	< 15	1
PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI – 30							
Efficacia assistenziale territoriale12	2.c.1	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali x 1000 residenti	confermato	> 10	da 7 a 10	< 7	1
	2.c.2	Tasso di ricovero per scompenso cardiaco x 100.000 residenti 50–74 aa.	confermato	> 195	da 155 a 195	< 155	1
	2.c.3	Tasso di ricovero per diabete x 100.000 residenti 35– 74 anni	confermato	> 35	da 25 a 35	< 25	1
	2.c.4	Tasso di ospedalizzazione BPCO x 100.000 residenti 50 – 74 anni	confermato	> 35	da 25 a 35	< 25	1
	2.c.5	% di anziani in Cure Domiciliari con valutazione sul totale della popolaz.	confermato	< 4	da 4 a 8	> 8	4
	2.c.6	% di presa in carico con CIA (coefficiente di intensità assistenziale) > 0,13 per over 65 in Cure Domiciliari	confermato	< 50	da 50 a 70	> 70	1
	2.c.7	Tasso osp. per patologie psichiatriche per residenti maggiorenni	confermato	> 300	da 200 a 300	< 200	1
	2.c.8	% di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 gg. per patologie psichiatriche	confermato	> 6	da 4 a 6	< 4	1
	2.c.9	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica x 100 residenti <14 anni	confermato	>10	da 7 a 10	< 7	1

AREA	NR	OBIETTIVI	confermato/ eliminato/ nuovo	INTERVALLI DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI			PUNTI
				0%	50%	100%	
PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI – 30							
Efficacia percorso emergenza - urgenza 5	2.d.1	% di accessi in Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti	confermato	> 80	da 80 e 93	>93	3
	2.d.2	% di accessi in P. Soccorso con codice VERDE visitati entro 1 ora	confermato	< 50	da 50 a 70	> 70	1
	2.d.3	% di accessi in P. Soccorso con codice VERDE non inviati al ricovero con tempi di perm. entro le 4 ore	confermato	< 70	da 70 a 80	> 80	1
GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA – 25							
Efficienza prescrittiva farmaceutica 11	3.a.1	% di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	confermato	<70	da 70 a 98	>98	4
	3.a.2	% di utilizzo di farmaci biosimilari	confermato	<60	da 60 a 80	>80	7
Appropriatezza prescrittiva farmaceutica 7	3.b.2	Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina – angiotensina (antiipertensivi)	confermato	>40	da 40 a 30	<30	1
	3.b.3	Consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina	confermato	>36	da 26 a 36	<26	1
	3.b.4	Consumo di farmaci antibiotici sul territorio	confermato	>18	da 12 a 18	< 12	1
	3.b.5	% di pz. dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta – bloccanti alla dimissione	confermato	< 67	da 67 a 77	> 77	1
	3.b.6	% di pz. dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani	confermato	< 55	da 55 a 75	>75	1
	3.b.7	% di pz. dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimiss.	confermato	< 60	da 60 a 80	>80	1
	3.b.8	Monitoraggio del consumo del colecalciferolo sul territorio	Nuovo	< 30	Da 30 a 50	>50	1
GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA – 25							
Appropriatezza prescrittiva diagnostica 3	3.c.1	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)	confermato	> 30	da 20 a 30	< 20	1
	3.c.2	% di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi	confermato	> 8	da 6 a 8	< 6	2
Efficienza mobilità ospedaliera 4	3.d.1	recupero della mobilità passiva ospedaliera per alcuni ricoveri (elencati nella DGR) eseguiti in mobilità passiva dai residenti	confermato	< 5	da 5 a 15	> 15	3
	3.d.2	miglioramento del saldo di mobilità ospedaliera	confermato	< 0,58	da 0,58 a 0,62	> 0,62	1

AREA	NR	OBIETTIVI	confermato/ eliminato/ nuovo	INTERVALLI DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI			PUNTI
				0%	50%	100%	
OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI – 20							
Cure Palliative 4	4.b.1	% di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni	confermato	< 50	da 50 a 85	> 85	2
	4.b.2	Consumo territoriale di farmaci oppioidi	confermato	< 1,6	da 1,6a 2,1	> 2,1	2
Utilizzo dei flussi informativi 5	4.c.1	Trasmissione dei flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa	confermato	NO		SI	1
	4.c.2	n. % di errori che generano scarti sul totale delle SDO trasmesse	confermato	< 5	da 3 a 5	< 3	1
	4.c.3	n. % di errori che generano anomalie sul totale delle SDO trasmesse	confermato	>20	da 10 a 20	< 10	1
	4.c.4	Copertura del flusso NSIS sui contratti dei dispositivi medici	confermato	< 15	da 15 a 25	> 25	1
	4.c.5	Copertura del flusso NSIS sui consumi dei dispositivi medici	confermato	< 80	da 80 a 95	> 95	1
Risk Management 2	4.d.1	Adozione / attualiz. del Piano aziendale per la prev. del rischio clinico e invio del Piano Aziendale ASM in Regione entro il 30 giugno di ogni anno	confermato	NO		SI	1
	4.d.2	Relazione annuale stato di attuazione del Piano aziendale di prevenzione del rischio clinico. Trasmissione della relazione annuale entro il 28 febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento	confermato	NO		SI	0,5
	4.d.3	Attivazione del monitoraggio del consumo di gel idroalcolico – Indicazione PNCAR in (c.c.)	Nuovo	=< 14 cc	Tra 15 e 19	=>20	0,5
Controllo cartelle cliniche 1	4.e.1	Verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche e trasmissione in regione degli esiti nei tempi previsti	confermato	NO		SI	1
Autorizzazione / Accredimento strutture sanitarie pubbliche 4	4.f.1	Verifica dell' Autorizzazione definitiva e/o di Accredimento per le strutture sanitarie - Centro Dialisi Ospedale distrettuale Tinchi - Procreazione medicalmente assistita c/o P.O. Mt-Diagnostica per immagini R.M.N. c/o P.O. Policoro- Ospedale Matera	confermato	NO		SI	4
Contenimento della spesa del personale sanitario 4	4.h.1	Contenimento della spesa del personale sanitario	Nuovo	NO		SI	2
	4.h.2	Attuazione Piano triennale fabbisogno di personale	Nuovo	< 50	da 50 a 75	> 75	2

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

- l'indice di tempestività pagamenti fornitori
- l'osservanza del codice di comportamento aziendale
- la diffusione e l'utilizzo da parte dei professionisti della firma digitale
- l'implementazione dei sistemi informatici per ambulatori e ricoveri (*procedure arca ed amico*)
- la formazione e valorizzazione delle competenze per il miglioramento della qualità delle cure
- la sicurezza dei pazienti

Sono da considerarsi inoltre obiettivi strategici dell'ASM quelli definiti con deliberazione n. 243/2022, di seguito elencati:

- l'attivazione di forme integrate di formazione/intervento dirette all'adozione di misure sempre più mirate alle caratteristiche e ai fabbisogni specifici dell'Azienda;
- la verifica dell'adeguatezza e eventuale razionalizzazione del sistema di gestione dei flussi di alimentazione dei dati nella sezione amministrazione trasparente.
- la revisione e ottimizzazione dei processi gestionali e amministrativi aziendali, secondo i principi contenuti nel Piano attuativo di certificazione dei bilanci delle Aziende Sanitarie Locali;
- l'attuazione del PNRR e formazione. La formazione per il PNRR è leva fondamentale e migliora la qualità dei servizi offerti a cittadini/utenti, ma soprattutto garantirà l'efficiente e efficace nonché trasparente attuazione del PNRR;
- il maggiore e più incisivo controllo sul processo di liquidazione delle fatture che si otterrà con rafforzamento della UOC dedicata. L'obiettivo strategico è quello di sorvegliare il percorso di liquidazione delle fatture (con una funzione sostanzialmente di audit nei confronti dei soggetti organizzativi titolari delle funzioni di liquidazione), oltre alla verifica contabile e alla gestione della liquidazione delle fatture relative all'acquisto di prestazioni sanitarie da strutture;
- l'implementazione e miglioramento dei processi finalizzati all'attuazione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità anche eventuale contratto per i servizi di supporto alla realizzazione dei PAC;
- il rafforzamento del processo e dei controlli in un'altra area di rischio specifica della sanità, ossia quella della farmaceutica territoriale Integrativa, implementazione del controllo sull'appropriatezza delle prescrizioni;
- il processo di attuazione di un percorso atto a migliorare le relazioni tra gli operatori aziendali;
- la previsione, tra gli obiettivi di budget dei dirigenti, della pubblicazione dei dati di competenza in materia di trasparenza (nonché di dati ulteriori individuati e promossi dai dirigenti stessi) e dell'assolvimento degli obblighi ad essi spettanti in materia di anticorruzione, in particolare dell'obbligo di collaborare attivamente con il RPC;
- la gestione più efficiente del processo dell'approvvigionamento;
- l'implementazione stabile dei percorsi di Vaccinazioni Covid e Gestione Malattia Pandemica Covid 19;
- il rafforzamento del processo organizzativo e dei controlli in un'altra area di rischio specifica quale quella del reclutamento del personale;
- la maggiore incisività in un'area di rischio specifica della sanità quella delle Liste d'attesa attraverso: la revisione del livello assistenza territoriale rafforzando la riconduzione ai distretti aziendali il coordinamento delle cure primarie e della specialistica ambulatoriale, la gestione delle "Case di Comunità" e degli ospedali di comunità e COT (centrali operative).

2.2.7 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Nell'ambito degli obiettivi strategici sono individuati gli obiettivi operativi che sono declinati ai diversi livelli organizzativi aziendali attraverso il processo di budgeting, già avviato da quest'Azienda da diversi anni, che si concretizza nella formalizzazione, previa una fase di negoziazione, delle

schede di budget, attraverso cui si assegnano ad ogni struttura aziendale gli obiettivi operativi, individuando al contempo gli indicatori necessari a consentirne la valutazione del grado di raggiungimento dei risultati rispetto al target atteso predefinito.

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

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

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

- al I livello tra la Direzione Strategica e i Direttori di Dipartimento, i dirigenti responsabili di Unità Operative Complesse e Semplici, con la partecipazione degli incaricati di funzione del comparto;
- al II livello da parte di questi ultimi nei confronti delle singole Unità di personale dirigente e non dirigente.

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

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

Conseguentemente per ciascun obiettivo operativo è definito un indicatore specifico:

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

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

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

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

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

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

- favorire una effettiva accountability e trasparenza.

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

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

N.	FASI DEL PROCESSO						
		novembre	dicembre	gennaio	febbraio	marzo	Aprile
1	Avvio del processo di elaborazione della sottosezione della Performance						
2	Definizione degli obiettivi di Performance						
3	Redazione del documento						
4	Condivisione del Piano con OIV e a livello aziendale						
5	Approvazione e adozione del PIAO						
6	Comunicazione del Piano all'interno della ASM e all'esterno						

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

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

2.2.9 Azioni di miglioramento del ciclo della performance

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

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

- La sottosezione della Performance è revisionata nel corso degli anni in funzione dell'assegnazione degli obiettivi regionali, nonché del confronto con tutti i portatori di interessi e nel caso in cui dovessero intervenire situazioni straordinarie.
- Con l'introduzione del PIAO sarà massimizzata l'integrazione tra tutti gli strumenti e i documenti di programmazione aziendale, secondo linee guida che saranno emanate da parte del Ministero, a cui l'Azienda si adeguerà in corso d'opera.
- Il Ciclo della Performance è allineato ed integrato con il ciclo di programmazione economico finanziaria e con quello della programmazione strategica;
- Sono state definite le aree chiave di misurazione del rapporto con i cittadini, al fine di fornire la trasparenza come massima leggibilità delle informazioni da parte dei vari stakeholder;

- Sarà perfezionato un sistema di controllo direzionale che consente il monitoraggio periodico dei principali indicatori di attività dell'azienda, anche da parte dei direttori di Dipartimento e di UU.OO. complesse, (cruscotto direzionale);
- Si stanno individuando particolari procedure di monitoraggio e verifica della performance aziendale e individuale, prevedendo un piano di attuazione particolarmente articolato che coinvolgerà tutti gli attori aziendali con l'obiettivo di raggiungere un programma di valutazione fortemente condiviso e mirato alla crescita individuale e alla valorizzazione delle risorse umane, patrimonio aziendale;
- A partire dall'anno 2019 l'Azienda ha istituito un fondo per la retribuzione di risultato anche per l'Area della Dirigenza, che ha reso ancor più necessario il miglioramento dell'intero sistema di misurazione e valutazione della performance, in conformità ai principi ed ai valori sottostanti al Decreto Legge n. 150/2009, finalizzato all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e alla efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni;
- A fine anno 2019 l'Azienda, con la collaborazione dell'OIV, ha adottato con deliberazione aziendale n. 1089 del 12/12/2019 il nuovo Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance ASM – 2020-2022, che introduce importanti novità rispetto al passato, con l'intento di migliorarne l'impianto complessivo sia sotto l'aspetto formale che sotto quello sostanziale, rendendolo più coerente con i principi della trasparenza, della responsabilizzazione sul raggiungimento dei risultati e sulla meritocrazia, che sono alla base della cultura della performance.

Ormai da qualche anno l'Azienda utilizza un datawarehouse, vale a dire un applicativo software di supporto al controllo direzionale, in uso presso il controllo di gestione finalizzato al controllo di gestione attraverso la produzione di rapporti di gestione, reports, indicatori utili al governo ed al monitoraggio delle attività assistenziali.

Nel corso del 2020, 2021 e 2022 è stata parzialmente implementata una versione più evoluta della suddetta procedura, opportunamente aggiornata ed integrata, con specifico riferimento agli Indicatori del Piano Nazionale Esiti della Scuola S. Anna di Pisa, che, a regime, consentirà, tra l'altro:

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

2.2.10 Sistemi di benchmarking

La valutazione della performance consiste nel «processo di monitoraggio dei risultati da comparare con un qualche standard di riferimento che determina “rewards” o correzioni di linea di azione». Nell'ambito della sanità, la valutazione delle performance riveste grande rilevanza a causa della criticità insita nel suo mission, caratterizzata dall'esistenza di una forte asimmetria informativa nei confronti dell'utente e dal rilevante assorbimento di risorse finanziarie. Queste peculiarità hanno imposto l'introduzione di strumenti e sistemi di governo complessi. Misurare la performance in sanità significa misurare la qualità delle cure erogate ma anche individuare i vuoti di offerta o gli sprechi di risorse determinati da servizi destinati alle persone sbagliate o con modalità inadeguate. Nel contesto sanitario il benchmarking, ossia il processo sistematico di confronto delle performance, è essenziale, in quanto rappresenta lo strumento fondamentale per scongiurare l'autoreferenzialità e per attivare processi di apprendimento dalle best practice. Il processo di comparazione tra istituzioni del sistema - a livello regionale, nazionale e internazionale - sui numeri, sulle scelte e sui risultati, in modo trasparente e pubblico, non è soltanto il modo in cui il sistema pubblico può e deve rendere

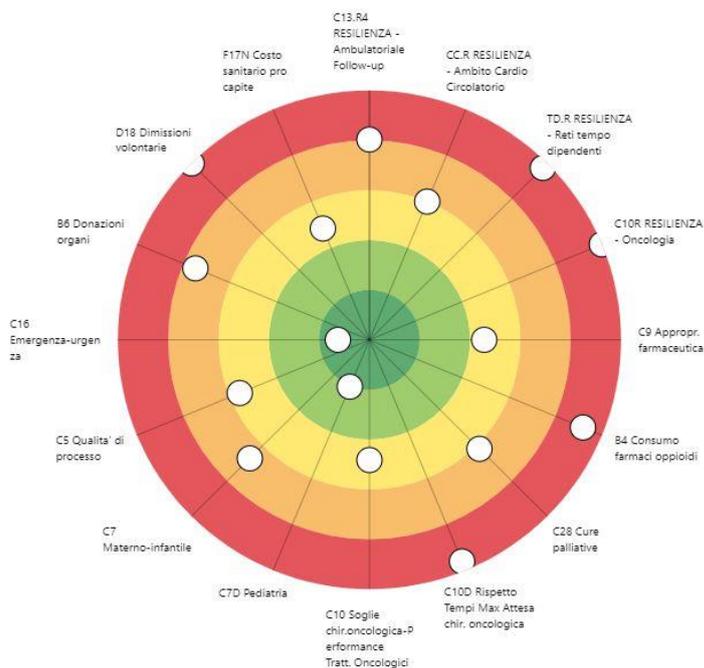
conto ai cittadini delle sue azioni, ma rappresenta anche lo strumento essenziale per imparare, per individuare le proprie criticità e cercare di superarle.

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

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

A mero titolo cognitivo si fornisce di seguito il "bersaglio" dell'ASM per l'anno 2021, da cui emerge come a fronte di una prevalenza della valutazione nella fascia medie, vi sono alcune aree che presentano forti criticità, quali le Reti tempo dipendenti, l'Oncologia, il consumo di farmaci oppioidi, il rispetto dei tempi massimi di attesa della chirurgia oncologica e le dimissioni volontarie, ed altre che, invece, fanno registrare performance ottimali, come nel caso dell'Emergenza Urgenza e della Pediatria.

Bersaglio 2021 - ASM Matera

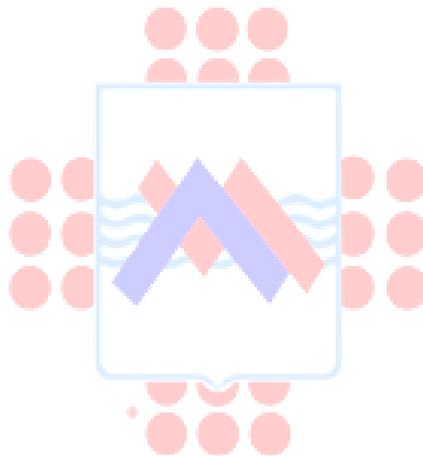


Il Programma Nazionale Esiti (PNE) è stato sviluppato da AGENAS su mandato del Ministero della Salute e fornisce, dal 2013 a livello nazionale, valutazioni comparative di efficacia, equità, sicurezza e appropriatezza delle cure prodotte nell'ambito del servizio sanitario italiano. Un altro importante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

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

Il Rapporto Sanità, giunto alla 16a edizione, è il risultato di una partnership fra il Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità) e alcune Aziende sensibili all'importanza della ricerca a supporto del dibattito sulle politiche sanitarie. Il progetto si basa sull'opportunità di supportare le politiche socio-sanitarie fornendo elementi di riflessione sull'andamento e sulle tendenze in atto in Italia e in Europa, basate su evidenze scientifiche quantificabili.

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



2.3 Rischi corruttivi e Trasparenza

2.3.1 Introduzione

La presente sottosezione costituisce una rivisitazione, rielaborata in forma di revisione sostanzialmente confermativa del contenuto del PTPCT 2022-2024, adottato con Delibera n. 258 del 29 aprile 2022 [Adozione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e PTTI 2022-2024 ai sensi della Legge n. 190/2012 e s.m.i. e della Delibera Anac n. 1064 del 13.11.2019 – PNA 2019] e redatta in conformità alle disposizioni di legge e nel rispetto dei principi contenuti nel Decreto del Ministro della Pubblica Amministrazione, di concerto con il Ministro dell'Economia e Finanze del 30 giugno 2022.

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

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

Nel merito, il PIAO, inoltre, prende in particolare considerazione i rischi che potrebbero derivare dalla lotta alla pandemia ed all'attuazione del PNRR.

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

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

- Trasmissione Bozza della sottosezione all'Organo di Indirizzo Politico Amministrativo;
 - ❖ Condivisione della stessa da parte del Direttore Generale;
 - ❖ Individuazione degli attori interni all'Azienda che hanno partecipato alla predisposizione del testo nonché dei canali e degli strumenti di partecipazione;
 - ❖ Individuazione degli attori esterni all'Azienda che hanno partecipato alla predisposizione della testo nonché dei canali e degli strumenti di partecipazione;
 - ❖ Indicazione di canali, strumenti e iniziative di comunicazione dei contenuti;
- In ordine al Gestione del rischio, è opportuno sottolineare la seguente procedura
- ❖ Indicazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, "aree di rischio"; l'Azienda - in aggiunta alle aree di rischio "generali" per tutte le amministrazioni - prevede ulteriori aree di rischio individuate in base alle proprie specificità;
 - ❖ Indicazione della metodologia utilizzata per effettuare la valutazione del rischio;
 - ❖ Schede di programmazione delle misure di prevenzione utili a ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, in riferimento a ciascuna area di rischio, con indicazione degli obiettivi, della tempistica, dei responsabili, degli indicatori e delle modalità di verifica dell'attuazione, in relazione alle misure di carattere generale nonché alle misure ulteriori.

Con riferimento all'annualità 2022, ai sensi dell'art. 1 c. 14 della L. n. 190/2012 il Responsabile della prevenzione della corruzione dell'Azienda, entro il 15 dicembre, data differita, su disposizione ANAC, per il 2021 al 31 gennaio 2022, giusta comunicazione dell'ANAC del 29 novembre 2021, ha redatto una relazione annuale, in allegato al P.T.P.C.T 2022-2024 che offre il rendiconto sull'efficacia delle misure di prevenzione definite dal P.T.P.C.T 2021-2023.

La suddetta relazione annuale è allegata al PIAO ed è pubblicata sul sito istituzionale dell'Azienda.

2.3.3. Finalità generali del piano e obiettivi strategici 2022/2024

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

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

Il rispetto delle misure stabilite qui stabilite, in attuazione degli obiettivi strategici, costituisce obiettivo per i Dirigenti delle Aree definite a rischio, referenti del RPCT, ai fini della valutazione della performance individuale.

NR. OBIETTIVO	OBIETTIVO OPERATIVO	Attività	INDICATORE	TG 2022	FONTE E DATI	SOGGETTI COMPETENTI
1	Aggiornamento del PTPCT 2022_2024. Aggiornamento della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" alla luce della nuova normativa d'adozione del PIAO 2022_2024	Redazione, adozione e pubblicazione de PTPCT entro il 30.04.2022. Redazione, adozione e pubblicazione della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" nei termini previsti per l'adozione del PIAO 2022_2024	Approvazione formale del PTPCT 2022_2024 entro il 30.4.2022. Approvazione formale del PIAO 2022_2024 entro i termini previsti dalle norme	SI	Sito Aziendale	Direzione Strategica Responsabile Prevenzione Corruzione Dirigenti UU.OO. interessate
2	Monitoraggio aree a rischio	Monitoraggio dell'attuazione delle misure in tema di prevenzione della corruzione nelle UU.OO. a rischio previste attraverso la compilazione delle schede informatizzate	Numero U.O. che hanno adempiuto alla compilazione della scheda /	1	Relazione Responsabile Prevenzione Corruzione	Referenti aree a rischio
3	Diffusione nuovi Codice Etico e Codice di Comportamento Aziendale	Diffusione e formazione personale inerente il Codice di Comportamento Aziendale	Pubblicazione sul sito Almeno 1 giorno di formazione per tutto il personale dipendente	SI	Relazione Responsabile Prevenzione Corruzione	Responsabile Prevenzione Corruzione Responsabile U.O. Formazione
4	Formazione dei dipendenti sulla prevenzione della corruzione	Attività di formazione per la prevenzione della corruzione di carattere generale e di carattere specialistico	Confluenza delle attività di formazione in tema di prevenzione della corruzione nella sezione del PIAO dedicata alla formazione	SI	Relazione Responsabile e Prevenzione Corruzione	Responsabile Prevenzione Corruzione Responsabile U.O. Formazione
5	Formazione dei dipendenti sulla prevenzione della corruzione	Attuazione e attività di Formazione per la prevenzione della corruzione	Numero corsi realizzati /	1	Relazione Responsabile e Prevenzione Corruzione	Responsabile Prevenzione Corruzione Responsabile U.O. Formazione

Gli obiettivi indicati relativi alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO 2022-2024 sono formulati in collegamento con la programmazione strategica ed operativa dell'Amministrazione nel PIAO e negli altri strumenti di programmazione dell'Azienda.

2.3.4. Coerenza con Piano Performance

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

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

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

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

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

Il processo è così articolato:

- Invito ai Responsabili delle UU.OO. delle Aree a Rischio di eventuali proposte di variazione ed aggiornamento della mappatura del rischio e/o delle misure ritenute necessarie e relativi adempimenti degli obblighi di trasparenza ex d.lgs 33/2013 e s.m.i. con le Aree di Rischio anche attraverso sessioni di audizioni;
- Consultazione pubblica ai fini del coinvolgimento della struttura organizzativa e degli Stakeholder;
- Predisposizione di una bozza della sottosezione relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO da parte del RPC da trasmettere al Direttore Generale per un processo condiviso di formazione della sottosezione specifica all'interno del PIAO;
- Adozione del PIAO, nei termini di legge, con deliberazione del Direttore Generale;
- Pubblicazione del PIAO sul sito dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera in una apposita sezione;
- Pubblicazione sulla piattaforma on line attivata sul sito istituzionale dell'ANAC della sottosezione relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO, in uno con il documento complessivo (salvo diverse indicazioni da parte dell'ANAC);
- Trasmissione del PIAO al Dipartimento Funzione Pubblica.

I Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche sono tenuti a notificare il PIAO ai rispettivi dipendenti e collaboratori a qualsivoglia titolo al momento dell'assunzione in servizio e, successivamente, con cadenza periodica, in specie allorquando si sia proceduto a modifiche dello stesso.

Attesa la valenza programmatica, che si articola in un triennio, anche la sottosezione relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO è soggetta a modifica, aggiornamento, revisione e implementazione, oltre che nell'immediato a fronte di specifiche emergenti necessità, nonché di coordinamento di tutti gli atti programmatici aziendali, che confluiranno nel PIAO.

Il Dirigente dell'Azienda Dottor Achille Spada è stato nominato, dal Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera, Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza dapprima ad interim e in via provvisoria con deliberazione n. 813 del 18 Settembre 2019 e successivamente con deliberazione n. 1135 del 19 dicembre 2019 in via definitiva, sostituito, in caso di assenza occasionale, non riconducibile ad impedimento definitivo, dalla Dottoressa Angela Divincenzo, collaboratore amministrativo, assegnata alla U.O.S.D. U.R.P., Comunicazione, Ufficio Stampa, Privacy.

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

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

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

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

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

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

Il Direttore Generale

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

- designa il Responsabile della prevenzione della corruzione;
- adotta il PIAO e i suoi aggiornamenti;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- valorizza, in sede di formulazione degli indirizzi e delle strategie dell'amministrazione, lo sviluppo e la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione;
- assicura al RPCT un supporto concreto, garantendo la disponibilità di risorse umane e digitali adeguate, al fine di favorire il corretto svolgimento delle sue funzioni;
- promuove attraverso percorsi formativi e di sensibilizzazione relativi all'etica pubblica che coinvolgano l'intero personale, una cultura della valutazione del rischio all'interno dell'organizzazione.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza

Il Responsabile predispose ogni anno entro il 31 Gennaio, la sottosezione del PIAO relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza che trasmette al Direttore Generale in bozza, per eventuali osservazioni. Il Direttore Generale delibera l'adozione del PIAO, contenente anche la sottosezione relativa alla Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, che viene pubblicata nel sito web istituzionale dell'Azienda, nella sezione Amministrazione Trasparente.

Al Responsabile competono le seguenti attività/funzioni:

- elaborare la proposta della sottosezione del PIAO in tema di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, che deve essere adottato dall'organo di indirizzo politico,
- definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione,
- verificare l'efficace attuazione del contenuto della presente sottosezione da parte di tutti i destinatari,
- verificare e sollecitare l'adeguamento degli obblighi di pubblicazione nel corso di incontri annuali mirati con i Referenti delle UU.OO.
- proporre modifiche in caso di indicazione da parte degli organismi competenti di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione,
- verificare, d'intesa con i dirigenti delle articolazioni aziendali competenti, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione,
- individuare il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità,

- relazionare annualmente all'Organo di indirizzo sulle verifiche effettuate riguardo ad almeno tre processi definiti "a rischio eventi corruttivi",
- pubblicare ogni anno sul sito web aziendale e sulla piattaforma on line attivata sul sito istituzionale dell'ANAC una relazione recante i risultati dell'attività, secondo le indicazioni ANAC,
- Segnalare all'organo di indirizzo e all'OIV le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e indicare all'UPD i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure di cui sopra.

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

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

Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (RASA)

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

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

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

Nomina del "Gestore" DM 25 Settembre 2015 Ministero Interno

Con propria deliberazione il Direttore Generale procede alla individuazione e nomina del "gestore" delegato alla valutazione e trasmissione alla UIF delle segnalazioni che riguardano ipotesi sospette di riciclaggio o finanziamenti del terrorismo. Con la medesima deliberazione è adottato specifico Regolamento aziendale per il contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento al terrorismo.

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

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

I Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione

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

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

Funzioni dei Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione

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

I Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, nell'esercizio delle funzioni di Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione, sono tenuti a curare, mediante un sistema articolato "a cascata", il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dirigenti e dipendenti delle strutture aziendali cui sono rispettivamente preposti, in specie di quelli addetti alle aree a più elevato rischio di corruzione ed illegalità, nell'attività di analisi e valutazione del rischio,

nonché di proposta, definizione e continuo monitoraggio delle misure del piano di prevenzione della corruzione. In particolare concorrono a predisporre per l'area di competenza, il documento di mappatura dei processi e di valutazione del rischio che individua i rischi per ogni area e propongono e monitorano le misure di prevenzione della corruzione.

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

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

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

A tal fine:

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

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

A titolo non esaustivo sono compiti dei referenti:

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

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

In caso di monitoraggio, controlli o verifiche ad esito positivo, ogni referente dovrà attivare la specifica procedura di rito e, contestualmente, darne segnalazione all'organo di indirizzo e al RPCT.

Nucleo Ispettivo Interno

Con delibera n. 120 del 12.02.2020 è stato nominato il nuovo Presidente del Nucleo Ispettivo Interno, a modifica della delibera 1063 del 03.11.2017 di rettifica della deliberazione aziendale n. 1459/2016, con cui veniva formalizzata la composizione del Nucleo, istituito con delibera aziendale n. 901 del 30.07.2014 e che risulta costituito da sei componenti, di cui uno con funzioni di Presidente, uno con funzioni di Vice Presidente, uno con funzioni di segretario.

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

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

I dirigenti per l'area di rispettiva competenza

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

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

- controllo sulla rilevazione delle presenze/assenze e relative autorizzazioni nonché sul corretto utilizzo dei beni aziendali da parte del personale afferente la propria unità operativa;
- assicurano gli adempimenti in ordine agli obblighi di pubblicazione dei dati e delle informazioni sul sito aziendale "Amministrazione Trasparente".

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

Gli Organismi indipendenti di valutazione (OIV) rivestono un ruolo importante nel sistema di gestione della performance e della trasparenza nelle pubbliche amministrazioni, svolgendo i compiti previsti dall'art. 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150. Al riguardo si rinvia al d.p.r. del 9 maggio 2016, n. 105 «Regolamento di disciplina delle funzioni del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di misurazione e valutazione della performance delle amministrazioni pubbliche» e, in particolare all'art. 6. Gli OIV validano la relazione sulle performance, di cui all'art. 10 del d.lgs. 150/2009, dove sono riportati i risultati raggiunti rispetto a quelli programmati e alle risorse; propongono all'organo di indirizzo la valutazione dei dirigenti; promuovono e attestano l'assolvimento degli obblighi di trasparenza (art. 14, co. 1, lett. g), d.lgs. 150/2009).

Gli OIV devono verificare la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel piano della performance, utilizzando altresì i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione delle performance (art. 44). L'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, posta in capo al Responsabile della prevenzione della corruzione è svolta con il coinvolgimento dell'OIV, al quale il Responsabile della prevenzione della corruzione segnala i casi di mancato o ritardato adempimento (art. 43). Resta fermo il compito degli OIV concernente l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza, previsto dal d.lgs. 150/2009.

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

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

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

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

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

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

Il nuovo Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) dell'ASM, in seguito alla scadenza del precedente, intervenuto il 15 maggio 2022, è stato nominato con delibera 371 del 13 giugno 2022 del Direttore Generale. Ad oggi si è in attesa dell'insediamento del nuovo Organismo Indipendente di Valutazione.

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

Con Delibera 763/2021 si è provveduto a modificare i componenti dell'ufficio procedimenti disciplinari unico (UPD), per le infrazioni commesse da tutto il personale aziendale, sia dirigenziale che del comparto, così come previsto dal Regolamento in materia di Responsabilità e Sanzioni Disciplinari, approvato con Delibera 641/2020, che ne ha indicato le funzioni. In particolare, l'UPD:

- ✓ svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;

- ✓ provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria;
- ✓ condivide con il RPCT l'aggiornamento del Codice di comportamento;
- ✓ comunica al RPCT i dati relativi ai procedimenti disciplinari instaurati, inerenti reati corruttivi.

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

Tutti i dipendenti dell'Azienda

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

Responsabilità dei dipendenti per violazione delle misure di prevenzione

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

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

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda

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

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

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

1. i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, anche in qualità di Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, assicurano in via ordinaria il controllo di regolarità dei procedimenti e delle attività ascrivibili alla competenza delle strutture cui sono rispettivamente preposti;
2. il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza sovrintende alle strategie di contrasto della corruzione e dell'illegalità, 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;
3. tutti i dirigenti, i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure adottate in tema di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza contenute nel PIAO, segnalano le situazioni di illecito, segnalano casi di personale conflitto di interessi, prestano la loro collaborazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

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

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

Di tali iniziative il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza darà sollecita informativa al Direttore Generale dell'Azienda.

Obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera, in considerazione del carattere complesso della sua organizzazione amministrativa e sanitaria e della pluralità di attività esercitate dalle proprie molteplici articolazioni, sia a livello centrale che periferico, dislocate peraltro in un'ampia area geografica, per assicurare l'effettivo e concreto funzionamento dell'intero meccanismo di prevenzione approntato in modo diffuso con il presente piano, assicura, con particolare riguardo alle attività individuate come a rischio di corruzione e d'illegalità, che siano fornite le dovute di informazioni nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano. Gli obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione sono, infatti, assicurati anche ai sensi dell'art. 16 del d.lgs. n. 165 del 2001, che disciplina le funzioni dei dirigenti di livello dirigenziale generale, prevedendo che gli stessi concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti, forniscono tutte le informazioni utili al soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo, provvedono al monitoraggio dei processi o delle fasi di essi nell'ambito dei quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti. Al fine di assicurare che il flusso informativo verso il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza sia connotato dalla massima costanza, capillarità e diffusione, i Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza attueranno, all'interno delle articolazioni cui sono rispettivamente preposti, un sistema "a cascata", con il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dirigenti, dipendenti e collaboratori a qualsivoglia titolo dell'Azienda, tale da garantire il pieno conseguimento delle finalità di integrità e legalità, nonché da assicurare che tutto il personale dell'Azienda sia coinvolto nell'attività di analisi e valutazione, nonché di proposta e definizione delle misure di monitoraggio per l'implementazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza.

2.3.7. Fasi del processo di gestione del rischio

Le principali fasi del processo di gestione del rischio sono:

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

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

La gestione del rischio:

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

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

2.3.8. Analisi del contesto

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

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

Il contesto esterno

Attraverso l'analisi del contesto esterno si possono ricavare delle informazioni utili a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'amministrazione, per via delle specificità dell'ambiente in cui essa opera, sia in termini di condizioni sociali, economiche e culturali) che in termini di indice di criminalità. In proposito si può evidenziare che la provincia di Matera si colloca al 59° posto della classifica generale delle 106 province italiane. L'indagine condotta dal "Sole 24 Ore" è stata elaborata su dati forniti dal Dipartimento Pubblica Sicurezza del Ministero dell'Interno e sono relativi ai delitti "emersi" in seguito alle segnalazioni delle Forze di Polizia (Polizia di Stato, Arma dei Carabinieri, Carabinieri Forestali, Guardia di Finanza, Polizia Penitenziaria, DIA, Polizia Municipale, Guardia Costiera) sui seguenti reati: omicidi volontari consumati, infanticidi, tentati omicidi, furti con strappo, furti con destrezza, furti in abitazioni, furti in esercizi commerciali, furti di autovetture, rapine, estorsioni, usura, associazioni per delinquere, associazioni di tipo mafioso, riciclaggio e impiego di denaro, truffe e frodi informatiche, incendi, stupefacenti, violenze sessuali; il numero dei delitti commessi è stato rapportato alla popolazione ISTAT della provincia al 31/12/2020 (<https://urly.it/340cj>).

Il trend storico sullo stesso numero di reati, come anche di quelli contro la P.A., è rilevabile dai dati ISTAT (<https://urly.it/340cm>) [dati estratti l'11 gennaio 2022].

Ulteriori dati sono contenuti nell'indagine sulla corruzione in Italia (2016-2019) condotta dall'ANAC (<https://urly.it/340cn>).

Riferimenti in merito si possono estrapolare dalle schede di sintesi del Rapporto SVIMEZ 2021 (<http://lnx.svimez.info/svimez/sintesi-del-rapporto-svimez-2021/>)

Provincia di Matera

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

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

Il panorama delinquenziale è così sintetizzabile:

- nel capoluogo, con zona di influenza nei comuni di Montescaglioso, Matera, Miglionico, Pomarico, Bernalda e dintorni, (influenza prevalente nella zona di Montescaglioso-Matera, Bernalda e nei comuni pugliesi di Laterza e Castellaneta), si rileva attività delinquenziale nei settori degli stupefacenti, delle armi e degli esplosivi, delle estorsioni e delle minacce;
- nella fascia jonico-metapontina, cerniera ed arteria obbligata dei transiti illeciti tra il tarantino e la Calabria, si registra l'operatività nel comune di Policoro. Nello stesso comprensorio vi è attività nel traffico di sostanze stupefacenti, armi ed esplosivi, estorsioni, attentati dinamitardi e intimidatori nei confronti di operatori economici e commerciali;
- attività investigative hanno evidenziato all'interno della compagine mafiosa la gestione del traffico di stupefacenti nella fascia jonico-metapontina e nel territorio di Policoro.

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

Il Contesto Interno

L'assetto organizzativo

L'organizzazione dell'ASM di Matera, Azienda mista - ospedaliera e territoriale – come analiticamente descritta nella sezione anagrafica, si sostanzia in un complesso assetto strutturale, articolato sul territorio.

Tale assetto organizzativo diffuso potrebbe generare in particolari aree, quelle non centralizzate, e in particolari circostanze, situazioni di interferenza con eventi corruttivi. Per tale ragione, con particolare riferimento alle aree a rischio è stata accentuata l'attenzione sulle misure specifiche, tra cui merita menzione la rigida applicazione della cosiddetta segregazione delle funzioni che facilita un sistema di controlli, evitando la concentrazione di "potere" in capo ai singoli.

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

2.3.9. Valutazione del rischio

Interventi organizzativi di prevenzione del rischio corruttivo

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

- una **valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione**, individuando quelli nell'ambito dei quali è più elevato il rischio medesimo;
- gli **interventi organizzativi volti a prevenire il rischio della corruzione**;
- le **procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti** chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, prevedendo, negli stessi settori, la rotazione di dirigenti e funzionari, nonché che le attività a rischio di corruzione devono essere svolte, ove possibile, dal personale specificamente selezionato e formato;
- le **attività individuate a prevenire il rischio di corruzione**;
- le **attività individuate finalizzate agli obblighi di informazione** nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza degli oneri relativi alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO;

- le **procedure appropriate per monitorare il rispetto dei termini**, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- le **procedure appropriate per monitorare i rapporti tra l'Amministrazione** e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;
- gli **specifici obblighi di trasparenza** ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

Si disciplinano, pertanto, le seguenti misure obbligatorie "generali" di prevenzione:

- ✓ Codici di comportamento - diffusione di buone pratiche e valori;
- ✓ Rotazione ordinaria del personale;
- ✓ Rotazione straordinaria;
- ✓ Inconferibilità e incompatibilità di incarichi;
- ✓ Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse;
- ✓ Svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra- istituzionali;
- ✓ Conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti (pantouflage - revolving doors);
- ✓ Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali;
- ✓ Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors);
- ✓ Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione;
- ✓ Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower);
- ✓ Formazione;
- ✓ Patti di integrità negli affidamenti;
- ✓ Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile;
- ✓ Trasparenza.

In aggiunta alle anzidette misure di prevenzione, la cui applicazione discende dalla legge o da altre fonti normative, la presente sottosezione del PIAO introduce e sviluppa - per le aree a rischio interessate - misure ulteriori, ritenute necessarie e utili a ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, tenuto conto del particolare contesto di riferimento dell'Azienda e valutati i costi stimati, l'impatto sull'organizzazione ed il grado di efficacia che si attribuisce a ciascuna di esse

Attraverso la predisposizione della parte relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO, in sostanza, l'Azienda attiva azioni ponderate e coerenti tra loro capaci di ridurre il rischio di comportamenti corruttivi. Ciò implica necessariamente una valutazione probabilistica di tale rischiosità e l'adozione di un sistema di gestione del rischio medesimo.

Si ha, pertanto, non un documento di studio o di indagine, ma uno strumento per l'individuazione concrete da realizzare con certezza e da vigilare quanto ad effettiva applicazione e quanto ad efficacia preventiva della corruzione; un programma, cioè, di attività, con indicazione delle aree a rischio e dei rischi specifici, delle misure da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità dei rischi specifici, dei responsabili per l'applicazione di ciascuna misura e dei tempi, da applicare a tutti i dipendenti e collaboratori a qualsivoglia titolo dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera.

La sottosezione relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO si applica a tutti i dipendenti e collaboratori a qualsivoglia titolo dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera.

Individuazione delle aree di rischio

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

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

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

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

Per "**evento**" si intende il verificarsi o il modificarsi di un insieme di circostanze che si frappongono o si oppongono al perseguimento dell'obiettivo istituzionale dell'Azienda. Le aree di rischio variano a seconda del contesto esterno ed interno e della tipologia di attività istituzionale svolta dalla specifica Amministrazione.

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

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

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

Fasi delle procedure di approvvigionamento

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

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

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

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

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

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

La mappatura dei processi è stata operata e, viene aggiornata attraverso specifiche audizioni, con i Dirigenti Responsabili delle Aree di Rischio Mappate, in modo da garantire la conoscenza da parte dei dirigenti stessi dei fenomeni collegati all'attività di prevenzione della corruzione oltre ad un reale coinvolgimento nel processo ed una diretta assunzione di responsabilità per i processi implementati/aggiornati.

Le aree di rischio di cui all' art. 1, comma 16 della L. n. 190/2012, comuni e generali a tutte le pubbliche amministrazioni si articolano, a loro volta, nelle seguenti Aree:

- Acquisizione e progressione del personale

- Contratti Pubblici (ex Det. n. 12/2015 e citati Orientamenti ANAC approvati il 2 febbraio 2022)
- Area: Gestione del Patrimonio
Per la presente area di rischio, l'analisi della realtà aziendale ha evidenziato, alla luce degli indicatori di cui alla Det. n.12/2015, che gli obblighi di trasparenza di cui all'art. 30 del D. Lgs. n. 33/2013 sono completamente rispettati, che l'azienda ha un patrimonio (immobili di proprietà) disponibile completamente utilizzato a fini istituzionali; pertanto si è ritenuto non necessaria una specifica mappatura del rischio.
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi e con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.

Queste aree di rischio sono singolarmente analizzate ed indicate nella sottosezione relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO ed adattate alla specifica realtà organizzativa dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera.

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

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

Le aree di rischio individuate sono le seguenti:

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

Il dettaglio relativo alle suddette aree a rischio è sviluppato integralmente nel 'Registro dei Processi e dei Rischi' – allegato al PIAO.

2.3.10 La gestione del rischio

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

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

➤ **1. Mappatura dei Processi:**

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

➤ **2. Analisi e Valutazione dei Processi:**

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

➤ **3. Identificazione e Valutazione dei rischi:**

a) Analisi dell'applicabilità dei rischi specifici presenti nel Registro ed individuazione di eventuali nuovi rischi specifici associati ai processi valutati come maggiormente rischiosi;

b) Valutazione dei rischi specifici (in termini di impatto e probabilità);

➤ **4. Identificazione delle misure:**

a) Identificazione delle misure più idonee alla prevenzione/mitigazione/trattamento del rischio;

b) Per ciascuna attività il Modello specifica "chi fa cosa".

1. La mappatura dei processi

a. Premessa

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

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

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

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

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

La parte relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO contiene in allegato al PIAO un **registro dei rischi**, redatto, in continuità con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza precedente sulla base dell'analisi del contesto in cui opera l'amministrazione e dell'analisi e valutazione dei rischi specifici ai quali sono esposti i vari uffici o procedimenti dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera.

Il **Registro dei Rischi** è stato suddiviso in 4 livelli:

1. Area di rischio, che rappresenta la denominazione dell'area di rischio generale cui afferisce il processo ed i rischi specifici ad esso associati. Le aree di rischio sono quelle già individuate dal legislatore e le ulteriori aree individuate in relazione alla specificità dell'Azienda Sanitaria Locale ed alla particolarità delle prestazioni/attività erogate/svolte.

2. Processo, che rappresenta una classificazione, a livello macro, delle possibili attività di trasformazione di input in output dell'amministrazione.

3. Eventi Rischiosi, che definiscono la tipologia di rischio che si può incontrare in un determinato Processo.

4. Individuazione delle misure di prevenzione/mitigazione/trattamento del rischio.

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

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

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

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

2. Analisi e Valutazione dei processi

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

L'analisi ha mirato a valutare i processi organizzativi individuati in relazione alla specificità dell'Azienda Sanitaria Locale ed alla particolarità delle prestazioni/attività erogate/svolte,

classificando l'area di esposizione al rischio generale commisurato al processo ed ai rischi specifici ad esso associati.

Il Processo rappresenta una classificazione, a livello macro, delle possibili attività di trasformazione di input in output dell'amministrazione.

3. Identificazione e Valutazione dei rischi

a) Analisi dell'applicabilità dei rischi specifici presenti nel Registro ed individuazione di eventuali nuovi rischi specifici associati ai processi valutati come maggiormente rischiosi;

b) Valutazione dei rischi specifici (in termini di impatto e probabilità);

Nel processo di analisi e valutazione dei rischi si è adottata una metodologia di approccio qualitativo suggerita dall'ANAC con il PNA 2019, che propone l'utilizzo di un approccio qualitativo, in luogo del precedente approccio quantitativo, basato su valori di giudizio soggettivo e sulla conoscenza effettiva dei fatti e delle situazioni che influiscono sul rischio da parte dei Responsabili/Dirigenti U.O. delle Aree a Rischio Individuate.

A tal fine, appare utile prima di tutto definire cosa si intende per valutazione del rischio, ossia "la misurazione dell'incidenza di un potenziale evento sul conseguimento degli obiettivi dell'amministrazione".

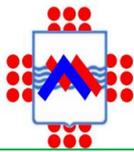
Ai fini della valutazione del rischio, in continuità con quanto già proposto dall'Allegato 5 del PNA 2013, nonché in linea con le indicazioni internazionali sopra richiamate, si procederà ad incrociare due indicatori compositi (ognuno dei quali composto da più variabili) rispettivamente per la dimensione della probabilità e dell'impatto.

La probabilità consente di valutare quanto è probabile che l'evento accada in futuro, mentre l'impatto valuta il suo effetto qualora lo stesso si verifichi, ovvero l'ammontare del danno conseguente al verificarsi di un determinato evento rischioso.

Per ciascuno dei due indicatori (probabilità e impatto), sopra definiti, si è quindi proceduto ad individuare un set di variabili significative caratterizzate da un nesso di causalità tra l'evento rischioso e il relativo accadimento.

Con riferimento all'indicatore di probabilità sono state individuate nove variabili ciascuna delle quali può assumere un valore Alto, Medio, Basso, in accordo con la corrispondente descrizione.

INDICATORE DI PROBABILITA'			
N.	Variabile	Livello	Descrizione
	Discrezionalità: focalizza il grado di discrezionalità nelle attività svolte o negli atti prodotti; esprime l'entità del rischio in conseguenza delle responsabilità attribuite e della necessità di dare risposta immediata all'emergenza	Alto	Ampia discrezionalità relativa sia alla definizione di obiettivi operativi che alle soluzioni organizzative da adottare, necessità di dare risposta immediata all'emergenza
		Medio	Apprezzabile discrezionalità relativa sia alla definizione di obiettivi operativi che alle soluzioni organizzative da adottare, necessità di dare risposta immediata all'emergenza
		Basso	Modesta discrezionalità sia in termini di definizione degli obiettivi sia in termini di soluzioni organizzative da adottare ed assenza di situazioni di emergenza
2	Coerenza operativa: coerenza fra le prassi operative sviluppate dalle unità organizzative che svolgono il processo e gli strumenti normativi e di regolamentazione che disciplinano lo stesso	Alto	Il processo è regolato da diverse norme sia di livello nazionale sia di livello regionale che disciplinano singoli aspetti, subisce ripetutamente interventi di riforma, modifica e/o integrazione da parte sia del legislatore nazionale sia di quello regionale, le pronunce del TAR e della Corte dei Conti in materia sono contrastanti. Il processo è svolto da una o più unità operative
		Medio	Il processo è regolato da diverse norme che disciplinano singoli aspetti, subisce ripetutamente interventi di riforma, modifica e/o integrazione da parte del legislatore, le pronunce del TAR e della Corte dei Conti in materia sono contrastanti. Il processo è svolto da una o più unità operative
		Basso	La normativa che regola il processo è puntuale, non subisce interventi di riforma, modifica e/o integrazione ripetuti da parte del legislatore, le pronunce del TAR e della Corte dei Conti in materia sono uniformi. Il processo è svolto da un'unica unità operativa
3	Rilevanza degli interessi "esterni" quantificati in	Alto	Il processo dà luogo a consistenti benefici economici o di altra natura per i destinatari



	termini di entità del beneficio economico e non, ottenibile dai soggetti destinatari del processo	Medio	Il processo dà luogo a modesti benefici economici o di altra natura per i destinatari
		Basso	Il processo dà luogo a benefici economici o di altra natura per i destinatari con impatto scarso o irrilevante
4	Livello di opacità del processo , misurato attraverso solleciti scritti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, le richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato", gli eventuali rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza	Alto	Il processo è stato oggetto nell'ultimo anno di solleciti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato", e/o rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza
		Medio	Il processo è stato oggetto negli ultimi tre anni di solleciti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato", e/o rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza
		Basso	Il processo non è stato oggetto negli ultimi tre anni di solleciti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato", nei rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza
5	Presenza di "eventi sentinella" per il processo, ovvero procedimenti avviati dall'autorità giudiziaria o contabile o ricorsi amministrativi nei confronti dell'Azienda o procedimenti disciplinari avviati nei confronti dei dipendenti impiegati sul processo in esame	Alto	Un procedimento avviato dall'autorità giudiziaria o contabile o amministrativa e/o un procedimento disciplinare avviato nei confronti di un dipendente impiegato sul processo in esame, concluso con una sanzione indipendentemente dalla conclusione dello stesso, nell'ultimo anno
		Medio	Un procedimento avviato dall'autorità giudiziaria o contabile o amministrativa e/o un procedimento disciplinare avviato nei confronti di un dipendente impiegato sul processo in esame, indipendentemente dalla conclusione dello stesso, negli ultimi tre anni
		Basso	Nessun procedimento avviato dall'autorità giudiziaria o contabile o amministrativa nei confronti dell'Ente e nessun procedimento disciplinare nei confronti dei dipendenti impiegati sul processo in esame, negli ultimi tre anni
6	Livello di attuazione delle misure di prevenzione sia generali sia specifiche previste dal PTPCT per il processo/attività , desunte dai monitoraggi effettuati dai responsabili	Alto	Il responsabile non ha effettuato o ha effettuato il monitoraggio con consistente ritardo, non fornendo elementi a supporto dello stato di attuazione delle misure dichiarato e trasmettendo in ritardo le integrazioni richieste
		Medio	Il responsabile ha effettuato il monitoraggio puntualmente o con lieve ritardo, non fornendo elementi a supporto dello stato di attuazione delle misure dichiarato ma trasmettendo nei termini le integrazioni richieste
		Basso	Il responsabile ha effettuato il monitoraggio puntualmente, dimostrando in maniera esaustiva attraverso documenti e informazioni circostanziate l'attuazione delle misure
7	Segnalazioni, reclami pervenuti con riferimento al processo in oggetto, intese come qualsiasi informazione pervenuta a mezzo email, telefono, ovvero reclami o risultati di indagini di customer satisfaction, avente ad oggetto episodi di abuso, illecito, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, corruzione vera e propria, cattiva gestione, scarsa qualità del servizio	Alto	Segnalazioni in ordine a casi di abuso, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, pervenuti nel corso degli ultimi tre anni
		Medio	Segnalazioni in ordine a casi di cattiva gestione e scarsa qualità del servizio, pervenuti nel corso degli ultimi tre anni
		Basso	Nessuna segnalazione e/o reclamo
8	Presenza di gravi rilievi a seguito dei controlli interni di regolarità amministrativa	Alto	Presenza di gravi rilievi tali da richiedere annullamento in autotutela o revoca dei provvedimenti interessati negli ultimi tre anni
		Medio	Presenza di rilievi tali da richiedere l'integrazione dei provvedimenti adottati
		Basso	Nessun rilievo o rilievi di natura formale negli ultimi tre anni
9	Capacità dell'Azienda di far fronte alle proprie carenze organizzative nei ruoli di responsabilità (Dirigenti, PO) attraverso l'acquisizione delle	Alto	Utilizzo frequente dell'interim per lunghi periodi di tempo, ritardato o mancato espletamento delle procedure per ricoprire i ruoli apicali rimasti vacanti
		Medio	Utilizzo dell'interim per lunghi periodi di tempo, ritardato espletamento delle procedure per ricoprire i ruoli apicali rimasti vacanti

corrispondenti figure apicali anziché l'affidamento di interim se non derivante da fattori esterni (es. blocco assunzioni)	Basso	Nessun interim o utilizzo della fattispecie per il periodo strettamente necessario alla selezione del personale per ricoprire i ruoli apicali rimasti vacanti
--	-------	---

Con riferimento all'indicatore di impatto, sono state individuate quattro variabili ciascuna delle quali può assumere un valore Alto, Medio, Basso, in accordo con la corrispondente descrizione.

INDICATORE DI IMPATTO			
N.	Variabile	Livello	Descrizione
1	Impatto sull'immagine dell'Azienda misurato attraverso il numero di articoli di giornale pubblicati sulla stampa locale o nazionale o dal numero di servizi radio-televisivi trasmessi, che hanno riguardato episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione	Alto	Un articolo e/o servizio negli ultimi tre anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione
		Medio	Un articolo e/o servizio negli ultimi cinque anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione
		Basso	Nessun articolo e/o servizio negli ultimi cinque anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione
2	Impatto in termini di contenzioso , inteso come i costi economici e/o organizzativi sostenuti per il trattamento del contenzioso dall'Azienda	Alto	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi potrebbe generare un contenzioso o molteplici contenziosi che impegnerebbero l'Azienda in maniera consistente sia dal punto di vista economico sia organizzativo
		Medio	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi potrebbe generare un contenzioso o molteplici contenziosi che impegnerebbero l'Azienda sia dal punto di vista economico sia organizzativo
		Basso	Il contenzioso generato a seguito del verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi è di poco conto o nullo
3	Impatto organizzativo e/o sulla continuità del servizio , inteso come l'effetto che il verificarsi di uno o più eventi rischiosi inerenti il processo può comportare nel normale svolgimento delle attività dell'Azienda	Alto	Interruzione del servizio totale o parziale ovvero aggravio per gli altri dipendenti dell'Azienda
		Medio	Limitata funzionalità del servizio cui far fronte attraverso altri dipendenti dell'Azienda o risorse esterne
		Basso	Nessuno o scarso impatto organizzativo e/o sulla continuità del servizio
4	Danno generato a seguito di irregolarità riscontrate da organismi interni di controllo (controlli interni, controllo di gestione, audit) o autorità esterne (Corte dei Conti, Autorità Giudiziaria, Autorità Amministrativa)	Alto	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi, comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate all'Azienda molto rilevanti
		Medio	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi, comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate all'Azienda sostenibili
		Basso	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi, comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate all'Azienda trascurabili o nulli

Dopo aver attribuito i valori alle singole variabili degli indicatori di impatto e probabilità, seguendo gli schemi proposti dalle precedenti tabelle e aver proceduto alla elaborazione del loro valore sintetico di ciascun indicatore, come specificato in precedenza, si procede all'identificazione del livello di rischio di ciascun processo, attraverso la combinazione logica dei due fattori, secondo il criterio indicato nella tabella seguente.

Combinazioni valutazioni PROBABILITA' - IMPATTO			LIVELLO DI RISCHIO
PROBABILITA'	IMPATTO		
Alto	alto		Rischio alto
Alto	medio		Rischio medio/alto
Medio	alto		
Alto	basso		Rischio medio
Medio	medio		
Basso	Alto		Rischio medio/basso
Medio	basso		
Basso	medio		Rischio basso
Basso	basso		

Il collocamento di ciascun processo dell'amministrazione, in una delle fasce di rischio, come indicate all'interno della precedente tabella, consente di definire il rischio intrinseco di ciascun processo, ovvero il rischio che è presente nell'organizzazione in assenza di qualsiasi misura idonea a contrastarlo, individuando quindi allo stesso tempo la corrispondente priorità di trattamento.

La nuova metodologia di carattere qualitativo è stata pienamente esplicitata a cavallo tra il 2020-2021, pur tenendo conto nella catalogazione dei processi della metodologia iniziale di base per la individuazione degli stessi processi.

Laddove si dovesse ravvisare l'opportunità di rivisitazione del livello di rischio in specifiche aree, in seguito ad eventi che ne determinano la necessità, si procederà ad una nuova valutazione, sulla base della metodologia di carattere qualitativo, per le aree a rischio interessate.

Per ciascun processo individuato come rischioso associato alle aree assegnate, si è proceduto alla valutazione della probabilità e dell'impatto. La probabilità indica la frequenza di accadimento degli specifici rischi, mentre l'impatto indica il danno che il verificarsi dell'evento rischioso causa all'amministrazione. Le domande proposte indagavano l'impatto e la probabilità dai punti di vista sia soggettivo che oggettivo.

Le risposte alle domande sono date con riferimento alle realtà effettive dell'Azienda, tenendo conto del valore intrinseco di ogni risposta data rispetto al processo indagato.

Le risposte ai quesiti sono date da ciascun Dirigente di Servizio nel corso di sessioni dedicate dal Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza ad ogni singolo Responsabile/Dirigente di U.O. delle Aree a Rischio Individuate, in sede di audit per ogni Area a rischio.

A seguito della valutazione dell'impatto e della probabilità per ciascun rischio specifico, sono collocati i singoli eventi rischiosi nell'apposita "Matrice Impatto-Probabilità".

VALUTAZIONE COMPLESSIVA

La Valutazione Complessiva del Rischio, risultante dall'incrocio tra le variabili riferite alla probabilità di accadimento e le variabili riferite all'impatto, inteso come conseguenze sull'ASM a seguito di eventi corruttivi viene determinata, per ciascun Processo, in rapporto agli eventi rischiosi che sottendono allo stesso, secondo la seguente classificazione:

VALORI E FREQUENZE DELLA PROBABILITÀ E DELL'IMPATTO

Probabilità alta – impatto alto: rischio alto;

Probabilità alta - impatto medio, probabilità media - impatto alto: rischio medio/alto;

Probabilità alta - impatto medio, probabilità media - impatto medio, probabilità bassa - impatto alto: rischio medio;

probabilità media – impatto basso; probabilità bassa – impatto medio: rischio medio/basso;

probabilità bassa – impatto basso: rischio basso.

4. Identificazione delle misure.

a) Identificazione delle misure più idonee alla prevenzione/mitigazione/trattamento del rischio;

Il PNA 2019 ha classificato le misure, in via astratta e generale, nonché quelle di carattere trasversale, atte a mitigare e a comprimere il verificarsi di eventi rischiosi di carattere corruttivo, come di seguito indicato:

- 1. CONTROLLO**
- 2. TRASPARENZA**
- 3. DEFINIZIONE E PROMOZIONE DELL'ETICA DI STANDARD DI COMPORTAMENTO**
- 4. REGOLAMENTAZIONE**
- 5. SEMPLIFICAZIONE**
- 6. FORMAZIONE**
- 7. SENSIBILIZZAZIONE E PARTECIPAZIONE**
- 8. ROTAZIONE**
- 9. SEGNALAZIONE E PROTEZIONE**
- 10. DISCIPLINA DEL CONFLITTO D'INTERESSI**
- 11. REGOLAZIONE DEI RAPPORTI CON I "RAPPRESENTANTI DI INTERESSI PARTICOLARI"**

In sede di identificazione e valutazione del rischio, i responsabili delle UU.OO., di concerto con il RPC, hanno stabilito quali misure di prevenzione adottare, secondo criteri di applicabilità, fattibilità e rispondenza alle reali esigenze dei processi interessanti le UU.OO. medesime.

b) Per ciascuna attività il Modello specifica "chi fa cosa".

2.3.11. Trattamento del rischio

Determinazione, per ciascuna area di rischio, delle esigenze di intervento utili a ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, con l'indicazione di modalità, responsabili, tempi d'attuazione e indicatori di misure di prevenzione obbligatorie e misure ulteriori

Nel PIAO dell'A.S.L. di Matera - per tutte le aree di rischio individuate - sono indicate le misure di prevenzione generali e specifiche da implementare per ridurre la probabilità che il rischio si verifichi. La individuazione e la scelta delle misure specifiche e ulteriori è effettuata mediante il confronto con il coinvolgimento dei titolari del rischio. Per "titolare del rischio" si intende la persona con la responsabilità e l'autorità per gestire il rischio. Le misure ulteriori adottate dall'ASM - che integrano misure di prevenzione diverse da quelle di diretta emanazione di legge e, considerate in un'ottica strumentale alla riduzione del rischio di corruzione, sono le seguenti:

- a) l'affidamento delle ispezioni, dei controlli e degli atti di vigilanza al Nucleo Ispettivo Interno dell'Azienda istituito con Deliberazione n. 901 del 30.07.2014, come modificato con la deliberazione n. 1459 del 20.12.2016 e successiva Deliberazione 120 del 12/02/2020;
- b) la previsione della presenza di più funzionari in occasione dello svolgimento di procedure o procedimenti "sensibili", anche se la responsabilità del procedimento o del processo è affidata ad un unico funzionario; misura da attuarsi - con decorrenza immediata - da parte dei Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, a vario titolo competenti;
- c) la previsione di meccanismi di raccordo tra tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, ed il Servizio Gestione Risorse Umane (mediante consultazione obbligatoria e richiesta di avviso dell'U.P.D.), al fine di consentire la valutazione complessiva dei dipendenti anche dal punto di vista comportamentale; meccanismi, in particolare, che stabiliscano un concreto ed effettivo raccordo tra l'ufficio di appartenenza del dipendente, il Servizio Gestione Risorse Umane competente al rilascio di autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extraistituzionali e l'U.P.D., di modo da far acquisire rilievo alle situazioni in cui sono state irrogate sanzioni disciplinari a carico di un soggetto ovvero si sta svolgendo nei suoi confronti un procedimento disciplinare, per la:
 - 1) preclusione allo svolgimento di incarichi aggiuntivi o extraistituzionali;
 - 2) valutazione della performance e del riconoscimento della retribuzione accessoria ad essa collegata.

La presenza di un procedimento disciplinare pendente deve essere considerata - anche in relazione alla tipologia di illecito - per il conferimento di incarichi aggiuntivi e/o dell'autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali.

La tempistica per l'introduzione e per l'implementazione delle misure può essere differenziata, a seconda che si tratti di misure generali, obbligatorie o di misure ulteriori.

Misure di prevenzione di carattere trasversale

Tutte le misure sono classificate e riportate nel registro dei processi secondo la classificazione indicata nel PNA 2019. Il PIAO individua ed implementa anche delle misure di carattere trasversale da considerare ulteriori ed obbligatorie.

Sono misure di carattere trasversale:

- la *trasparenza*: gli adempimenti di trasparenza possono essere misure obbligatorie o ulteriori; le misure ulteriori sono indicate nel paragrafo relativo alla trasparenza;
- l'*informatizzazione dei processi* che consente per tutte le attività dell'Azienda la tracciabilità dello sviluppo del processo e riduce quindi il rischio di "blocchi" non controllabili con emersione delle responsabilità per ciascuna fase;
- l'*accesso telematico a dati, documenti e procedimenti* e il riutilizzo dei dati, documenti e procedimenti che consentono l'apertura dell'Azienda verso l'esterno e, quindi, la diffusione del patrimonio pubblico e il controllo sull'attività da parte dell'utenza;

- il *rispetto dei termini procedurali*, in quanto attraverso il monitoraggio emergono eventuali omissioni o ritardi che possono essere sintomo di fenomeni corruttivi.

Individuazione, per ciascuna misura, del responsabile e del termine per l'attuazione, stabilendo il collegamento con il ciclo delle performance.

Nell'allegato registro dei processi sono individuati per ciascuna misura da implementare il responsabile dell'implementazione e il termine per l'implementazione stessa. L'efficacia della misura dipende dalla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell'organizzazione e, pertanto, è necessario che il suo contenuto sia coordinato rispetto a quello di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'Azienda. La sottosezione relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO è strutturata come documento di programmazione, con l'indicazione di obiettivi, indicatori, misure, responsabili, tempistica e risorse e, stabilisce i dovuti collegamenti con il ciclo della performance, garantendone l'effettività, la concretezza e la realtà. L'Azienda a tal fine procede alla costruzione di un ciclo delle performance integrato, che comprenda gli ambiti relativi:

- alla performance;
- agli standard di qualità dei servizi;
- alla trasparenza ed alla integrità;
- al piano di misure in tema di misurazione e contrasto alla corruzione.

Il contenuto, inoltre, è coordinato con le altre sezioni e sottosezioni del PIAO.

La rilevanza strategica dell'attività di prevenzione e contrasto della corruzione e della trasparenza, quale strumento di protezione del valore pubblico creato comporta che l'Azienda proceda all'inserimento dell'attività che pone in essere per l'attuazione della L. 190/2012, in qualità di obiettivi indicatori, ai fini della valutazione del personale aziendale.

Individuazione dei Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione e degli altri soggetti tenuti a relazionare al Responsabile alla luce del d.lgs. 97/2016

Tutti i Direttori/Dirigenti responsabili di U.O. dell'Azienda, per l'area di rispettiva competenza, sono "referenti" del RPC, le cui funzioni sono descritte nel paragrafo "Soggetti, ruoli e responsabilità nella strategia di prevenzione a livello decentrato".

La mancata risposta alle richieste di contatto e di informazione del Responsabile della prevenzione da parte dei soggetti obbligati in base alle disposizioni qui presenti è suscettibile di essere sanzionata disciplinarmente.

Forme di consultazione in sede di elaborazione della sottosezione "Rischi corruttivi e Trasparenza".

L'ASM attua una consultazione pubblica sull'elaborato della sottosezione "Rischi corruttivi e Trasparenza", al fine di avviare una discussione aperta con cittadini e portatori di interesse, sui contenuti dello stesso.

Al fine, inoltre, di disegnare un'efficace strategia anticorruzione e di trasparenza, l'Azienda organizza la "Giornata della Trasparenza", con cadenza annuale.

2.3.12. Identificazione delle misure

Identificazione delle misure più idonee alla prevenzione/mitigazione/trattamento del rischio.

Fermo restando l'applicabilità, diffusa per tutte le aree, delle misure generali che verranno di seguito elencate, per quanto attiene i processi censiti, attenzionati sotto il profilo di probabilità corruttiva, nel registro dei processi, al fine della identificazione delle misure di prevenzione, mitigazione e trattamento del rischio sono stati utilizzati gli schemi di seguito riportati:

AREA DI RISCHIO

Area di Rischio

REGISTRO DEI PROCESSI E DEI RISCHI

Processo (.....)

Eventi rischiosi

1) Abuso.....

2) LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO DEL PROCESSO

Dall'analisi del processo il livello di esposizione al rischio è risultato " _____ " ed in termini di Impatto è risultato " _____ ", in considerazione _____

La valutazione complessiva del rischio è " _____ "

3) LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO DEGLI EVENTI RISCHIOSI

4) INDIVIDUAZIONE DELLE MISURE

Misura - Descrizione - Fasi - Tempi - Ufficio Responsabile - Soggetto Responsabile
Le voci individuate sono riportate per ciascuna struttura dell'Azienda.

Indicazione dei Processi:

- 1) **Indicazione degli Eventi Rischiosi** associati ai Processi a rischio, tenuto conto della matrice relativa al singolo evento rischioso;
- 2) **Indicazione dei Servizi/Uffici** che risultano essere maggiormente esposti al rischio;
- 3) **Indicazione delle Misure applicabili** che, potenzialmente, potrebbero mitigare, correggere o prevenire il suddetto rischio;
- 4) **Indicazione delle Misure** esistenti all'interno dell'organizzazione, a presidio del rischio.

E' stato, quindi, effettuato un censimento di tutte le attività messe in atto dall' Azienda, idonee a presidiare il rischio corruttivo.

Sono stati, pertanto, censiti:

- eventuali controlli interni previsti;
- atti organizzativi interni che, disciplinando in maniera puntuale il processo, capaci di ridurre gli spazi di discrezionalità nei quali potrebbero annidarsi episodi di corruzione e di cattiva gestione;
- altri regolamenti/procedure, etc. che si è ritenuto potessero presidiare il rischio.

Indicazione delle Misure proposte a presidio del rischio.

Si è trattato di incrociare le misure applicabili generali indicate da PNA e quelle esistenti a presidio del rischio. Per ciascun processo, quindi le "Misure Previste" contemplano sia le Misure del PNA e della Determinazione n. 12/2015 ANAC, dettagliate a seconda delle specifiche necessità dell'organizzazione (efficacia delle misure esistenti) che ulteriori misure non specificate dal PNA e nella Determinazione n. 12/2015 ANAC ma ritenute indispensabili (in esito e nel corso degli approfondimenti avvenuti anche negli anni precedenti con i Dirigenti dei Servizi competenti per materia mutate dall'attività operativa e concreta esplicita e dalle buone pratiche in essere per i fini istituzionali).

Indicazione della Tipologia delle Misure individuate

E' stata inserita:

- a) La Classificazione in termini di misure: Organizzative, Regolamentari e Formative (secondo le indicazioni mutate dal PNA 2019: – 1. Controllo, 2. Trasparenza, 3. Definizione e promozione dell'etica di standard di comportamento, 4. Regolamentazione, 5. Semplificazione, 6. Formazione, 7. Sensibilizzazione e partecipazione, 8 rotazione, 9. Segnalazione e protezione, 10. Disciplina del conflitto d'interesse, 11. regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari";
- b) La Classificazione della Misura in: Generale, Obbligatoria (prevista dal PNA e dalla Determinazione n. 12/2015 ANAC) o Ulteriore (non prevista dal PNA e dalla Determinazione n. 12/2015 ANAC);
- c) La Classificazione della Misura in: Specifica (per un determinato Ufficio) o Trasversale (applicabile a tutti gli Uffici). Le misure trasversali sono qui indicate; le misure specifiche sono indicate per i singoli processi nel registro dei processi.

Indicazione delle modalità di attuazione delle misure

Concerne l'indicazione de:

- a) Le fasi previste per la loro attuazione;
- b) L'esplicitazione dei tempi di realizzazione;
- c) Servizio - Dirigente/Posizione Organizzativa - Responsabile PO - Responsabile del procedimento.

Le priorità di trattamento del rischio

Le decisioni circa la priorità del trattamento si basano essenzialmente sui seguenti fattori:

- livello di rischio: maggiore è il livello, maggiore è la priorità di trattamento;
- obbligatorietà della misura: va data priorità alla misura obbligatoria (generale) rispetto a quella ulteriore
- impatto organizzativo e finanziario connesso all'implementazione della misura.

La priorità di trattamento è definita congiuntamente al Responsabile della prevenzione della corruzione.

Aree di rischio individuate e mappate

Per redigere il testo relativo alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO 2022-2024 nella quale esplicitare le misure preventive del rischio di corruzione ed illegalità è stato utilizzato la metodologia di carattere qualitativo secondo quanto in precedenza illustrato, al fine di effettuare l'individuazione, la mappatura e la valutazione dei rischi.

Misure di prevenzione della corruzione

1. La trasparenza

Ai sensi del d. lgs. n. 33/2013 la trasparenza è da intendersi come "accessibilità totale ai dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche".

In tema di trasparenza occorre evidenziare che è necessario operare un bilanciamento tra il diritto alla riservatezza dei dati personali, inteso come diritto a controllare la circolazione delle informazioni riferite alla propria persona, e quello dei cittadini al libero accesso ai dati ed alle informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni. Pertanto l'attività di pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679, quali quelli di:

- liceità, correttezza e trasparenza;
- minimizzazione dei dati;
- esattezza;
- limitazione della conservazione;
- integrità e riservatezza.

L'Azienda adempie agli obblighi di trasparenza conformandosi alle Linee Guida dell'ANAC, coordinate con le indicazioni del Garante per la Protezione dei dati personali.

Alla trasparenza è dedicato apposito paragrafo, a cui si rimanda.

E' fatto obbligo a tutti i soggetti comunque interessati di osservare gli adempimenti gli adempimenti in tema di trasparenza indicati nello specifico paragrafo.

2. Tracciabilità dei procedimenti

I Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, mediante tutti gli strumenti e le tecnologie a disposizione, sono tenuti ad assicurare la tracciabilità dei procedimenti rimessi alla propria competenza, mediante:

- a) la dematerializzazione dei flussi amministrativi, da tradursi non solo in riduzione del cartaceo, ma anche in razionalizzazione dei flussi informativi e trasparenza dei processi amministrativi, con conseguente individuazione degli ambiti di verifica degli atti amministrativi, al fine di consentire di monitorare lo "stato" di un atto, in modo da poter rispondere alle diverse sollecitazioni dei cittadini, dei fornitori, delle altre Amministrazioni, rilevando, con tempismo, le eventuali criticità che dovessero insorgere e le inefficienze che dovessero palesarsi;
- b) la semplificazione dei flussi documentali;
- c) la standardizzazione di tipologie di provvedimenti, mediante modelli e percorsi fruibili trasversalmente da tutta la struttura;
- d) la trasparenza del procedimento istruttorio di formazione dei provvedimenti amministrativi, in modo che sia anche assicurata la tracciabilità delle varie fasi, ossia che sia possibile rilevare, per ogni singola fase, il concorso e l'apporto degli operatori responsabili, considerato che le deliberazioni e le determinazioni, che sono lo strumento amministrativo ordinario dell'azione dell'Azienda, osservate in prospettiva dinamica di flusso procedurale, presentano elevati gradi di complessità per conseguire il perfezionamento finale e richiedono l'intervento di più soggetti, il presidio delle discipline normative e regolamentari su cui sono incardinate e, per quelle con rilevanza economica, l'uso delle risorse disponibili in bilancio.

La tracciabilità dei procedimenti è, altresì, misura ordinaria per garantire la effettività degli interventi organizzativi previsti dal presente piano della prevenzione della corruzione dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera.

I contenuti relativi alla semplificazione e reingegnerizzazione dei processi, secondo le misure previste dall'Agenda semplificazione e dall'Agenda Digitale, secondo gli obiettivi di digitalizzazione ivi previsti, sono oggetto di trattazione nella sottosezione relativa al valore pubblico del PIAO.

3. Codice di Comportamento

Il Codice Etico e il Codice di Comportamento sono stati approvati con Delibera n. 322 del 20 maggio 2022, pubblicati sul sito e notificati a tutti i dipendenti dell'azienda.

E' fatto obbligo a tutti i dipendenti di rispettare le disposizioni contenute nei suddetti codici.

4. Formazione

L'attività di formazione obbligatoria in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza, programmata dall'ASM, si sviluppa in due ambiti:

- a) uno generale, rivolto a tutti i dipendenti, mirato all'aggiornamento delle competenze e alle tematiche dell'etica, della legalità e della trasparenza;
- b) uno specifico rivolto al RPCT, ai referenti e ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio, mirato a valorizzare le politiche, i programmi e gli strumenti utilizzati per la prevenzione e ad approfondire tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione.

L'attività di formazione è stata assunta all'interno della Pianificazione complessiva dell'attività formativa dell'Azienda.

5. Conflitto di interessi

Un aspetto rilevante in materia di prevenzione della corruzione è rappresentato dal "conflitto di interessi": situazione nella quale la cura dell'interesse pubblico cui è preposto il funzionario potrebbe essere deviata per favorire il soddisfacimento di interessi contrapposti di cui sia titolare il medesimo funzionario direttamente o indirettamente.

L'ampiezza del tema si evince dall'inserimento delle ipotesi di conflitto di interesse in diverse norme che trattano aspetti differenti.

In particolare rileva:

- l'astensione del dipendente in caso di conflitto di interessi (art. 7 del DPR 62/2013 e art. 6-bis della Legge n. 241/1990);
- le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso enti privati in controllo pubblico (d.lgs. 8 aprile 2013, n.39);
- l'adozione dei codici di comportamento (art. 54, comma 2 del D.lgs. n. 165/2001);
- il divieto di pantouflage (art. 53, co. 16 -ter, del d.lgs. 165/2001);
- l'autorizzazione a svolgere incarichi extra istituzionali (art. 53 del d.lgs. 165/2001);
- l'affidamento di incarichi a soggetti esterni in qualità di consulenti (art. 53 del d.lgs. n. 165/2001).

Il PNA 2019 evidenzia che nel D.P.R. n. 62/2013, all'art. 14 rubricato "Contratti ed altri atti negoziali" sono contenute altre due fattispecie rilevanti quali ipotesi di conflitto di interesse:

- l'obbligo di astensione del dipendente nel caso in cui l'amministrazione concluda accordi con imprese con cui il dipendente stesso abbia stipulato contratti a titolo privato (ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell'art. 1342 del codice civile) o ricevuto altre utilità nel biennio precedente;

- l'obbligo di informazione a carico del dipendente nel caso in cui stipuli contratti a titolo privato con persone fisiche o giuridiche private con le quali abbia concluso, nel biennio precedente, contratti di appalto, finanziamento e assicurazione, per conto dell'amministrazione.

Il dipendente è tenuto a comunicare la situazione di conflitto al dirigente/superiore gerarchico per le decisioni di competenza in merito all'astensione.

L'Azienda, nell'intraprendere adeguate iniziative per dare conoscenza al personale dell'obbligo di astensione, ha adottato il modello standard reso disponibile da AGENAS, per l'identificazione da parte del dichiarante delle attività/interessi/relazioni da rendersi oggetto di dichiarazione pubblica. Il modello è stato reso disponibile già dal 2016, dopo aver informato e formato tutto il personale dirigente.

Secondo quanto previsto dalle Linee Guida ANAC, l'Azienda Sanitaria di Matera ha redatto ed approvato un Regolamento Aziendale sulla "Gestione del Conflitto di Interessi", con delibera n° 553 del 13/06/2019, con la definizione di procedure, tempi e modalità per la rilevazione delle situazioni di conflitto di interessi e per la dichiarazione di astensione, adottando specifica modulistica aziendale per le varie casistiche di conflitto.

Riguardo alle ipotesi dei contratti pubblici, l'istituto del conflitto di interessi è stato descritto avendo riguardo alla necessità di assicurare l'indipendenza e la imparzialità nell'intera procedura relativa al contratto pubblico, qualunque sia la modalità di selezione del contraente. La norma

ribadisce inoltre l'obbligo di comunicazione all'amministrazione/stazione appaltante e di astensione per il personale che si trovi in una situazione di conflitto di interessi.

In sede di assunzione del personale o di conferimento di incarichi, l'U.O. Gestione delle Risorse Umane procederà all'acquisizione della dichiarazione sulla base della modulistica in uso e provvederà alla pubblicazione, ove previsto.

E' fatto obbligo a tutti i dipendenti di rispettare le norme e le modalità operative relative alla misura anticorruptiva del conflitto d'interesse.

In sede di audit a ciclo rotatorio delle UU.OO., il RPCT procederà al controllo a campione della verifica delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni anche potenziali di conflitto d'interesse e della relativa pubblicazione delle stesse.

6. Le inconferibilità ed incompatibilità di incarichi

Il tema è disciplinato da svariate disposizioni tra cui di particolare rilievo quelle contenute nel D.lgs. 39/2013, nel D.Lgs. 165/2001 (artt. 35 bis e 53), nel D. Lgs. 502/1992 oltre che da disposizioni di legge o regolamentari su discipline specifiche.

Riguardo al settore sanitario il D. Lgs. 39/2013, di fatto, riconosce un peculiare e speciale statuto in ordine alla disciplina delle inconferibilità e incompatibilità di incarichi; tale principio è, tra l'altro, suffragato dalla giurisprudenza amministrativa (cfr. sentenza del Consiglio di Stato, Sez. III, n. 5583 del 12 novembre 2014; sentenza Tar Lazio, sez. I, n.12288 del 20.11.2020). In proposito, tuttavia, l'ANAC si è pronunciata in svariate occasioni, da ultimo con la Deliberazione 1201 del 2019.

Ad ogni buon conto, la procedura di carattere generale per il conferimento e la conferma degli incarichi e la verifica delle dichiarazioni rese è effettuata in prima istanza dalla Direzione Strategica aziendale, con il supporto dell'U.O. Gestione Risorse Umane e dai Dirigenti per l'area di rispettiva competenza come di seguito indicato:

- preventiva acquisizione della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità da parte del destinatario dell'incarico;
- successiva verifica delle dichiarazioni rese, anche in forma campionaria;
- conferimento dell'incarico in assenza di motivi ostativi certi al conferimento stesso;
- pubblicazione contestuale dell'atto di conferimento dell'incarico, ai sensi dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013, e della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità, ai sensi dell'art. 20, co. 3, del d.lgs. 39/2013.

L'attività di verifica in materia di inconferibilità e incompatibilità è rimessa in seconda istanza al RPCT, ai sensi della Delibera ANAC n. 833/2016.

Nel caso in cui si appalesino situazioni di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi, ove la Direzione Strategica non provveda, il RPCT avvia un procedimento di accertamento e adotta o invita la Direzione Strategica ad adottare gli eventuali provvedimenti conseguenti.

Tutti i Direttori di UU.OO. sono tenuti ad informare la Direzione Strategica e il RPCT delle situazioni di incompatibilità e di inconferibilità di cui siano venuti comunque a conoscenza. In caso di situazione di inconferibilità, la Direzione Strategica provvede all'eventuale rimozione della violazione della norma in capo ai soggetti interessati.

Nel caso in cui la violazione delle norme sulla inconferibilità permanga, il RPCT attiva il procedimento previsto dalla Delibera ANAC 833/2016.

Per quanto attiene le violazioni delle norme in tema di incompatibilità, si attiva la procedura prevista nella stessa Delibera ANAC 833/2016

7. Conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti

Il legislatore, in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi dirigenziali e assimilati ha individuato, anche con specifico riferimento alla Aziende Sanitarie:

- a) delle particolari ipotesi di inconferibilità di incarichi in relazione all'attività svolta dall'interessato in precedenza;
- b) delle situazioni di incompatibilità specifiche per i titolari di incarichi;
- c) delle ipotesi di inconferibilità di incarichi per i soggetti che siano stati destinatari di sentenze di condanna per delitti contro la pubblica amministrazione.

L'obiettivo del complesso intervento normativo è tutto in un'ottica di prevenzione. Infatti, la legge ha valutato ex ante e in via generale che:

- a) lo svolgimento di certe attività/funzioni può agevolare la preconstituzione di situazioni favorevoli per essere successivamente destinatari di determinati incarichi e, quindi, può comportare il rischio di un accordo corruttivo per conseguire il vantaggio in maniera illecita;
- b) il contemporaneo svolgimento di alcune attività, di regola, inquina l'azione imparziale della pubblica amministrazione costituendo un humus favorevole ad illeciti scambi di favori;
- c) in caso di condanna penale, anche se ancora non definitiva, è stabilito di evitare l'affidamento di determinati incarichi che comportano responsabilità con estensione del principio anche per specifiche aree a rischio di corruzione.

Con specifico riferimento alle Aziende Sanitarie, infatti, il decreto 39/2013 regola, tra l'altro, le ipotesi di inconferibilità degli incarichi ivi contemplati riconducibili alle seguenti diverse situazioni:

- a) incarichi a soggetti provenienti da enti di diritto privato regolati o finanziati dalle pubbliche amministrazioni;
- b) incarichi a soggetti che sono stati componenti di organi di indirizzo politico o candidati in competizioni elettorali;
- c) incarichi a soggetti che siano stati destinatari di sentenze di condanna, anche non definitive, per delitti contro la pubblica amministrazione.

In proposito, inoltre, il D. Lgs. 165/2001, in tema di Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici., all'art. 35-bis, estende il principio, recitando testualmente:

“1. Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

(.....)

b) non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;

(.....)”

Ed infine, l'art. 53, 1-bis del medesimo decreto, riguardo l'incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi, stabilisce che *“Non possono essere conferiti incarichi di direzione di strutture deputate alla gestione del personale a soggetti che rivestano o abbiano rivestito negli ultimi due anni cariche in partiti politici o in organizzazioni sindacali o che abbiano avuto negli ultimi due anni rapporti continuativi di collaborazione o di consulenza con le predette organizzazioni”*.

Gli atti ed i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni sono nulli ai sensi dell'art. 17 del D. Lgs. n. 39/2013. A carico dei componenti di organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli sono applicate le specifiche sanzioni previste dall'art. 18 del D. Lgs. n. 39/2013.

La situazione di inconferibilità non può essere sanata. Per il caso in cui le cause di inconferibilità, anche se esistenti ab origine, non fossero note all'amministrazione e si appalesassero nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione della corruzione dell'Amministrazione conferente, laddove ravvisi il permanere della violazione della norma non rimossa tempestivamente dall'Amministrazione, è tenuto ad effettuare la contestazione all'interessato, e a dichiarare previo contraddittorio, la nullità dell'incarico e contestualmente procedere alla eventuale applicazione della sanzione inibitoria nei confronti dell'organo conferente previa verifica dell'elemento psicologico soggettivo.

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera verifica la sussistenza di eventuali condizioni ostative in capo ai dipendenti e/o soggetti cui l'organo di indirizzo politico intende conferire incarico all'atto del conferimento degli incarichi.

Le condizioni ostative sono quelle previste nel D. Lgs. 39/2019, oltre alle ulteriori situazioni di conflitto di interesse o cause impeditive.

L'accertamento avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000: dichiarazione sostitutiva che deve essere pubblicata sul sito dell'Azienda (art. 20 D. Lgs. n. 39/2013).

Se all'esito della verifica risulta la sussistenza di una o più condizioni ostative, l'Azienda si astiene dal conferire l'incarico e provvede a conferire l'incarico nei confronti di altro soggetto, ovvero a segnalare la situazione ostativa all'organo politico che deve conferire l'incarico. In caso di violazione delle previsioni di inconferibilità, secondo l'art. 17 D. Lgs. n. 39/2013, l'incarico è nullo e si applicano le sanzioni di cui all'art. 18 del medesimo decreto.

A tal fine, il Direttore dell'U.O. Gestione Risorse Umane è tenuto ad assicurare che i soggetti interessati rendano la dichiarazione di insussistenza delle cause di inconferibilità all'atto del conferimento dell'incarico. L'U.O., per i nuovi incarichi, provvede, altresì, agli opportuni adempimenti di verifica presso gli enti preposti e alla pubblicazione ai sensi del D. Lgs. 33/2013

8. Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali

Per "incompatibilità" si intende "l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di 15 giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico".

Oltre alle ulteriori situazioni di conflitto di interesse o cause impeditive stabilite da leggi e regolamenti, specifiche situazioni di incompatibilità per le Aziende sanitarie sono previste nel Capi V e VI del D. Lgs. n. 39/2013.

A differenza che nel caso di inconferibilità, la causa di incompatibilità può essere rimossa mediante rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra di loro.

Se si riscontra nel corso del rapporto una situazione di incompatibilità, il Responsabile della prevenzione della corruzione, avutane formale conoscenza, effettua una contestazione all'interessato e la causa deve essere rimossa entro 15 giorni; in caso contrario, la legge prevede la decadenza dall'incarico e la risoluzione del contratto di lavoro autonomo o subordinato (art. 19 D. Lgs. n. 39/2013).

Il controllo deve essere effettuato:

- a) all'atto del conferimento dell'incarico;
- b) annualmente e su richiesta nel corso del rapporto.

Se la situazione di incompatibilità emerge al momento del conferimento dell'incarico, la stessa deve essere rimossa prima del conferimento. Se la situazione di incompatibilità emerge nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione, avutane formale conoscenza, contesta la circostanza all'interessato e vigila affinché siano prese le misure conseguenti.

A tale fine, la Direzione aziendale, con il supporto dell'U.O. Gestione Risorse Umane, è tenuto ad assicurare che i soggetti interessati rendano la dichiarazione di insussistenza delle cause di incompatibilità all'atto del conferimento dell'incarico e nel corso del rapporto (con cadenza annuale).

Le situazioni di incompatibilità (d. lgs. n. 39 del 2013) sono contestate dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione dell'ente che ha conferito l'incarico dirigenziale.

In linea con quanto previsto dall'art. 1, comma 1, e dall'art. 19, comma 2, del d.lgs. n. 39/2013, il collocamento in aspettativa o fuori ruolo del dipendente, ove previsti dalla normativa, consente di superare l'incompatibilità.

In riferimento all'art. 20, comma 2, del d.lgs. n. 39/2013, i soggetti interessati sono tenuti a rendere la dichiarazione sull'insussistenza delle cause di incompatibilità annualmente nel termine stabilito da ciascun ente.

La dichiarazione deve altresì essere resa tempestivamente all'insorgere della causa di incompatibilità, al fine di consentire l'adozione delle conseguenti iniziative da parte dell'Azienda.

La dichiarazione sostitutiva sull'insussistenza di cause di incompatibilità, resa dai soggetti interessati, deve essere pubblicata sul sito istituzionale dell'Azienda (art. 20 D. Lgs. n. 39/2013).

In riferimento agli incarichi dirigenziali, la dichiarazione annuale di incompatibilità è resa, dai dirigenti interessati, di norma, entro il 30 aprile di ogni anno con la trasmissione della dichiarazione sottoscritta alla mail trasparenza@asmbasilicata.it. Per i dirigenti titolari di nuovi incarichi, la U.O.C. Gestione Risorse Umane provvede agli opportuni adempimenti di verifica presso gli Enti preposti.

Se la situazione di incompatibilità si appalesa nel corso del rapporto, ove la Direzione Strategica non provveda, il Responsabile della prevenzione della corruzione effettua la contestazione nei confronti dell'interessato e della Direzione Aziendale e lo stesso deve essere rimosso dall'incarico o assegnato ad altro ufficio.

Tutti i Direttori di UU.OO. sono tenuti ad informare la Direzione Strategica della situazione di cui siano venuti comunque a conoscenza. La Direzione Strategica provvede all'eventuale rimozione dei soggetti interessati, in base alla segnalazione ricevuta o direttamente, laddove si tratti di fatti la cui conoscenza è diffusa o notoria (stampa).

E' fatto obbligo a tutti i titolari di posizione dirigenziale di rispettare i termini e gli adempimenti relativi alla dichiarazione di incompatibilità, secondo la modulistica disponibile sul sito dell'ente.

9. Svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra-istituzionali

Il cumulo in capo ad un medesimo dirigente o funzionario di incarichi conferiti dall'Azienda può comportare il rischio di un'eccessiva concentrazione di potere su un unico centro decisionale.

La concentrazione del potere decisionale aumenta il rischio che l'attività amministrativa possa essere indirizzata verso fini privati o impropri determinati dalla volontà del dirigente stesso.

Inoltre, lo svolgimento di incarichi, soprattutto se extra-istituzionali, da parte del dirigente o del funzionario può realizzare situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa, ponendosi altresì come sintomo dell'evenienza di fatti corruttivi.

In ragione della connessione con il sistema di prevenzione della corruzione della disciplina per lo svolgimento di incarichi e prestazioni non compresi nei doveri d'ufficio da parte dei dipendenti pubblici, la Legge n. 190/2012 è intervenuta a modificare l'art. 53 del D.lgs. n. 165/2001.

Tale fattispecie è particolarmente rilevante, tanto è vero che all'interno del D.lgs. n. 33/2013, l'art. 18 disciplina le modalità di pubblicità degli incarichi autorizzati ai dipendenti dell'amministrazione.

Alle previsioni della legge n. 190/2012 - che sono intervenute a modificare il regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuto nell'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001 - si aggiungono le prescrizioni contenute nella precedente normativa, tra cui, in particolare, la disposizione contenuta nel comma 58 bis dell'art. 1 della L. n. 662/1996, che stabilisce che: "Ferma restando la valutazione in concreto dei singoli casi di conflitto di interesse, le amministrazioni provvedono, con decreto del Ministro competente, di concerto con il Ministro per la Funzione Pubblica, ad indicare le attività che in ragione della interferenza con i compiti istituzionali, sono comunque non consentite ai dipendenti con rapporto di lavoro a tempo parziale con prestazione lavorativa non superiore al 50 per cento di quella a tempo pieno".

In ossequio alle disposizioni contenute nella L. 190/2012, con Delibera del Direttore Generale n. 969 del 30.06.2015 è stato approvato il Regolamento aziendale per la disciplina degli incarichi non compresi nei compiti e doveri di ufficio.

Sarà effettuata, a cura dell'U.O. Gestione e sviluppo delle risorse umane/Ufficio Giuridico, una rilevazione delle richieste più frequenti di incarichi extraistituzionali a seguito della procedura per la presentazione della richiesta e il rilascio dell'autorizzazione la cui istruttoria è orientata anche all'apprezzamento dell'opportunità di crescita professionale, culturale e scientifica nonché di valorizzazione di un'opportunità personale che potrebbe avere ricadute positive sullo svolgimento delle funzioni istituzionali ordinarie da parte del dipendente.

10. Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione.

La L. n. 190/2012 - in materia di formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione - ha ex novo introdotto anche delle misure di prevenzione di carattere soggettivo, con le quali la tutela è anticipata al momento di individuazione degli organi che sono deputati a prendere decisioni e ad esercitare il potere nelle amministrazioni. Tra queste, l'art. 35 bis, inserito nell'ambito del D. Lgs. n. 165/2001, pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione.

Il citato articolo 35-bis stabilisce per coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, il divieto:

- di far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- di essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici o privati;

- di far parte di commissioni di gara per l'affidamento di lavori, servizi e forniture, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari e per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

Ulteriore elemento da tenere in considerazione rispetto all'inconferibilità disciplinata dall'art. 35-bis del D.lgs. n. 165/2001 è la sua durata illimitata, ciò in ragione della loro natura di misure di natura preventiva e della lettura in combinato degli artt. 25, co. 2, Cost. e 2, co. 1, c.p.

Inoltre, il D. Lgs. n. 39/2013 ha previsto un'apposita disciplina riferita alle inconferibilità di incarichi dirigenziali e assimilati (art. 3), riproducendo per la categoria dei dirigenti il disposto dell'art. 35-bis del D.lgs. n. 165/2001.

Gli atti ed i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni sono nulli ai sensi dell'art. 17 del D. Lgs. n. 39/2013. A carico dei componenti di organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli sono applicate le specifiche sanzioni previste dall'art. 18 del medesimo decreto.

Se la situazione di inconferibilità si appalesa nel corso del rapporto, ove la Direzione Strategica non provveda, il Responsabile della prevenzione della corruzione provvede ad effettuare le sollecitazioni del caso, a valle delle quali informa l'OIV e le autorità competenti dell'inerzia dell'Amministrazione.

In proposito, i Direttori delle UU.OO. Provveditorato ed Attività Tecnica (Acquisizione Beni e Servizi dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera) e il Direttore dell'U.O. Gestione Risorse Umane dell'Azienda, in base alla rispettiva competenza, nonché tutti i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche -in presenza di situazioni di specie – sono tenuti ad assicurare la verifica della sussistenza di eventuali precedenti penali, per delitti contro la pubblica amministrazione, a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui si intende conferire incarichi nelle seguenti circostanze:

- a) all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di commissioni di concorso;
- b) all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali riferiti alle arre indicate dall'art. 35 bis del d.lgs. n. 165/2001;
- c) al conferimento degli altri incarichi previsti dall'art. 3 del d.lgs. n. 39/2013;
- d) all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 35 bis del d.lgs. n. 165/2001.

Tutti i Direttori di UU.OO. sono tenuti ad informare la Direzione Strategica della situazione di cui siano venuti comunque a conoscenza. La Direzione Strategica e il RPCT provvede all'eventuale rimozione dei soggetti interessati, in base alla segnalazione ricevuta o direttamente, laddove si tratti di fatti la cui conoscenza è diffusa o notoria (stampa).

L'accertamento sui precedenti penali avviene mediante acquisizione d'ufficio ovvero mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del d.P.R. n. 445/2000 (art. 20 d.lgs. n. 39/2013). Se all'esito della verifica risultano a carico del personale interessato dei precedenti penali per delitti contro la pubblica amministrazione, l'Azienda:

- a) si astiene dal conferire l'incarico o dall'effettuare l'assegnazione,
- b) applica le misure previste dall'art. 3 del d.lgs. n. 39/2013,
- c) provvede a conferire l'incarico o a disporre l'assegnazione nei confronti di altro soggetto.

In caso di violazione delle previsioni di inconferibilità, secondo l'art. 17 del d.lgs. n. 39/2013, l'incarico è nullo.

A tal fine, i Direttori delle UU.OO. Provveditorato ed Attività Tecnica (Acquisizione Beni e Servizi dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera) e il Direttore dell'U.O. Gestione Risorse Umane dell'Azienda, in base alla rispettiva competenza, nonché tutti i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche sono tenuti, in presenza di situazioni di specie:

- a) a effettuare i controlli sui precedenti penali ed a porre in essere le determinazioni conseguenti in caso di esito positivo del controllo;
- b) a proporre al Direttore Generale gli atti necessari per adeguare i propri regolamenti sulla formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di concorso.

In caso di inerzia della Direzione Strategica Aziendale, le situazioni di inconferibilità sono contestate dal Responsabile della prevenzione della corruzione dell'ente che ha conferito l'incarico dirigenziale.

11. Patti di integrità

A norma dell'art. 1, comma 17, della Legge n. 190/2012, le stazioni appaltanti possono predisporre e utilizzare i patti di integrità, da far sottoscrivere agli operatori economici partecipanti alla gara e prevedendo specifiche clausole secondo cui il mancato rispetto del protocollo di legalità o patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto.

I patti di integrità rappresentano un sistema di condizioni la cui accettazione e presupposto necessario e condizionante la partecipazione delle imprese alla specifica gara, finalizzate ad ampliare gli impegni cui si obbliga il concorrente, sia sotto il profilo temporale - nel senso che gli impegni assunti dalle imprese rilevano sin dalla fase precedente alla stipula del contratto di appalto - sia sotto il profilo del contenuto - nel senso che si richiede all'impresa di impegnarsi, non tanto e non solo alla corretta esecuzione del contratto di appalto, ma soprattutto ad un comportamento leale, corretto e trasparente, sottraendosi a qualsiasi tentativo di corruzione o condizionamento dell'aggiudicazione del contratto.

Già dal 2014 (deliberazione n. 439 del 4.04.2014) è in attuazione la misura di cui all'art. 1 c. 17 della L. 190/2012 finalizzata all'utilizzo di Patti di Integrità ed è stato approvato il documento "Tipo" quale "Patto di Integrità" in uso all'ASM di Matera.

E' fatto obbligo alle UU:OO: interessate di rispettare le misure inerenti i patti d'integrità.

12. Whistleblowing

In ossequio a quanto previsto dall'art. 1 Comma 51 della Legge n. 190/2012 che ha inserito l'articolo 54 bis, nell'ambito del d.lgs. 165/2001, rubricato "tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti", nonché in attuazione del PTPC 2014/2016 con Deliberazione n. 438 del 4 Aprile 2014, è stata approvata la procedura in uso presso l'ASM per la segnalazione di presunti illeciti e irregolarità da parte del dipendente (Policy Whistleblowing).

Ogni dipendente, accedendo alla intranet aziendale, trova l'applicativo dedicato "Whistleblowing" cui può accedere mediante il proprio numero di matricola. Cliccando su "questionario di integrità" accede al questionario che è completamente anonimo ed ha anche la funzione di valutare la percezione della corruzione e raccogliere suggerimenti per migliorare l'organizzazione dell'Azienda.

Il questionario viene trasmesso e può essere visionato solo ed esclusivamente dal RPC attraverso una PW Criptata in sua esclusiva disponibilità opportunamente modificata successivamente alla consegna da parte del programmatore del software.

La scelta di limitare al solo RPC la possibilità di visionare le segnalazioni è dovuta alla esclusiva responsabilità in capo al RPC in caso di violazione dell'anonimato del segnalante. Dal 2015 è in disponibilità il software specifico funzionante ed operativo, riservato al personale dipendente.

Il RPCT, oltre a ricevere e prendere in carico le segnalazioni, pone in essere gli atti necessari ad una prima obbligatoria attività di verifica e di analisi delle segnalazioni ricevute.

Resta fermo che non spetta al RPCT svolgere controlli di legittimità o di merito su atti e provvedimenti adottati dall'amministrazione oggetto di segnalazione, né accertare responsabilità individuali [Delibera ANAC 840/2018].

Nel corso del 2022 si procederà ad una verifica dell'applicativo e dell'eventuale implementazione del software reso disponibile dall'ANAC.

13. Rotazione del Personale

Alla luce delle indicazioni contenute nei PNA, con specifico riferimento al settore Sanità, l'ASM ha adottato il Regolamento della rotazione degli incarichi, con Delibera n. 224 del 17 marzo 2021.

Qualora fosse necessario o utile, sono comunque sempre applicabili, da parte dei dirigenti per le singole aree di riferimento, le misure alternative e/o aggiuntive alla rotazione tese a una maggiore e rafforzata trasparenza interna come, ad esempio, la condivisione di più modalità operative che favoriscano una maggiore compartecipazione alle attività delle rispettive strutture (a titolo esemplificativo: affiancamento al funzionario istruttore di uno o più funzionari, in modo che, ferma restando l'unitarietà del procedimento ai fini dell'interlocuzione esterna, più soggetti condividano le valutazioni e le decisioni finali; attuazione da parte del dirigente di una articolazione dei compiti e delle competenze in modo da evitare la concentrazione di più mansioni e più responsabilità in capo ad un unico soggetto - c.d. segregazione delle funzioni -).

La rotazione tuttavia rappresenta anche un criterio organizzativo che può contribuire da un lato alla formazione del personale, accrescendo le conoscenze e la preparazione professionale del lavoratore, elevando il livello di professionalità dello stesso in relazione alle capacità potenziali e future, e dall'altro ad elevare le capacità professionali complessive dell'Amministrazione, senza che ciò determini inefficienze e malfunzionamenti. Con l'attuazione della rotazione, pertanto, si possono determinare effetti positivi sia a favore dell'Amministrazione sia a favore del dipendente al quale si offre l'opportunità di accumulare esperienze in ambiti diversi, perfezionando le proprie capacità e occasioni di progresso nella carriera. Per le considerazioni di cui sopra, la rotazione viene considerata uno strumento ordinario di organizzazione e utilizzo ottimale delle risorse umane.

E' fatto obbligo ai Direttori di Dipartimento e di UU.OO. di rispettare gli adempimenti in ordine alla rotazione del personale, laddove fungibile, dandone comunicazione alla Direzione Aziendale e al RPCT, ai sensi del regolamento citato.

Il RPCT provvederà in sede degli audit a ciclo rotatorio a verificare l'effettiva applicazione della misura.

14. La rotazione "straordinaria"

L'istituto della rotazione "straordinaria", che non si associa in alcun modo alla rotazione "ordinaria", è previsto dall'art. 16, co. 1, lett. I-quater) del d. lgs. n. 165/2001, come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione "del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva".

L'ANAC, con le deliberazioni n. 215/2019 e n. 345/2020, ha provveduto a fornire indicazioni in ordine alle modalità di applicazione dell'istituto.

L'Amministrazione, nel valutare l'applicabilità della rotazione straordinaria deve verificare la sussistenza dei seguenti presupposti:

- reati presupposto per l'applicazione della misura, così come individuati dalla Delibera ANAC 215/2019, ovvero gli articoli 317, 318, 319, 319-bis, 319-ter, 319-quater, 320, 321, 322, 322-bis, 346-bis, 353 e 353-bis del codice penale;
- avvio del "procedimento penale" nei confronti del dipendente, quale momento iniziale la cui conoscenza è necessaria per l'adozione di un provvedimento motivato di eventuale applicazione della misura. In considerazione del momento iniziale, sussiste il dovere in capo ai dipendenti dell'ASM, qualora fossero interessati da procedimenti penali, di segnalare all'amministrazione l'avvio di tali procedimenti, all'esito della formale conoscenza.
- esistenza di una condotta qualificabile come "corruttiva ai sensi dell'art. 16 comma 1 lett. I-quater del D. Lgs. 165/2001.

In presenza degli elementi sopra descritti il Direttore Generale adotta obbligatoriamente un provvedimento motivato ai fini dell'eventuale applicazione della misura, di carattere non sanzionatorio, della rotazione straordinaria.

L'adozione del provvedimento è facoltativa nei casi di procedimenti penali avviati per altri reati contro la P.A. di cui al Capo I del Titolo II del Libro Secondo del C.P. e dei reati rilevanti ai fini delle inconfirabilità.

Resta ferma la necessità, da parte dell'Amministrazione, prima dell'avvio del procedimento di rotazione, dell'acquisizione di sufficienti informazioni atte a valutare l'effettiva gravità del fatto ascritto al dipendente ai fini della tutela dell'immagine di imparzialità dell'Amministrazione.

E' fatto obbligo ai dipendenti di comunicare tempestivamente alla Direzione Generale l'avvio di procedimenti penali a loro carico

15. Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage - revolving doors)

La L. n. 190/2012 ha introdotto un nuovo comma nell'ambito dell'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001 volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro.

Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa artatamente precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro per lui attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto.

La norma prevede quindi una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto per eliminare la "convenienza" di accordi fraudolenti.

La disposizione stabilisce che i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2 del D. Lgs. 165/2001 non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti".

L'ambito della norma è riferito a quei dipendenti che nel corso degli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'amministrazione con riferimento allo svolgimento di attività presso i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi.

I dipendenti interessati sono coloro che per il ruolo e la posizione ricoperti nell'amministrazione hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura (dirigenti, funzionari titolari di funzioni dirigenziali, responsabile del procedimento nel caso previsto dall'art. 36, del d.lgs. n. 50/2016).

I predetti soggetti nel triennio successivo alla cessazione del rapporto con l'amministrazione, qualunque sia la causa di cessazione (e quindi anche in caso di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione), non possono avere alcun rapporto di lavoro autonomo o subordinato con i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi.

La norma prevede delle sanzioni per il caso di violazione del divieto, che consistono in sanzioni sull'atto e sanzioni sui soggetti:

a) sanzioni sull'atto: i contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli;

b) sanzioni sui soggetti: i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con la pubblica amministrazione di provenienza dell'ex dipendente per i successivi tre anni ed hanno l'obbligo di restituire eventuali compensi eventualmente percepiti ed accertati in esecuzione dell'affidamento illegittimo; pertanto, la sanzione opera come requisito soggettivo legale per la partecipazione a procedure di affidamento con la conseguente illegittimità dell'affidamento stesso per il caso di violazione.

Al fine di garantire l'esatto rispetto della delineata normativa:

a) il Direttore dell'U.O. Gestione Risorse Umane dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera è tenuto ad assicurare che nei contratti di assunzione del personale sia inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;

b) i Direttori delle UU.OO. Provveditorato ed Attività Tecnica (Acquisizione Beni e Servizi dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera) sono tenuti ad assicurare che nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, sia inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della Azienda nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto;

c) all'esatto rispetto di tale previsione sono tenuti tutti gli altri Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, in presenza di analoghi procedimenti amministrativi ascritti alla loro responsabilità;

d) è disposta l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente;

e) è fornita tempestiva informativa dei fatti all'Ufficio Legale dell'Azienda, affinché si agisca in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16 ter, D. Lgs. n. 165/2001.

Si prevede che annualmente debbano essere seguite procedure di controllo a campione, a cura delle UU.OO. competenti.

2.3.13 Monitoraggio della sottosezione relativa alla prevenzione della corruzione e trasparenza del piao e verifica dell'efficacia delle misure

A far data dal 2016 è stato sviluppato in house un software per il monitoraggio dell'attuazione delle misure in uso presso l'ASM. Ogni dirigente responsabile ha ricevuto una password per l'accesso e può indicare la percentuale di realizzazione della misura e la motivazione di eventuale scostamento oltre che la possibilità di interloquire con il RPC in ordine all'adeguatezza ed efficacia delle misure adottate o dell'opportunità di modificarle, integrarle o implementarle.

In seguito agli audit intervenuti nel corso del 2021 si è provveduto ad aggiornare il registro dei processi e le connesse misure di prevenzione.

Dal 2020 è stata introdotta l'utilizzazione dello strumento delle audizioni dei referenti e dei loro collaboratori per verificare la gradazione del rischio per singoli processi e per individuare le misure di prevenzione da assegnare per ciascun processo. In occasione degli audit si procede anche ad una valutazione dell'efficacia delle misure e degli eventuali accorgimenti o implementazioni di nuovi modelli per ampliare l'efficacia dei sistemi di prevenzione della corruzione.

Lo strumento delle audizioni sarà utilizzato anche nel 2022 e proseguito, a rotazione per tutte le UU.OO. a rischio corruttivo, per gli anni successivi. Gli audit interesseranno tre UU.OO., scelte tramite sorteggio, ovvero nelle aree in cui si sono verificati episodi riconducibili a fattispecie ed ipotesi di condotte corruttive.

2.3.14 Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera svolge le sue attività nell'osservanza dei principi di centralità della persona, uguaglianza ed imparzialità, continuità, trasparenza, equità, diritto di scelta, efficienza, efficacia e partecipazione, così come puntualizzati nel piano aziendale della trasparenza e dell'integrità, utilizzando come criteri metodologici quelli della correttezza dell'azione amministrativa, della formazione continua, della comunicazione, della applicazione della metodologia continua della qualità, della semplificazione dell'azione amministrativa, della legalità ed integrità, della lealtà e del rispetto della privacy.

Il sistema di garanzie introdotto dal PIAO in merito alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza si fonda sul ruolo attivo del cittadino ed implica un rapporto equo e costante tra Azienda e cittadini.

La partecipazione attiva dei cittadini ed il coinvolgimento dei portatori di interesse sono prioritariamente attuati attraverso una efficace comunicazione, quale strumento mediante il quale il cittadino partecipa alla progettazione ed al controllo della pubblica amministrazione.

L'informazione ai cittadini, il rapporto con chi ne rappresenta gli interessi ed il monitoraggio costante dei fattori di non qualità percepiti dai cittadini attraverso il percorso dei reclami costituisce un'ulteriore azione concretamente messa in campo dall'Azienda, in coerenza con il sistema dei valori di riferimento dell'organizzazione, per garantire anche la effettività delle misure preventive messe in campo per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

Le azioni di cui ai periodi che precedono sono attuate dal Responsabile U.O. URP Ufficio Relazioni con il Pubblico.

A tal proposito, verrà proposta l'implementazione di procedure correttive di carattere organizzativo, sulla base dei reclami e delle segnalazioni trasmesse all'URP.

Si svilupperà, inoltre, un'azione di raccordi con le associazioni di volontariato per l'analisi di proposte migliorative da parte delle stesse.

Il Responsabile dell'U.O. Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'Azienda attua e adegua misure di sensibilizzazione della cittadinanza finalizzate alla promozione della cultura della legalità. In tal senso opera, ad esempio, la scelta della Carta dei Servizi on line, di recente adottata dall'Azienda.

Al fine di migliorare ed implementare la strategia di prevenzione della corruzione, nonché la complessiva efficacia dell'azione aziendale, l'Azienda utilizza canali di ascolto in chiave propositiva da parte dei portatori di interesse e dei rappresentanti delle categorie di utenti e di cittadini rispetto all'azione dell'amministrazione.

2.3.15 Misure ulteriori per la prevenzione della corruzione

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera pone in essere le azioni e introduce ed implementa le misure che si configurano come obbligatorie, in quanto disciplinate direttamente dalla legge, nonché introduce e sviluppa - per le aree di rischio interessate - misure ulteriori, ritenute necessarie e utili per ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, tenuto conto del particolare contesto di riferimento.

L'individuazione e la valutazione delle misure è compiuta di concerto tra il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e i dirigenti per le aree di competenza, nel corso di specifici audit.

La individuazione e la scelta delle misure ulteriori è la risultante di un processo di costante confronto, basato sul coinvolgimento dei titolari del rischio, ossia dei soggetti che hanno la responsabilità e l'autorità per gestire il rischio.

Individuazione delle modalità per operare l'aggiornamento del P.T.P.C.T.

L'aggiornamento annuale della presente sottosezione deve tener conto dei seguenti fattori:

- normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;
- normative sopravvenute che modificano le finalità istituzionali dell'Azienda, mediante - a titolo esemplificativo - la acquisizione di nuove competenze;
- emersione di rischi non considerati in fase di predisposizione del P.T.P.C.T.;
- nuovi indirizzi o direttive contenuti nel P.N.A.

L'aggiornamento segue la stessa procedura seguita per l'adozione del presente P.T.P.C.T.

2.3.16 Attuazione del ptpct nel 2021

Il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2022-2024, con gli allegati, è stato pubblicato sul sito e trasmesso a tutti i dipendenti, attraverso mail aziendale utenti@asmbasilicata.it.

Stato di attuazione delle misure non correlate ad Aree Specifiche

Codice di Comportamento

A seguito di delibera n. 177 del 19 febbraio 2020, con cui l'Anac ha adottato le Linee Guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche, l'Azienda ha intrapreso la revisione del Codice Etico e del Codice di Comportamento, sulla base delle integrazioni suggerite, secondo cui i codici devono necessariamente essere differenziati e adattati all'oggettivo status di Azienda sanitaria. Con Delibera 803 del 21 dicembre 2021 si è proceduto ad approvare la prima stesura dei codici, a cui ha seguito consultazione pubblica per l'eventuale acquisizione di suggerimenti e contestuale trasmissione all'O.I.V., per il prescritto parere obbligatorio. L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) ha suggerito all'Azienda di apportare ai Codici alcune integrazioni, esprimendo al contempo, parere favorevole alla loro adozione definitiva. L'Azienda ha provvedendo all'approvazione delle stesure definitive dei nuovi "Codice Etico" e "Codice di Comportamento" dell'Azienda Sanitaria di Matera, alla luce della Deliberazione ANAC recante "Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche", con Delibera 322 del 20 maggio 2022.

Patti di Integrità per gli Appalti

Con deliberazione n. 439 del 4.04.2014, in attuazione del PTPC 2014/2016 è stata regolarmente attuata la misura di cui all'art. 1 c. 17 della L. 190/2012 finalizzata alla predisposizione ed all'utilizzo di Patti di Integrità, ed è stato approvato il documento "Tipo" quale "Patto di Integrità" in uso all'ASM di Matera.

Conflitto di Interesse

Secondo quanto previsto dalle Linee Guida ANAC, l'Azienda Sanitaria di Matera ha redatto ed approvato un Regolamento Aziendale sulla "Gestione del Conflitto di Interessi", con delibera n° 553 del 13/06/2019, con la definizione di procedure, tempi e modalità per la rilevazione delle situazioni di conflitto di interessi e per la dichiarazione di astensione, adottando specifica modulistica aziendale per le varie casistiche di conflitto. Si dà atto che, nel corso del 2021 sono sopraggiunte alcune segnalazioni esterne all'ASM, relative a ipotizzati conflitti d'interesse per alcuni dirigenti aziendali. Dopo compiuta istruttoria e indagine, da parte delle UU.O.O. interessate e della Direzione Strategica, le segnalazioni non hanno sortito alcun effetto, in quanto ritenute infondate. Di contro, all'Ufficio del RPCT sono giunte due dichiarazioni ex se, da parte due dipendenti, che manifestavano un possibile conflitto d'interessi. I Responsabili delle UU.OO., prendendone atto,

comunicavano, altresì l'esonero dei soggetti interessati ad esplicitare l'attività lavorativa, avocando a sé il potere di vigilanza e controllo, in qualità di sostituti gerarchicamente superiori.

Conferimento di incarichi dirigenziali

In riferimento agli incarichi dirigenziali, si provvede ad inoltrare richiesta annuale di dichiarazione di incompatibilità al personale dirigenziale già titolare di incarico e richiesta delle dichiarazioni di inconfiribilità/incompatibilità ai dirigenti titolari di nuovi incarichi da parte dell'U.O. Gestione Risorse Umane.

Nel 2021 si è provveduto ad una verifica sulle dichiarazioni rese e quindi sulla presenza di eventuali situazioni di incompatibilità/inconfiribilità, attraverso procedure di controllo attivate presso il Casellario Giudiziario del Tribunale.

In particolare, sono stati fatti 14 controlli presso il Casellario Giudiziale del tribunale di Matera.

Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro

E' stato diffuso presso le UU.OO. interessate il modulo di dichiarazione sostitutiva per gli operatori economici contenente la clausola di divieto di cui all'art. 53, comma 16-ter D. Lgs 165/2001. Nel corso del 2021 non sono state segnalate né si sono evidenziate situazioni di conflitto.

Monitoraggio delle misure anticorruptive

Con riferimento al monitoraggio delle misure si fa presente che a far data dal 2016 è stato sviluppato in house un software per il monitoraggio dell'attuazione delle misure. Con detto software ogni dirigente responsabile ha ricevuto una password per l'accesso ed ha potuto indicare la percentuale di realizzazione della misura e la motivazione di eventuale scostamento oltre che la possibilità di interloquire con il RPC in ordine all'adeguatezza ed efficacia delle misure adottate o dell'opportunità di modificarle, integrarle o implementarle. Nel corso nel 2021, a fronte delle reiterate richieste del RPCT, sono state riscontrate difficoltà nel rispetto dei tempi di elaborazione dei dati da parte dei Dirigenti, dovuto ad esigenze legate alla pandemia ed al passaggio di consegne tra diversi direttori. Uno screening sull'efficacia delle misure è stato effettuato, per le aree a rischio, nel corso delle audizioni. E' stato, quindi, richiesto il monitoraggio annuale delle misure. Sono state effettuate, altresì, tre indagini suppletive rispetto all'applicazione delle misure, in Unità operative in cui c'è stato un passaggio di consegne tra Direttori. Dell'attività svolta sono stati redatti verbali, acquisiti e custoditi agli atti dell'Ufficio del RPCT. Per i Dirigenti delle UU.OO. considerate a rischio, al fine di individuare gli indicatori utili ad una valutazione oggettiva dell'attuazione delle misure, è stata avviata una specifica azione di formazione/intervento nel corso del 2021 (formazione/laboratori).

Attività di Formazione

L'attività di formazione relativa all'anno 2021, calendarizzata nei primi mesi del 2022, riguardante corsi di formazione generale per tutti i dipendenti e di formazione specifica diretta ai referenti/dirigenti delle aree a rischio, è stata espletata in ambito di anticorruzione, trasparenza e privacy dalla quasi totalità dei dipendenti.

Whistleblowing

Dal 2015 è in disponibilità il software specifico funzionante ed operativo, riservato al personale dipendente, che rispetta le indicazioni della Delibera ANAC n. 469 del 21 giugno 2021 "Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54 bis del D. Lgs. 165/2001 - whistleblowing-".

Si riscontra che, per l'anno 2021 e per il primo semestre del 2022, non vi sono state segnalazioni attraverso l'applicativo.

Rotazione del Personale

Conformemente ai principi sulla rotazione ordinaria del personale, l'Azienda, con Delibera 224 del 17 marzo 2021, ha disposto l'adozione del regolamento in materia di rotazione del personale aziendale e emanato Atto ricognitivo degli incarichi dirigenziali e piano aziendale attuativo annuale.

Si riscontrano difficoltà operative nell'attuazione della misura, soprattutto nei ruoli tecnici ed amministrativi, in considerazione della scarsità delle risorse umane disponibili, in ragione di un perdurante stato negli anni passati, di limitazioni delle opportunità assunzionali in tali ambiti.

Anche nell'anno 2021, come nei precedenti, sia nelle Aree a rischio corruttivo che nelle altre aree, sono stati attribuiti incarichi in ragione dei vari istituti contrattuali per il completamento

dell'organico necessario ad assicurare l'espletamento delle funzioni delle aree dei vari Dipartimenti, nonché per colmare lacune di figure direttive:

1. Delibera n. 274/2021, conferimento incarico quinquennale di Direttore della struttura complessa di medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro dell'Asm.;
2. Delibera n. 240/2021, conferimento incarico quinquennale di Direttore di distretto di comunità U.O.C. "distretto della salute bradanica - Medio Basento" dell'Asm.;
3. Delibera n. 223/2021, conferimento incarico temporaneo di sostituzione del direttore della U.O.C. di "igiene degli alimenti e della nutrizione" dell'Asm, ai sensi dell'art.22, comma 4, ccnl dirigenza area sanità 2016/2018. ;
4. Delibera n. 371/2021, preso d'atto della delibera dell'Azienda Ospedaliera Regionale "S. Carlo"- Potenza relativa al conferimento d'incarico di Direttore della S.I.C. di medicina legale;
5. Delibera n. 492/2021 di delega temporanea al Direttore Amministrativo, della struttura complessa Gestione Strutture Private Accreditate e Convenzionate, con riguardo alle attività di gestione ordinaria dei contratti in essere con le strutture private accreditate, temporaneamente e nelle more della riorganizzazione aziendale, nonché l'esecuzione delle predette delibere regionali;
6. Delibera n. 563/2021, di affidamento in via transitoria della responsabilità della UOSD Gestione Affari Generali e Legali, al Direttore Amministrativo
L'Azienda ha, altresì, avviato dei procedimenti di selezione finalizzati a rispondere ad esigenze normative ed operative:
 1. Delibera 29/2021 avviso pubblico di selezione, per titoli e colloquio, per l'attribuzione di incarico quinquennale di direttore della struttura complessa igiene degli alimenti e della nutrizione dell'ASM, ex artt. 15 e 15-ter del d.lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni.;
 2. Delibera 35/2021 avviso pubblico di selezione, per titoli e colloquio, per l'attribuzione di incarico quinquennale di direttore della struttura complessa di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche – (area c) dell'ASM, ex artt. 15 e 15-ter del d.lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni.;
 3. Delibera 36/2021 avviso pubblico di selezione, per titoli e colloquio, per l'attribuzione di incarico quinquennale di direttore della struttura complessa igiene, epidemiologia e sanità pubblica dell'ASM, ex artt. 15 e 15-ter del d.lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni.;
 4. Delibera 385/2021 avviso pubblico di selezione, per titoli e colloquio, per l'attribuzione di incarico quinquennale di direttore della struttura complessa di otorinolaringoiatria dell'ASM, ex artt. 15 e 15-ter del d.lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni.

Con Deliberazione del 2020 furono affidati IDF e, successivamente con Deliberazione 641 del 13 ottobre 2021 (*incarichi di funzioni organizzative 2020/2023. dimissioni e sostituzione incarichi di funzioni organizzative (idf 2020/2023) p3, p4,p5 e incarichi di funzione di coordinamento p1 e p2. presa d'atto dimissioni e conferimento incarichi idf vacanti*) è stato preso atto delle dimissioni e vacanza e si sono predisposti i nuovi conferimenti di incarichi di funzione amministrativa.

Rotazione straordinaria

Nel 2021, in adesione alle previsioni contenute nella deliberazione dell'ANAC 215/2019, conformandosi alla normativa che attribuisce alla rotazione straordinaria una valenza anticorruptiva preventiva e non sanzionatoria conseguente a specifiche tipologie di reato, l'Azienda ha avviato un procedimento di rotazione straordinaria, la cui istruttoria è confluita nella Delibera 690/2021, di emanazione del provvedimento motivato, richiesto dalla norma.

All'inizio del 2022, a seguito di sentenza penale di condanna in primo grado, intervenuta sul finire del 2021, nei confronti di un Dirigente dell'Azienda, in applicazione delle norme previste in materia, sono state adottate le Delibere inerenti la revoca degli incarichi conferiti al suddetto dirigente a seguito dell'applicazione dell'art. 3 d.lgs. 8 aprile 2013 n. 39.

Stato di Attuazione Misure specifiche per le singole Aree a Rischio

Durante l'anno 2021 è stata svolta un'azione di sensibilizzazione, sollecitazione e supporto finalizzata a favorire l'attuazione delle misure previste nel PTPC 2021-2023 nel rispetto delle tempistiche stabilite.

Nell'allegata appendice viene riportato il reporting di monitoraggio di attuazione delle misure del Piano per l'annualità 2021 relative alle singole Aree a Rischio.

2.3.17 Programmazione dell'attuazione della trasparenza

PREMESSA

Accanto alla progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio corruttivo, il RPCT disciplina e programma anche la trasparenza, che costituisce il livello essenziale delle prestazioni erogate dalle Amministrazioni Pubbliche ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione e che trova piena completezza e compiutezza nel d.lgs. n. 33/2013.

Quest'ultimo rafforza il principio della trasparenza dell'azione amministrativa intesa quale accessibilità totale da parte di utenti e stakeholder alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni pubbliche, allo scopo di favorire il perseguimento degli obiettivi derivanti dal proprio mandato istituzionale.

La pubblicazione on line dei dati e delle informazioni, da un lato consente a tutti i cittadini un'effettiva conoscenza dell'azione delle Pubbliche Amministrazioni con il fine di sollecitare e agevolare modalità di partecipazione e coinvolgimento della collettività, dall'altro evidenzia l'andamento della performance e il raggiungimento degli obiettivi espressi nel più generale ciclo di gestione della stessa.

Il PTTI prima, e l'attuale sezione del Piao adesso, mirano a focalizzare i rischi che potrebbero impedire il raggiungimento degli obiettivi di trasparenza individuati, soprattutto in termini di valore pubblico, e le misure necessarie al contenimento dei rischi stessi o alla promozione della trasparenza.

Nell'ottica della protezione del valore pubblico (per la cui definizione completa si rimanda alla sezione dedicata del Piao), è evidente che questo sarà tanto più alto quanto più sarà attuata la normativa sulla trasparenza. Di contro, fattori negativi di contesto interno ed esterno, "disvalori pubblici", genereranno bassi volumi di valore pubblico.

PROGRAMMAZIONE

La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un'area strategica dell'ASM, che deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi ed individuali. I seguenti obiettivi strategici specifici in materia di trasparenza sono individuati dagli organi di vertice e recepiti in una logica di integrazione con tutti gli obiettivi strategici del PIAO.

Si elencano di seguito gli obiettivi strategici in materia di trasparenza:

NUMERO	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2022	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
1	Customer Satisfaction	Produzione indagine sulla soddisfazione degli utenti (customer satisfaction)	Percentuale di risposte al questionario sull' Indagine soddisfazione degli utenti	1 a ciclo rotatorio su Unità Operative	Pubblicazione su sito aziendale	URP Aziendale UU.OO Aziendali

2	Miglioramento performance aziendale	Analisi dei reclami, avvio istruttoria per ricerca soluzioni per il cittadino	Numero reclami presi in carico /Numero reclami ricevuti Numero reclami presi in carico/numero risposte al cittadino	100% presa in carico 95% di riscontri ai cittadini	Publicazione su sito aziendale	URP Aziendale UU.OO Aziendali
3	Rispettare la tempistica di pubblicazione dei dati ex Decreto 33/2013	Publicazione del 100% dei dati indicati nella normativa entro i termini indicati	Dati pubblicati entro il termine normativo/ totale dati pubblicati	100% Verifica positiva da parte dell'OIV su rispondenza obblighi di trasparenza	Sito aziendale Responsabile Trasparenza ASM Documento di attestazione trasparenza OIV	Dirigenti delle UU.OO
4	Rafforzamento della circolarità delle comunicazioni con i cittadini	Sondare l'interesse dei cittadini per la sezione trasparenza del sito aziendale	Organizzazione della giornata/settimana della trasparenza *	Organizzazione della giornata/ settimana della trasparenza e accesso al blog	Sito aziendale Responsabile Trasparenza ASM	Dirigenti delle UU.OO
5	Formazione dei dipendenti sulla trasparenza	Attività di formazione per la trasparenza di carattere generale e di carattere specifico	Confluenza delle attività di formazione in tema di trasparenza nella sezione del Piao dedicata alla formazione	Si	Relazione Responsabile Prevenzione Corruzione	Responsabile Prevenzione Corruzione Responsabile U.O. Formazione
6	Formazione ai dipendenti sulla trasparenza	Attuazione e attività di formazione per la trasparenza	Numero corsi - laboratori realizzati numero totale corsi-laboratori programmati		Relazione Responsabile Prevenzione Corruzione	Responsabile Prevenzione Corruzione Responsabile U.O. Formazione

SELEZIONE DEI DATI DA PUBBLICARE

La normativa vigente, che declina il concetto di trasparenza come accessibilità totale, indica un macro-obiettivo finalizzato a garantire il controllo sociale nel rispetto dei principi di imparzialità e di buon andamento che va oltre le specifiche prescrizioni di trasparenza poste dalla legge. Resta fermo che, nel caso di informazioni che contengono anche dati personali, devono essere rispettati i principi e le linee guida in materia di tutela della riservatezza, secondo quanto indicato dal Garante per la protezione dei dati personali "Linee guida in materia di trattamento di dati personali contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato da soggetti pubblici per finalità di pubblicazione e diffusione sul web".

STRUTTURE COINVOLTE

II RPCT

In materia di trasparenza, al RPCT sono affidati i seguenti compiti:

- attività di coordinamento e controllo sull'adempimento da parte dell'Amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla vigente normativa, con particolare riferimento alla continuità, completezza, chiarezza ed aggiornamento delle informazioni (a tal riguardo sono programmate verifiche a campione sull'attuazione degli obblighi) ;
- predisposizione ed aggiornamento della Sezione "Rischi corruttivi e trasparenza";
- controllo sulla regolare attuazione dell'istituto dell'accesso civico e dell'accesso generalizzato "FOIA" (la sezione è consultabile al link: urly.it/3n1j7);
- segnalazione all'Organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione della performance (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) e, nei casi più gravi,

all'ufficio procedimenti disciplinari, dei casi rilevati di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione.

I DIRIGENTI

Al Dirigente responsabile della struttura aziendale interessata spetta anche la piena ed esclusiva responsabilità della trasmissione e pubblicazione dei dati, attraverso i propri referenti della trasparenza "Editor". Tutti i documenti saranno trasmessi in formato di tipo aperto secondo la normativa vigente e i Responsabili dei vari settori organizzativi vigileranno sulla regolare produzione e trasmissione e pubblicazione dei dati. Al Responsabile della Trasparenza compete una funzione di controllo (a tal riguardo sono programmate verifiche a campione sull'attuazione degli obblighi). I dirigenti/referenti operano in un'ottica di collaborazione con il RPCT.

GLI EDITOR

Il sistema organizzativo per assicurare la trasparenza si fonda sulla responsabilizzazione di ogni singolo ufficio e dei relativi dirigenti cui compete, con il supporto della figura di Editor, l'elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati e delle informazioni.

La figura dell'Editor, istituita già dal 2015, è individuata dal responsabile di Unità Operativa, referente del RPCT, ed è incaricata, sotto il controllo di questi, della pubblicazione ed aggiornamento diretto dei dati nelle specifiche sezioni di "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale ASM, secondo la normativa vigente. Con la delibera n. 194 del 3.3.2021 si è proceduto ad aggiornare l'elenco degli Editor, elaborando uno schema di tabella riepilogativa ed analitica allegata al presente Piano (tabella obblighi di pubblicazione) che indica:

- la struttura interessata, il responsabile della trasmissione dei dati, e ove presente l'Editor;
- i tempi di attuazione.

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

L'O.I.V. ha il compito di verificare e controllare il livello di trasparenza raggiunto dall'amministrazione.

E' responsabile della corretta applicazione delle linee guida dell'ANAC, monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità, dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso, promuove ed attesta l'assolvimento degli obblighi di trasparenza. Gli esiti delle verifiche vengono trasmessi anche agli organi di vertice dell'Amministrazione al fine di un eventuale aggiornamento degli obiettivi strategici in materia di trasparenza per l'elaborazione dei contenuti del programma triennale.

La trasmissione, pubblicazione ed aggiornamento dei dati sul Portale WEB aziendale, avviene grazie all'interazione tra le diverse strutture aziendali e i rispettivi Dirigenti responsabili (coordinati e supervisionati dal responsabile della Trasparenza).

E' fatto obbligo a tutte le strutture interessate di rispettare gli adempimenti e i tempi come indicati dalla tabella che si allega al presente PIAO.

FLUSSI INFORMATIVI

La delibera succitata ha anche stabilito la modalità con la quale va tradotto il processo di elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati. Nello specifico, l'adempimento si esplica attraverso la trasmissione di dati e informazioni all'indirizzo mail sito@asmbasilicata.it e, per conoscenza, all'indirizzo trasparenza@asmbasilicata.it, nel rispetto della normativa di riferimento (nello specifico l'allegato n. 1 "Elenco degli obblighi di pubblicazione" della Delibera Anac n. 1310/2016), nonché dello scadenziario relativo a ciascun dato richiesto (invio tempestivo, trimestrale, semestrale, annuale).

MONITORAGGIO MISURE ORGANIZZATIVE

Il RPCT ha un ruolo di coordinamento e di monitoraggio, ma non sostituisce i referenti e gli editor dei singoli uffici, pertanto l'adempimento degli obblighi di pubblicazione, secondo le modalità sopra descritte, resta in capo ai singoli Direttori/dirigenti proponenti l'atto e depositari/titolari della formazione e/o detenzione dei dati e delle informazioni soggette all'obbligo.

Il Responsabile della Trasparenza/Anticorruzione espleta le proprie funzioni di coordinamento, e conseguente monitoraggio delle attività dei Referenti per la trasparenza attraverso le seguenti modalità:

- comunicazioni, informazioni e disposizioni operative, emanate prioritariamente attraverso modalità semplificate (posta elettronica, ecc.);

- messa a disposizione di corsi di formazione e di materiale e documentazione di specifico interesse sulla rete informatica aziendale;
- audit programmati con singole Unità Operative;
- bilanciamento principi di trasparenza e disciplina sulla tutela dei dati personali (con il supporto del RPD);
- attuazione disciplina sugli accessi, civico semplice e generalizzato (con il supporto del RPD);
- qualsiasi altra modalità ritenuta adeguata ai fini dell'esercizio delle proprie prerogative di coordinamento.

La ritardata o mancata pubblicazione di un dato soggetto ad obbligo sarà segnalato al Responsabile di Unità Operativa che a sua volta provvederà a sollecitare il soggetto incaricato alla produzione dell'atto, il quale dovrà provvedere tempestivamente e comunque nel termine massimo di giorni quindici (15). Termine a seguito del quale il Responsabile di UU.OO., con il supporto dell'Editor, procederà alla pubblicazione.

Un ulteriore livello di monitoraggio sul livello di trasparenza raggiunto dall'amministrazione è esercitato dall'O.I.V., responsabile della corretta applicazione delle linee guida dell'ANAC, che monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso. L'organismo promuove ed attesta, inoltre, l'assolvimento degli obblighi di trasparenza. Gli esiti delle verifiche vengono trasmessi anche agli organi di vertice dell'Amministrazione al fine di un eventuale aggiornamento degli obiettivi strategici in materia di trasparenza.

Non si ravvisa, allo stato, l'opportunità di prevedere obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti dagli obblighi di legge.

STATO DI ATTUAZIONE ANNO 2021

Nel corso del 2021 si è provveduto a garantire la corretta esecuzione degli obblighi di trasparenza e un sistema di controllo e vigilanza, in termini di accessibilità totale a dati e informazioni.

Nel dettaglio:

- sono state trasmesse ai responsabili delle UU.OO. interessate comunicazioni relative alla verifica e all'aggiornamento di sezioni specifiche di "Amministrazione Trasparente";
- sono state trasmesse ai responsabili delle UU.OO. interessate note di richiesta di revisione dei contenuti delle pagine attinenti l'articolazione delle UU.OO. aziendali;
- con delibera n.194 del 3.3.2021 l'Azienda Sanitaria di Matera ha approvato la tabella esplicativa dell'elenco degli obblighi di pubblicazione predisposta sulla base della citata delibera Anac n. 1310/2016 ed ha nominato gli operatori incaricati, con funzioni di Editor, così come indicati dai responsabili di ciascuna UU.OO., referenti del RPCT. Inoltre, al fine di chiarire l'esatta modalità di adempimento all'obbligo di pubblicazione, ad ottobre 2021, sono stati organizzati incontri formativi in materia di trasparenza con i singoli Editor individuati;
- è stato predisposto e pubblicato nella sezione "Altri contenuti/Accesso civico" l'elenco delle istanze di accesso civico/generalizzato per l'anno 2021;
- sul sito aziendale è stata pubblicata la "Dichiarazione di Accessibilità", effettuata utilizzando una valutazione conforme alle prescrizioni della direttiva (UE) 2016/2102, mediante autovalutazione eseguita direttamente dal soggetto erogatore. La dichiarazione è stata aggiornata a seguito di una revisione del sito web che risulta parzialmente conforme ai requisiti previsti dall'allegato A alla norma UNI EN 301549:2018 (WCAG 2.1). Ciò in ragione di un "onere sproporzionato" relativo alla Sezione Documenti non web;
- si è provveduto ad implementare la sezione "Primo piano" nella home page del sito istituzionale, dedicata al Covid -19 (prenotazione tamponi e vaccinazione covid-19, informazioni generali, notizie utili), aggiornandola alla luce dei provvedimenti di volta in volta approvati;

L'UOSD "U.R.P. – Comunicazione – Ufficio Stampa – Privacy" – Prevenzione della Corruzione e Trasparenza dell'Azienda Sanitaria di Matera ha promosso dal 14 al 21 dicembre 2021

“La Settimana della Trasparenza”, un’iniziativa messa in campo per rafforzare la circolarità della comunicazione con il cittadino/utente e consentire ai portatori di interessi esterni, oltre che agli stessi dipendenti aziendali, e agli utenti di poter partecipare al processo di costruzione di un più articolato sistema di trasparenza.

In data 31.05.2021, l’OIV dell’Azienda Sanitaria Locale di Matera ha effettuato, ai sensi dell’art. 14, co.4, lett. G), del d.lgs. n. 150/2009 e delle delibere Anac n.1310/2016 e n. 294/2021, la verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull’aggiornamento e sull’apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione, al 31.5.2021, elencati nell’Allegato 2.1 A – Griglia di rilevazione della delibera n. 294/2021, attestando che l’ASM “ha individuato misure organizzative che assicurano il regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati nella sezione “Amministrazione trasparente”, che l’ASM “ha individuato nella sezione Trasparenza del

PTPCT i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi dell’art. 10 del d.lgs. 33/2013”, che l’ASM “non ha disposto filtri e/o altre soluzioni tecniche atte ad impedire ai motori di ricerca web di indicizzare ed effettuare ricerche all’interno della sezione AT, salvo le ipotesi consentite dalla normativa vigente”, ed ha attestato la veridicità e l’attendibilità di quanto riportato nell’allegato suddetto rispetto a quanto pubblicato sul sito dell’ASM.

L’attestazione rilasciata è stata pubblicata nella sezione “Controlli e rilievi sull’amministrazione/Attestazioni OIV su verifica obblighi di pubblicazione” consultabile al seguente link urly.it/3b3ms.

E’ stata, inoltre, avviata la consueta “Customer satisfaction” sui servizi erogati, sospesa nel 2020 a causa di una evidente difficoltà a somministrare i questionari in reparti e ambulatori per via delle restrizioni dovute alla pandemia da Covid-19.

La valutazione della qualità dei servizi espressa dal cittadino è lo strumento attraverso il quale l’Azienda Sanitaria di Matera si impegna a perseguire l’obiettivo della qualità totale per far coincidere i servizi offerti con le richieste dei cittadini, ottimizzando le risorse disponibili e intervenendo con azioni mirate e progetti specifici. Un’analisi della valutazione della qualità dei servizi serve ad ascoltare e comprendere fino in fondo i bisogni del cittadino, ponendo attenzione al suo giudizio, sviluppando e migliorando la capacità di dialogo e costruendo un modello di relazione basato sulla fiducia e sul confronto. Nelle organizzazioni sanitarie attivare la partecipazione dei cittadini alla progettazione e valutazione delle prestazioni erogate significa avviare in primo luogo un cambiamento nella cultura organizzativa, ovvero un passaggio a una cultura di rete e di miglioramento dei servizi che valorizzi sia le potenzialità interne, in termini di condivisione da parte degli operatori degli obiettivi aziendali e di definizione/monitoraggio dei livelli qualitativi dei servizi erogati, sia la disponibilità a condividere tali potenzialità con attori esterni attraverso una efficace comunicazione.

Nello specifico, in riferimento all’assistenza ospedaliera, è stata individuata la UOC di Ortopedia e Traumatologia del Presidio Ospedaliero “Madonna delle Grazie” di Matera e la stessa UOC del Presidio Ospedaliero “Giovanni Paolo II” di Policoro. Per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali, i questionari sono stati somministrati ad utenti del Poliambulatorio di Matera e dell’ambulatorio di Medicina dello Sport di Policoro.

In sintesi, nonostante il campione relativamente rappresentativo sotto il profilo della numerosità dei questionari compilati, il giudizio e la valutazione sui vari item analizzati è risultato mediamente adeguato/molto adeguato. L’accessibilità alla struttura, la valutazione del comfort degli ambienti, il personale medico e infermieristico, come pure la refertazione, sono stati aspetti corrispondenti a percentuali alte e medio alte. Minore soddisfazione è stata espressa relativamente ai tempi di attesa per una prenotazione (55% oltre i due mesi).

Per il report integrale sull’indagine si rimanda a questo link: urly.it/3n1hf.

3. SEZIONE III. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Struttura organizzativa

La struttura organizzativa aziendale è stata definita nell'ambito dell'Atto Aziendale, approvato con deliberazione aziendale n. 773/2015 e definitivamente approvato con Delibera di Giunta Regionale di Basilicata n. 1077 del 10/08/2015.

Successivamente, a seguito della approvazione della L.R. n. 2/2017 di riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale della Basilicata e della D.G.R. n. 604 del 21/06/2017, recante l'aggiornamento degli "standard delle strutture complesse, semplici, incarichi di coordinamento e posizioni organizzative delle Aziende Sanitarie della Regione Basilicata", si è reso necessario procedere ad un ulteriore aggiornamento, prevedendo una nuova articolazione nel numero di strutture complesse e semplici, sia in fase transitoria che a regime, coerentemente con linee definite dall'Accordo Programmatico Interaziendale per la redazione dell'Atto Aziendale, formalizzato con D.G.R. n. 779 del 26/07/2017.

L'aggiornamento dell'Atto aziendale, approvato con deliberazione aziendale n. 1099 del 21/11/2017 e con DGR 132/2018 dalla regione, e prevede la seguente articolazione delle unità operative:

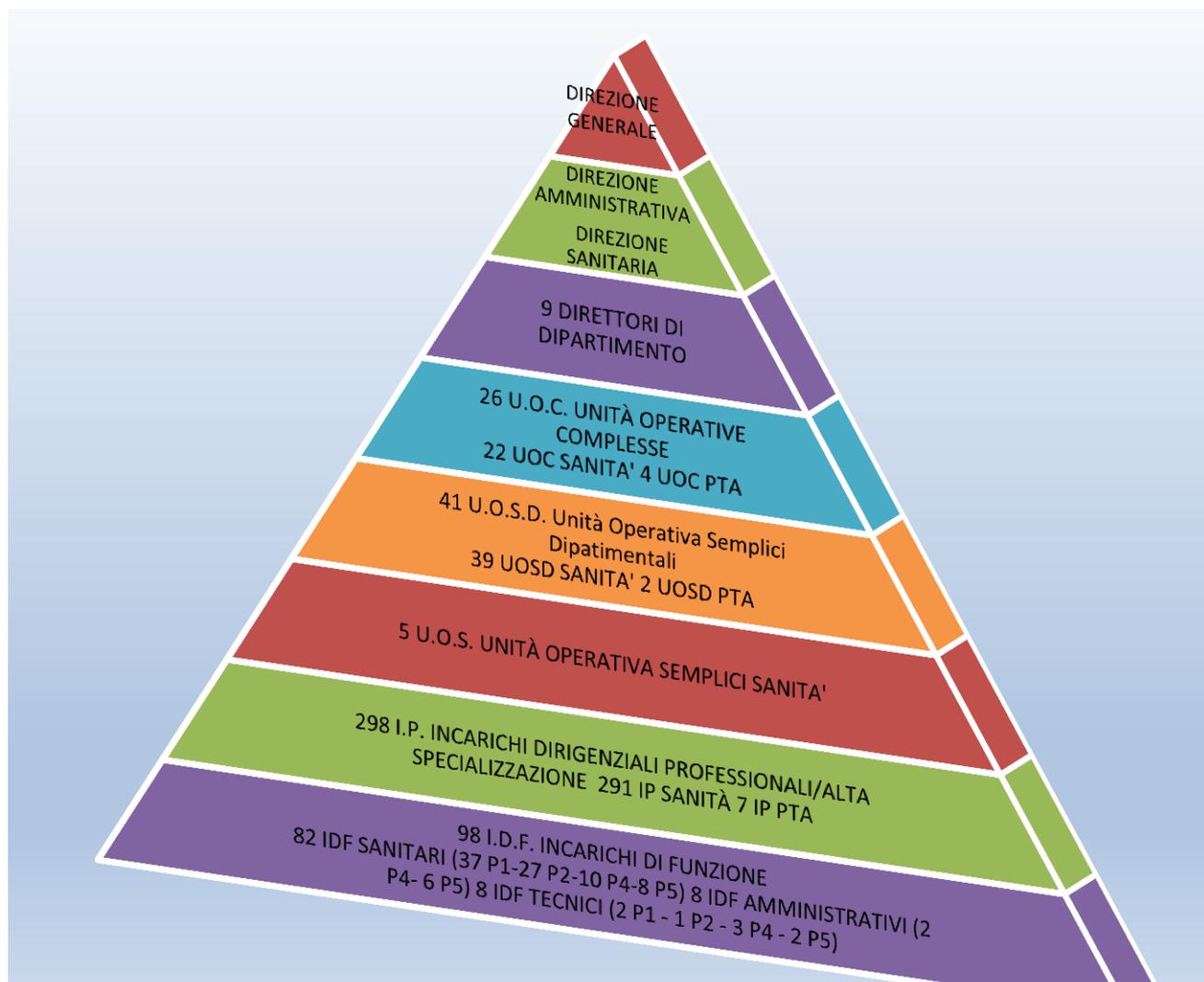
- n. 57 strutture complesse in fase transitoria, a fronte di un tetto massimo di 63 previsto dalla D.G.R. n. 604/2017;
- n. 53 strutture complesse a regime, in perfetta aderenza al tetto massimo di 53 previsto dalla D.G.R. n. 604/2017;
- n. 60 strutture semplici dipartimentali in fase transitoria, a fronte di un tetto massimo di strutture semplici pari a 80 previsto dalla D.G.R. n. 604/2017;
- n. 62 strutture semplici dipartimentali a regime, a fronte di un tetto massimo di strutture semplici pari a 71 previsto dalla D.G.R. n. 604/2017;

Infine, con deliberazione n. 1186 del 24/12/2020 l'ASM ha preso atto della DGR n. 895/2020 con cui è stata approvata la modifica dell'Atto Aziendale contenente la rifunzionalizzazione della UOC Medicina Generale di Policoro.

Nelle pagine seguenti sono riportati i macromodelli organizzativi, nella duplice versione di "Organigramma ASM – FASE TRANSITORIA" e di "Organigramma ASM – A REGIME"

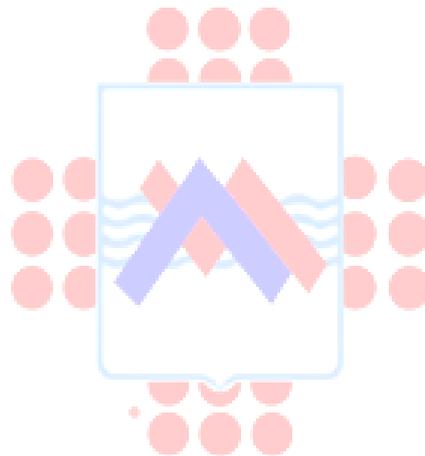
La struttura delle diverse *line* di responsabilità, aggiornate alla data di redazione del PIAO, è riportata nella figura successiva che evidenzia, per livello gerarchico e per ruoli (sanitario, professionale tecnico e amministrativo), i differenti livelli di responsabilità organizzativa associate alle singole unità operative (Dipartimenti, Unità operative Complesse UOC, Unità operative semplici Dipartimentali UOSD, Unità Operative Semplici uos, Incarichi Professionali IP), per la dirigenza, e degli incarichi di funzione IDF, conferiti al personale del comparto dei differenti ruoli.

Livelli di responsabilità organizzativa ASM di Matera



GRADUAZIONE DIRIGENZA	Area Sanità	PTA
Direttori di Dipartimento	8	1
Unità Operativa Complessa UOC	22	4
Unità Operativa Semplice Dipartimentale UOSD	39	2
Unità Operativa Semplice UOS	5	
Incarichi professionali/alta specializz.	291	7
Dirigenti	52	3
TOTALI	417	17

INCARICHI FUNZIONE TECNICO AMMINISTRATIVO	P1	P2	P3	P4	P5
Incarichi di funzione organizzativo gestionale (ruolo tecn-amm)				9	10
INCARICHI FUNZIONE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI (RUOLO SANIT)	P1	P2	P3	P4	P5
Incarichi di funzione p4-p5				10	10
Incarichi di funzione p1-p2	41	21			
Incarichi di funzione professionale	2	8			
	43	29	0	19	20



3.2 Organizzazione del lavoro agile

3.2.1 Introduzione

Con la deliberazione n. 75 del 29/01/2021 l'Azienda ha approvato le "Linee di Indirizzo per l'adozione del Piano Organizzativo Lavoro Agile" – POLA".

Nelle more della regolamentazione del Lavoro Agile da parte dei CC.CC.NN.LL. relativi al triennio 2019-2021 che disciplineranno a regime l'istituto per gli aspetti non riservati alla fonte unilaterale, in data 8/02/2022, l'Azienda ha emanato la **Circolare sul Lavoro Agile** redatta conformemente alle *Linee Guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche*, adottate dal Dipartimento della Funzione Pubblica il 16/12/2021, che regola l'applicazione del lavoro agile all'interno dell'ASM, nel rispetto di quanto previsto dalle vigenti disposizioni in materia.

3.2.2 Il lavoro agile

In virtù di quanto disposto dall'art. 18 della Legge del 22 maggio 2017 n. 81, il Lavoro Agile va inteso quale "modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato, stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa. La prestazione lavorativa è eseguita in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva."

Lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile non costituisce una variazione della stessa, non modifica in alcun modo il rapporto di lavoro quanto ad inquadramento, profilo e mansioni, non modifica la sede di lavoro di assegnazione, così come non incide sull'orario di lavoro contrattualmente previsto, nè modifica il potere direttivo e disciplinare del datore di lavoro e non discrimina ai fini del riconoscimento di professionalità e delle progressioni di carriera professionalmente previste (orizzontali e verticali).

Nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile il comportamento del/della dipendente dovrà essere sempre improntato a principi di correttezza e buona fede e la prestazione dovrà essere svolta sulla base di quanto previsto dai CCNL vigenti e di quanto indicato nel Codice di comportamento dell'Azienda Sanitaria di Matera.

3.2.3 Articolazione della prestazione lavorativa in modalità agile - diritto alla disconnessione

La prestazione lavorativa in modalità agile è svolta senza un vincolo di orario nell'ambito delle ore massime di lavoro giornaliere e settimanali stabilite dal CCNL.

L'Accordo Individuale deve individuare il periodo temporale nel corso del quale il lavoratore non può erogare nessuna prestazione lavorativa (disconnessione). Tale periodo, in ogni caso, non può essere inferiore a 11 ore di riposo consecutivo.

Il lavoratore può richiedere, ove ne ricorrano i relativi presupposti, la fruizione dei permessi previsti dai contratti collettivi o dalle norme di legge quali, a titolo esemplificativo, i permessi per particolari motivi personali o familiari, i permessi sindacali di cui al CCNQ 4 dicembre 2017 e s.m.i., i permessi di cui all'art. 33 della L. 104/1992.

Nelle giornate in cui la prestazione lavorativa viene svolta in modalità agile non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, lavoro disagiato, lavoro svolto in condizioni di rischio, è altresì esclusa l'attribuzione del buono pasto.

Per sopravvenute esigenze di servizio, il dipendente in lavoro agile può essere richiamato in sede, con comunicazione che deve pervenire almeno il giorno prima della ripresa del servizio. Il rientro in servizio non comporta il diritto al recupero delle giornate di lavoro agile non fruito.

3.2.4 Accesso al lavoro agile - priorità

L'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria, è consentita a tutti i lavoratori ASM, a tempo indeterminato o determinato, full time o part time, la cui attività possa essere effettuata fuori dalla sede aziendale.

Il dipendente interessato è tenuto a presentare istanza al Responsabile della struttura aziendale di appartenenza, utilizzando il modello allegato (Allegato A) contenuto nell'Appendice 2 del presente Piano.

Sono comunque esclusi dal lavoro agile i LAVORI IN TURNO e quelli che richiedono l'utilizzo costante di strumentazioni non remotizzabili.

È riconosciuta priorità, secondo la gradualità sottoindicata, alle richieste di esecuzione del rapporto di lavoro in modalità agile formulate:

4. Dalle lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di maternità previsto dall'art. 16 del D.Lgs. 151/2001, ovvero dai lavoratori con figli in condizione di disabilità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. 104/1992;

5. Dal dipendente in particolari condizioni di salute documentate da certificazione medica proveniente da una struttura pubblica;

6. Dal dipendente con figli minori di anni 14, in alternanza con l'altro genitore, nei casi di sospensione dell'attività didattica in presenza;

7. Dal dipendente necessitato ad assistere il figlio minorenni nel caso di quarantena obbligatoria predisposta dalla ASL a seguito di malattia da COVID o di contatto con soggetto infetto.

3.2.5 Condizionalità

Il Responsabile della struttura aziendale di appartenenza potrà autorizzare l'accesso al lavoro agile esclusivamente nel rispetto delle seguenti condizionalità:

a) lo svolgimento della prestazione in modalità agile non deve in alcun modo pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi a favore dell'utenza;

b) deve essere garantita un'adeguata rotazione del personale da collocare in modalità agile, dovendo essere prevalente, per ciascun lavoratore, l'esecuzione della prestazione in presenza;

c) deve essere sottoscritto l'Accordo Individuale per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile, secondo lo schema allegato (Allegato B), contenuto nell'Appendice 2 del presente Piano..

L'Accordo Individuale, una volta sottoscritto, dovrà essere trasmesso all'U.O.C. Gestione Risorse Umane per gli adempimenti di competenza.

3.2.6 Fattori abilitanti – dotazione tecnologica

L'Azienda deve, di norma, fornire il lavoratore di idonea dotazione tecnologica.

Per le attività da remoto devono essere utilizzate le postazioni di lavoro fornite dall'Azienda, in grado di garantire la protezione delle risorse aziendali a cui il lavoratore deve accedere. L'amministrazione deve assicurare il costante aggiornamento dei meccanismi di sicurezza, nonché il monitoraggio del rispetto dei livelli minimi di sicurezza.

In alternativa, possono essere utilizzate anche dotazioni tecnologiche del lavoratore che rispettino i requisiti di sicurezza di cui al periodo precedente. In questo caso le procedure aziendali abilitate /abilitabili sono tutte quelle che presentano un'interfaccia di comunicazione WEB, fruibile tramite browser, al fine di garantire la sicurezza informatica di server della LAN Aziendale.

Non può essere utilizzata una utenza personale o domestica del dipendente per le ordinarie attività di servizio, salvo i casi preventivamente verificati e autorizzati dai competenti uffici aziendali, che forniranno puntuali prescrizioni per garantire la sicurezza informatica. Il dipendente è tenuto ad utilizzare la dotazione fornita dall'Azienda esclusivamente per motivi inerenti all'attività d'ufficio, a rispettare le norme di sicurezza, a non manomettere in alcun modo la strumentazione medesima.

Le spese connesse, riguardanti i consumi elettrici e di connessione, o le eventuali spese per il mantenimento in efficienza dell'ambiente di lavoro agile sono, in ogni ipotesi, a carico del dipendente.

In caso di problematiche di natura tecnica e/o informatica, e comunque in ogni caso di cattivo funzionamento dei sistemi informatici, qualora lo svolgimento dell'attività lavorativa a distanza sia impedito o sensibilmente rallentato, il dipendente è tenuto a darne tempestiva informazione al

proprio dirigente. Questi, qualora le suddette problematiche dovessero rendere temporaneamente impossibile o non sicura la prestazione lavorativa, può richiamare il dipendente a lavorare in presenza. In caso di ripresa del lavoro in presenza, il lavoratore è tenuto a completare la propria prestazione lavorativa fino al termine del proprio orario ordinario di lavoro.

3.2.7 Obiettivi - contributi al miglioramento delle performance, in termini di efficienza e di efficacia

Attraverso l'istituto del lavoro agile, l'Azienda intende favorire l'orientamento ai risultati e la produttività, conciliare le esigenze delle lavoratrici e dei lavoratori con le esigenze organizzative dell'Azienda consentendo il miglioramento dei servizi resi ai cittadini, la continuità dell'azione amministrativa e la celere conclusione dei procedimenti, da un lato, e l'equilibrio fra vita professionale e vita privata, dall'altro.

L'Azienda persegue, inoltre, le seguenti finalità:

- a) promuovere l'utilizzo di strumenti digitali di comunicazione;
- b) promuovere modalità innovative e flessibili di lavoro tali da salvaguardare il sistema delle relazioni personali e collettive proprie del suo contesto lavorativo;
- c) sperimentare forme nuove di impiego del personale che favoriscano lo sviluppo di una cultura gestionale orientata al lavoro per progetti e obiettivi ed ispirata ad un'organizzazione in cui sia il raggiungimento dei risultati a guidare le scelte organizzative;
- d) facilitare l'integrazione lavorativa dei soggetti a cui, per cause dovute a condizioni di disabilità o ad altri impedimenti di natura oggettiva, personale o familiare, anche temporanea, il tragitto casa-lavoro e viceversa risulti particolarmente gravoso, con l'obiettivo di assicurare il raggiungimento di pari opportunità lavorative anche per le categorie fragili;
- e) offrire un contributo alla riduzione del traffico legato al pendolarismo lavorativo e quindi anche delle fonti di inquinamento dell'ambiente nell'ottica di una politica ambientale sensibile alla diminuzione del traffico urbano in termini di volumi e percorrenza;
- f) ottenere una riduzione dell'assenteismo e un aumento della soddisfazione dei dipendenti;
- g) promuovere una modalità che consenta all'Azienda una possibile razionalizzazione degli spazi fisici in un'ottica di riduzione dei costi.

3.3 Piano triennale dei fabbisogni

3.3.1 Rappresentazione della consistenza del personale al 31.12.2021

In sede di redazione del Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale (PTFP), il dato di partenza assunto per la elaborazione dei fabbisogni è costituito dalla determinazione della consistenza delle risorse umane in servizio al 31 dicembre di ogni anno.

Trattandosi di un dato “stimato”, poiché elaborato non alla chiusura dell’esercizio ma al momento della elaborazione del documento programmatico (settembre dell’anno in corso), esso costituisce una previsione di consistenza finale, atteso che a quella data non tutte le assunzioni/cessazioni a qualsiasi titolo sono tutte intervenute.

Il dato è riportato nell’Allegato 1 al PTFP 2022-2024, accluso nell’Appendice 3 del presente Piano, e contiene sia la consistenza delle risorse umane al 31 dicembre di ogni anno, sia la previsione delle cessazioni programmate che delle assunzioni previste.

L’allegato è articolato per profili, per inquadramento (dirigenza/comparto), per categorie di appartenenza, distinto per ognuna delle aree contrattuali, per ruolo di appartenenza.

3.3.2 Programmazione strategica delle risorse umane: PTFP 2022-2024.

Il D.Lgs n. 165/2001 stabilisce che tutte le determinazioni relative all’avvio delle procedure per il reclutamento sono adottate sulla base della programmazione triennale del fabbisogno del personale, specificando che tale documento risulta propedeutico alle procedure per l’assunzione di personale nella P.A., indipendentemente dalla modalità di acquisizione.

Gli articoli 6 e 6 bis del d.lgs. n. 165/2001, come modificati dal d.lgs. n. 75 del 25 maggio 2017, nonché l’articolo 6 ter (introdotto dal predetto decreto n. 75/2017) stabiliscono le modalità di definizione dei fabbisogni di personale nell’ambito delle pubbliche amministrazioni.

La Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica, con il D.M. 8 maggio 2018 ha definito le linee guida per la predisposizione dei fabbisogni di personale e la metodologia operativa a cui le pubbliche amministrazioni devono uniformarsi nella predisposizione degli strumenti di programmazione delle assunzioni di personale, sia con riferimento alle modalità di redazione del documento e sia nel rispetto dei vincoli imposti dalla normativa vigente, in coerenza con l’attività di programmazione complessiva a partire dalle previsioni programmatiche inserite nell’atto aziendale ed alla programmazione sanitaria legata alla realizzazione degli Obiettivi di salute assegnati alla Direzione strategica dell’azienda.

Il piano triennale del fabbisogno si sviluppa in prospettiva triennale, viene adottato annualmente con la conseguenza che di anno in anno può essere modificato in risposta alle mutate esigenze di contesto normativo, organizzativo o funzionale, secondo un approccio cosiddetto “a scorrimento” tra le diverse annualità oggetto di programmazione.

La programmazione dei fabbisogni si sviluppa, inoltre, nel rispetto dei vincoli finanziari regionali e degli equilibri di finanza pubblica in materia di spesa del personale, in armonia con gli obiettivi definiti nel ciclo della performance, con i principi generali di legalità, trasparenza e con la disciplina in materia di anticorruzione.

L’eventuale modifica in corso di anno è consentita solo a fronte di situazioni nuove e non prevedibili e deve essere in ogni caso adeguatamente motivata. Esso, quindi, deve considerarsi uno strumento programmatico modulabile e flessibile per le esigenze di reclutamento e di gestione delle risorse umane necessarie all’organizzazione.

Il lavoro per la definizione dei fabbisogni di personale è stato fortemente condizionato dalla pandemia di Covid-19, che per la sua intensità e durata ha fortemente condizionato l’attività operativa e assistenziale dei mesi scorsi, costringendo a rivisitare modelli e assetti organizzativi e a implementare nuove attività e nuove funzioni sia sul livello assistenziale ospedaliero che in termini offerta di servizi assistenziali territoriali.

L'azienda in questa prospettiva nuova è chiamata a ripensare, anche in una visione prospettica, le proprie strategie, adeguando la risposta sanitaria alla nuova domanda di salute, che è destinata a modificarsi in maniera strutturale anche per i prossimi anni, con evidenti ricadute anche sulla definizione dei fabbisogni assunzionali e sulle nuove priorità.

Metodologia di lavoro

La definizione del fabbisogno di risorse umane per le diverse strutture è scaturita da una analisi della attuale allocazione delle risorse presenti all'interno dei Dipartimenti, valutando le opportunità di una loro più efficiente distribuzione, anche alla luce del costante depauperamento di unità cessate e non sostituite e dei fabbisogni emergenti a seguito della gestione della pandemia, fornendo alla direzione strategica indicazioni utili circa gli effettivi fabbisogni e le priorità assunzionali correlate agli obiettivi assegnati e alle risorse disponibili.

L'elaborazione del Programma Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) è stato implementato coerentemente alle informazioni fornite, e viene sviluppato secondo una previsione di reclutamento pluriennale da realizzarsi nel triennio 2022/2024, in continuità con le assunzioni programmate e non realizzate nel corso del 2021, che sono contenute nelle unità previste per le annualità considerate.

Il PTFP 2022-2024 è stato approvato in via provvisoria con Deliberazione aziendale n. 864 del 31/12/2021 e trasmesso alla Regione ed è stato riformulato sulla base delle indicazioni e degli aggiornamenti richiesti dalla Regione Basilicata.

Il ritardo accumulato è da ricondurre alla necessità di consentire alla Direzione Strategica (dopo una fase di gestione commissariale iniziata a fine marzo 2021 e durata fino alla nomina del Direttore Generale, intervenuta a fine novembre, e alla nomina dei Direttori Sanitari e Amministrativo completata a dicembre 2021) di definire una proposta di fabbisogni assunzionali nel pieno della ondata pandemica e delle necessità emergenziali legate al completamento delle attività vaccinali.

Previsioni che potrebbero necessitare di ulteriori rivisitazioni in relazione al nuovo Atto Aziendale in corso di definizione, e ai nuovi assetti di assistenza sanitaria territoriale e di prossimità che si vanno definendo in ambito regionale e rispetto alle Missioni 6 del PNRR (case di comunità, ospedali di comunità, infermieri di comunità, ecc.), che inevitabilmente avranno un impatto significativo per l'intero triennio 2022-2024.

Si ritiene, infatti, che a valle del percorso per l'approvazione del nuovo Atto Aziendale, potrebbe rendersi necessario apportare ulteriori modifiche e integrazioni per renderlo il PTFP 2022-2024 aderente al nuovo assetto organizzativo e ai nuovi modelli di erogazione delle prestazioni assistenziali e territoriali.

Si evidenzia, altresì, che le previsioni assunzionali potrebbero essere suscettibili di ulteriori variazioni sia in ragione di nuove assunzioni derivanti da stabilizzazioni ex art. 1, c. 268, L. 30 dicembre 2021 n. 234, e sia in funzione della rideterminazione del limite di spesa da parte della Regione Basilicata.

Il presente documento programmatico è stato redatto in attuazione delle Linee Guida approvate con Decreto Ministeriale 8 maggio 2018 della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica, dalle linee di indirizzo regionale in materia di PTFP definite con D.G.R. n. 799 del 6/11/2019

Il piano triennale dei fabbisogni di personale per il triennio 2022-2024 è stato predisposto nel rispetto dei limiti di spesa indicati dall'art. 11, comma 1, del D.L. Legge 30 aprile 2019 n. 35, e del tetto di spesa regionale così come definito dalla DGR n. 798 del 6.11.2019 e, da ultimo, con la DGR n. 456 dell'11 giugno 2021, che ha fissato in € 98.499.716,00 il limite per il 2020.

In assenza di nuove determinazioni il limite per il 2020 è stato assunto quale tetto di spesa anche per il 2022.

Contesto di riferimento e articolazione organizzativa

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera è stata istituita con L.R. n. 12 del 01/07/2008 e nasce dalla fusione delle due preesistenti Aziende Unità Sanitarie Locali della Provincia di Matera (ASL n. 4 di Matera e ASL n. 5 di Montalbano Jonico), a decorrere dal 01/01/2009.

L'Azienda si caratterizza per la sua natura pubblica, in funzione delle risposte di salute espresse e nel rispetto delle aspettative e delle preferenze delle persone che ne richiedono i servizi. È parte integrante del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale, ed è orientata a soddisfare i bisogni di salute della propria popolazione di riferimento e dell'insieme dei cittadini presenti nel territorio di competenza, mediante la erogazione coordinata di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali.

Quale ente strumentale della Regione Basilicata, assume come obiettivi l'assicurazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e di altri obiettivi di salute ed economico-finanziari così come definiti dalla programmazione nazionale e regionale.

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

Le risorse umane

Le risorse umane dell'ASM, che assieme a quelle finanziarie, sono fondamentali per il compimento della *mission* aziendale, negli ultimi anni hanno subito una significativa contrazione per effetto del blocco del turn over operato in attuazione delle politiche di riduzione della spesa pubblica e dei conseguenti vincoli finanziari stabiliti a livello nazionale e recepiti dalla normativa regionale.

La progressiva riduzione di personale ha determinato crescenti difficoltà, con specifico riferimento a quelle aree e a quei settori in cui si sono registrate maggiori uscite di risorse umane, mettendo a repentaglio, in alcuni casi, la garanzia all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Tale situazione rende improcrastinabile l'acquisizione di nuove unità di personale, in sostituzione di quelle a vario titolo cessate o in via di cessazione, anche in considerazione dell'attuazione delle recenti riforme avviate in tema di previdenza, con l'introduzione della cosiddetta "quota 100", che hanno incrementato notevolmente il numero di pensionamenti, aggravando ulteriormente le carenze di organico.

La tabella seguenti riposta in maniera efficace il trend decrescente del numero di personale dipendente, che in un decennio ha evidenziato una contrazione netta di oltre 500 unità, sia nell'area della dirigenza che, in maggior misura, nell'area del comparto.

Personale presente al 31/12/19	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
AREA DIRIGENZA	557	523	515	520	516	488	475	443
AREA COMPARTO	1.905	1.791	1.760	1.651	1.649	1.546	1.503	1.497
Totale complessivo	2.462	2.314	2.275	2.171	2.165	2.034	1.978	1.940

L'assetto organizzativo

L'assetto organizzativo dell'ASM di Matera è strutturato per garantire prioritariamente le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza definiti dal Piano

Sanitario Nazionale e da quello Regionale nel rispetto dei principi di efficacia, qualità, equità, appropriatezza ed economicità dell'intera attività aziendale.

L'Azienda aderisce al modello organizzativo integrato definito nell'Accordo Programmatico Interaziendale, condiviso tra i Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale della Basilicata, formalizzato con D.G.R. n. 624 del 14/05/2015 così come integrata da successiva D.G.R. n. 1259 del 24/11/2017, finalizzato alla riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità del Sistema Salute regionale, basato sui bisogni dei cittadini e nel rispetto di quattro principi fondamentali, quali la sicurezza, la qualità delle cure, l'efficienza e la sostenibilità del sistema. In conformità agli indirizzi ed alle indicazioni contenute nel suddetto Accordo Programmatico Interaziendale, gli obiettivi di salute vanno perseguiti attraverso:

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

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

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

- separazione della funzione di committenza dalla funzione di produzione delle prestazioni;
- adozione dell'organizzazione dipartimentale quale modello ordinario per la gestione operativa di tutte le attività aziendali;
- assunzione del modello di rete integrata di persone, strutture, servizi, tecnologie e processi, finalizzata al soddisfacimento di tutte le parti interessate al più alto livello possibile, compatibilmente con la complessità e la sostenibilità del sistema stesso;
- adesione al modello organizzativo integrato definito nel suddetto Accordo Programmatico Interaziendale, i cui strumenti sono rappresentati da:
 - o Dipartimenti Assistenziali Interaziendali;
 - o Reti Integrate Interaziendali;
 - o Strutture Complesse Interaziendali;
 - o Coordinamenti o Programmi Interaziendali.

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

- assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, attraverso le strutture organizzative in cui si articolano i Dipartimenti di Prevenzione;
- assistenza distrettuale, attraverso le strutture organizzative in cui si articolano

i tre distretti aziendali;

- assistenza ospedaliera, attraverso le strutture organizzative in cui si articola il Presidio Ospedaliero per Acuti dell'ASM (P.O. Matera e P.O. Policoro) ed i tre Presidi Territoriali.

L'organizzazione aziendale si articola in quattro macro-livelli:

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

- la tecnostruttura a cui spetta garantire le funzioni di supporto al processo decisionale ed al processo produttivo;

- il management con il compito di fungere da collegamento tra direzione generale e nucleo operativo, coincidente con le macro-articolazioni territoriali ed organizzative dell'Azienda previste dalla L.R. 39/2001 e s.m.i., ossia con i Direttori di Presidio, di Distretto e di Dipartimento;

- il nucleo operativo per la produzione ed erogazione di servizi e prestazioni assistenziali. L'organizzazione dell'Azienda è articolata nelle seguenti tipologie di Strutture Organizzative:

- Dipartimenti;

- Strutture Complesse (Unità Operative Complesse – U.O.C.);

- Strutture Semplici a valenza dipartimentale (Unità Operative Dipartimentali – U.O.S.D.);

- Strutture Semplici (Unità Operative Semplici sub articolazioni di strutture complesse – U.O.S.); Per struttura organizzativa si intende ogni articolazione interna dell'Azienda caratterizzata da:

- autonomia definita nell'ambito delle competenze stabilite dalla programmazione aziendale;

- responsabilità funzionale e/o gestionale;

- attribuzione di risorse (umane, tecniche o finanziarie) dedicate ed amministrate in spazi fisici definiti ed omogenei.

Al loro interno, le strutture organizzative sono ulteriormente graduabili per livelli di complessità corrispondenti agli incarichi dirigenziali di tipo professionale.

Tale graduazione degli incarichi dirigenziali è definita con appositi e separati atti. A tal riguardo, con deliberazione n. 1063 del 06/12/2019, l'Azienda ha provveduto a formalizzare la ricognizione, la sistematizzazione e l'integrazione degli incarichi professionali, demandando all'UOC Gestione e sviluppo risorse umane gli adempimenti per il conferimento degli stessi e la sottoscrizione dei contratti, ove ancora mancanti, previa conclusione delle valutazioni da parte dei Collegi Tecnici ove ancora occorrente.

Inoltre, in ottemperanza a quanto previsto dai CC.CC.NN.LL., sono attribuiti al personale appartenente alle categorie del ruolo del Comparto alcuni incarichi professionali individuati con delibera n. 777 del 31/8/2020 e s.m.i. per l'esercizio di funzioni professionali caratterizzate da un elevato grado di esperienza ed autonomia gestionale ed organizzativa o lo svolgimento di attività con contenuti di alta professionalità e specializzazione.

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

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

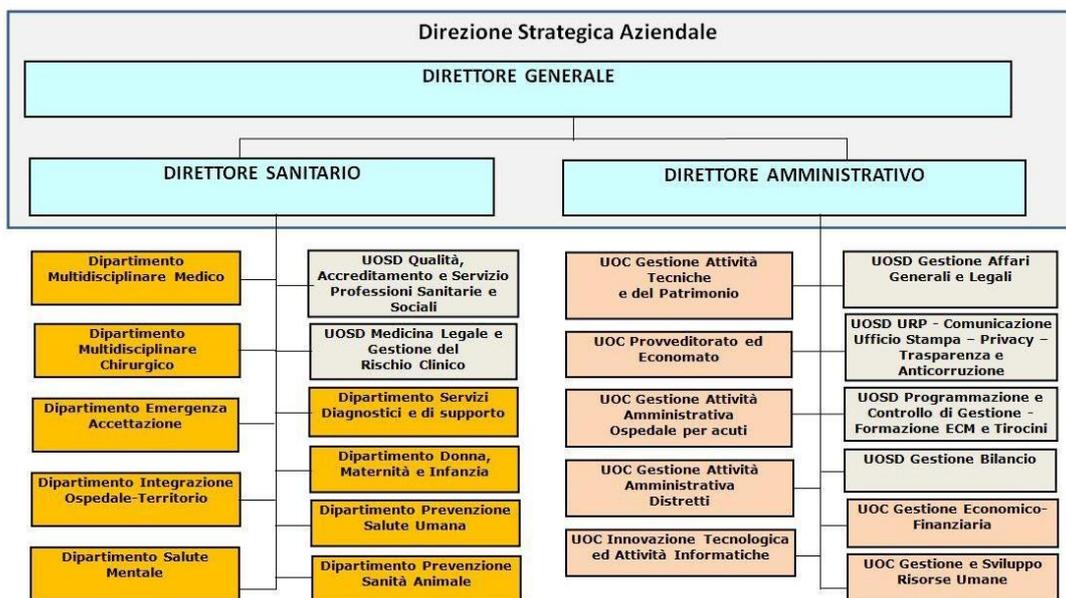
In conformità alle indicazioni programmatiche regionali, l'Atto Aziendale dell'ASM, adottato con delibera n. 1099/2017 e approvato, nella sua versione aggiornata, con Deliberazione n. 169 del 20/02/2018, ha ridisegnato l'articolazione organizzativa aziendale,

prevedendo accanto alla fase a regime, una fase transitoria, che ha come scadenza il 31/12/2020, necessaria a consentire il graduale passaggio al nuovo modello organizzativo, evitando ripercussioni negative sull'operatività e funzionalità dei servizi, con particolare riferimento a quelli assistenziali.

Si riporta di seguito l'articolazione organizzativa (ORGANIGRAMMA) dell'ASM prevista dall'Atto Aziendale così come risulta allo stato dell'arte, con l'indicazione, successivamente, dei Dipartimenti, delle Strutture Complesse (U.O.C.), delle Strutture Semplici Dipartimentali (U.O.S.D.) e delle Strutture Semplici (U.O.S.) incardinate presso le Strutture Complesse.

Come già richiamato in precedenza, la nuova Direzione Strategica sta lavorando alla predisposizione del nuovo Atto Aziendale, in linea con i nuovi indirizzi di politica sanitaria nazionale e regionale e delle nuove direttrici indicate dal PNRR.

Organigramma aziendale attuale vigente fino a nuovo Atto Aziendale



Dipartimento Multidisciplinare Medico

- U.O.C. Medicina Generale Matera
- U.O.C. Medicina Generale Policoro
- U.O.C. Nefrologia - dialisi e Centro Regionale Trapianti d'Organo
- U.O.C. Neurologia
- U.O.C. Pneumologia
- U.O.C. Geriatria
- U.O.C. Endocrinologia
- U.O.S.D. Reumatologia
- U.O.S.D. Dialisi e Ambulatorio Nefrologia clinica Matera
- U.O.S.D. Dialisi Tinchì
- U.O.S.D. UTIIR
- U.O.S.D. Oncologia Medica
- U.O.S.D. Diabetologia Territoriale
- U.O.S.D. Stroke Unit

- U.O.S.D. Epatologia
- U.O.S.D. Coordinamento Regionale Trapianti
- U.O.S.D. Chemioterapia ed Ematologia
- U.O.S. Elettroencefalografia – Matera, incardinata presso l'U.O.C. Neurologia

Dipartimento Multidisciplinare Chirurgico

- U.O.C. Chirurgia Generale Matera
- U.O.C. Chirurgia Generale Policoro
- U.O.C. Ortopedia Matera
- U.O.C. Ortopedia Policoro
- U.O.C. Otorinolaringoiatria
- U.O.C. Oculistica
- U.O.C. Urologia
- U.O.C. Chirurgia Plastica
- U.O.C. Chirurgia Vascolare
- U.O.S.D. Gestione Integrata Patologie Oftalmiche
- U.O.S.D. Vestibologia e Gestione Integrata Attività di Otorinolaringoiatria
- U.O.S.D. Gastroenterologia Interventistica
- U.O.S.D. Day Surgery Ortopedia
- U.O.S.D. Chirurgia Senologica
- U.O.S.D. Traumatologia e Patologia della Colonna Vertebrale
- U.O.S.D. Endoscopia Digestiva
- U.O.S.D. Attività Chirurgiche Laparoscopiche Matera
- U.O.S. Chirurgia dell'Orecchio, incardinata presso l'U.O.C. di Otorinolaringoiatria

Dipartimento Emergenza Accettazione

- U.O.C. Anestesia e rianimazione Matera
- U.O.C. Area Critica Intensiva Policoro
- U.O.C. Cardiologia e UTIC
- U.O.C. Pronto Soccorso Matera
- U.O.S.D. Coordinamento Attività Anestesiologiche Matera
- U.O.S.D. Terapia Intensiva Generale Matera
- U.O.S.D. Coordinamento Attività Anestesiologiche Policoro U.O.S.D. Terapia Intensiva Generale Policoro
- U.O.S.D. Gestione Emergenza Accettazione
- U.O.S.D. Degenza Cardiologia
- U.O.S.D. UTIC Matera
- U.O.S.D. UTIC Policoro
- U.O.S.D. Scompensazione Cardiaca e Cardiologia Riabilitativa
- U.O.S. Coordinamento Aziendale Trapianti d'Organo e Tessuti – Matera, incardinata presso l'U.O.C. Anestesia e Rianimazione
- U.O.S. Subintensiva Generale – Matera, incardinata presso l'U.O.C. Pronto Soccorso

Dipartimento Integrazione Ospedale - Territorio

- U.O.C. Direzione Sanitaria Ospedali per Acuti
- U.O.C. Direzione Distretto Matera
- U.O.C. Direzione Distretto Bradanica - Medio Basento
- U.O.C. Direzione Distretto Collina Materana – Metapontina
- U.O.C. Medicina Fisica e Riabilitazione
- U.O.C. Lungodegenza Medica ASM
- U.O.C. Organizzazione Servizi Sanitari di Base
- U.O.C. Prevenzione e Trattamento Malattie dell'Apparato Respiratorio
- U.O.S.D. Gestione rapporti MMG/PLS
- U.O.S.D. Coordinamento attività Domiciliari e Palliative e Ricoveri
- U.O.S.D. Cure Palliative - Hospice
- U.O.S.D. Coordinamento Attività di Gestione Appropriata Percorsi Riabilitativi
- U.O.S.D. Lungodegenza Tricarico
- U.O.S.D. Direzione Sanitaria Policoro
- U.O.S.D. Nutrizione Clinica e Dietologia
- U.O.S.D. Servizio Farmaceutico territoriale
- U.O.S.D. Area Cronicità: Integrazione Ospedale – Territorio
- U.O.S.D. Pneumologia Territoriale
- U.O.S.D. Assistenza Integrativa
- U.O.S. Coordinamento attività distrettuali – Città di Matera e ambito medio Bradano – Basento, incardinata presso l'U.O.C. Direzione Distretto Matera
- U.O.S. Coordinamento attività distrettuali – ambito collina materana e area jonica, incardinata presso l'U.O.C. Direzione Distretto Collina Materana – Metapontina

Dipartimento Servizi Diagnostici e di Supporto

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

Dipartimento Materno Infantile

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

- U.O.S. Gravidanza a Rischio ed Emergenza Ostetrica Matera, incardinata presso l'U.O.C. Ostetricia e Ginecologia

Dipartimento Salute Mentale

- U.O.C. Spazio Psichiatrico Diagnosi e Cura
- U.O.C. Centro Salute Mentale
- U.O.C. Neuropsichiatria Infantile
- U.O.C. Ser.D. - Servizio Dipendenze Patologiche
- U.O.C. Psicologia Clinica
- U.O.S.D. Spazio Psichiatrico di Diagnosi e Cura Matera e Centri Diurni
- U.O.S.D. Centro Salute Mentale Matera
- U.O.S.D. Disturbi della Condotta Alimentare
- U.O.S.D. Neuropsichiatria Infantile Territoriale
- U.O.S. Gestione Strutture Residenziali Psichiatriche Città di Matera e Ambito Medio Bradano- Basento, incardinata presso l'U.O.C. Centro Salute Mentale
- U.O.S. Gestione Strutture Residenziali Psichiatriche- Area Collina Materana e Area Jonica, incardinata presso l'U.O.C. Centro Salute Mentale

Dipartimento Prevenzione Salute Umana

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

Dipartimento Prevenzione Sanità Animale

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

Dipartimento Amministrativo

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

Staff Direzione Sanitaria

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

Staff Direzione Generale

- U.O.S.D. Gestione Affari Generali e Legali
- U.O.S.D. URP - Comunicazione - Ufficio Stampa – Privacy
- U.O.S.D. Programmazione e Controllo di Gestione - Centro di Controllo Strategico, Formazione - ECM – Tirocini
- S.P.P. Servizio Prevenzione e Protezione

3 PROGRAMMAZIONE DEL FABBISOGNO 2021-2023

3.1 Il tetto di spesa

L'art. 11, comma 1, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 disciplina la determinazione del tetto di spesa per le Aziende e gli Enti del SSR stabilendo che a decorrere dal 2019, la spesa per il personale delle Aziende del SSN non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018 ovvero, se superiore, il valore della spesa prevista dall'art. 2, comma 71 della legge n. 191/2009.

La norma citata consente di aumentare annualmente tale valore nel limite del 5% dell'incremento del fondo sanitario regionale rispetto a quello dell'anno precedente (limite elevato al 10% per ciascun anno del triennio 2019-2021 e di un ulteriore 5% in presenza di determinati presupposti), includendo, nei predetti incrementi, anche le risorse per il trattamento accessorio del personale.

La Regione Basilicata, con DGR n. 20100456 del 11.06.2021 ha ridefinito nuovo limite regionale per il 2018, (pari a € 331,702 mln di euro) e, sulla base dei dati relativi alla consistenza del FSR per gli anni 2018, 2019 e 2020, gli incrementi annuali per gli anni 2019 e 2020, per un importo pari al 10% dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente, quantificati, rispettivamente, in 752.494,00 euro (che assorbe il 5% di cui alla D.G.R. n. 890 del 04.12.2019) e in 1.029.906,00 euro, per un totale di 1.782.400,00 euro.

Per effetto di tale nuova determinazione, è stato fissato il nuovo limite di spesa del personale delle aziende sanitarie, che per l'Azienda Sanitaria di Matera è di € 98.194.282,00 per il 2019 e di euro 98.499.716,00 per il 2020.

In assenza di nuove determinazioni regionali, la programmazione dei fabbisogni per il triennio 2022-2024 è stata predisposta assicurando il contenimento del costo complessivo del personale entro il limite di spesa per il 2020, pari a **€ 98.499.716,00**.

3.2 La programmazione del fabbisogno di personale 2022-2024

La programmazione del Piano Triennale del Fabbisogno di Personale 2022-2024 (PTFP 2022-2024) è stata predisposta tenendo conto delle dinamiche indotte dall'emergenza sanitaria Covid che, come accaduto per gli anni precedenti, ha determinato la necessità di potenziare soprattutto profili sanitari a supporto delle necessità espresse dai responsabili delle unità operative impegnate nella gestione di pazienti affetti da corona virus Sars-Covid 19 e dalla esigenza di potenziare l'offerta di prestazioni sanitarie in Dipartimenti strategici, con l'obiettivo di ridurre le liste di attesa e recuperare le prestazioni non erogate durante la pandemia.

Sebbene il presente piano non riesca a soddisfare compiutamente tutte le richieste pervenute dai Dipartimenti e dalle Unità Operative assistenziali e territoriali, che lamentano una carenza diffusa di personale sanitario e socio-sanitario, si è cercato di focalizzare l'attenzione sulle principali criticità, con l'obiettivo di assicurare la funzionalità delle strutture operative potenziando, ove possibile, la dotazione di infermieri e di dirigenti medici nelle varie discipline.

A fronte delle numerose cessazioni rilevate nel corso del 2021, è doveroso segnalare le evidenti difficoltà nel reclutamento di personale sanitario mediante le procedure ordinarie, che si

somma al continuo depauperamento di risorse umane assunte presso le aziende delle regioni limitrofe per effetto di procedure concorsuali e/o di mobilità.

Inoltre, a seguito delle cessazioni intervenute nei profili appartenenti al ruolo amministrativo, con il presente piano si intende incrementare il reclutamento di unità aggiuntive nei profili dei collaboratori e assistenti amministrativi, di figure tecniche e professionali, con l'obiettivo di ripristinare la piena funzionalità degli uffici amministrativi che negli ultimi anni hanno subito un significativo ridimensionamento.

Il personale in servizio al 31.12.2021 è riportato nella tabella successiva:

PERSONALE IN SERVIZIO AL 31.12.2021	TI	TD	Totale Teste
TOTALE RUOLO SANITARIO	955	29	984
TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO	149	8	157
TOTALE RUOLO PROFESSIONALE E TECNICO	350	6	356
TOTALE DIRIGENZA	430	13	443
TOTALE COMPARTO	1.454	43	1.497
TOTALE COMPLESSIVO	1.884	56	1.940

Nel corso del 2022 si prevedono cessazioni per 69 unità (il dato è espresso per teste), di cui 22 nell'area della dirigenza e 47 nel comparto. Il dato non rileva anche le cessazioni di rapporti a tempo determinato o a diverso titolo intervenute nel corso dell'anno, per la gran parte legate all'emergenza covid, che sono state tutte prorogate in attesa di conoscere gli orientamenti definitivi anche in materia di stabilizzazione del personale sanitario impegnato nella emergenza Covid.

122

CESSAZIONI 2022	TI	TD	Totale Teste
TOTALE RUOLO SANITARIO	20	4	24
TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO	13	-	13
TOTALE RUOLO PROFESSIONALE E TECNICO	10	-	10
TOTALE DIRIGENZA	18	4	22
TOTALE COMPARTO	43	4	47
TOTALE COMPLESSIVO PERSONALE DIPENDENTE	61	8	69

Sulla base delle cessazioni programmate sono state determinate le assunzioni previste nel corso del 2022, stimando il valore complessivo dei risparmi di spesa derivanti da dimissioni, pensionamenti e cessazioni, che hanno finanziato le previsioni assunzionali, unitamente alle economie di spesa derivanti dalle mancate assunzioni previste per il 2021, tenendo conto delle procedure concorsuali in itinere, sia per procedure esclusive ASM che per quelle rientranti nei concorsi unici di cui alla DGR 53/2021.

ASSUNZIONI PROGRAMMATE PER IL 2022	TI	TD	Totale Teste
TOTALE RUOLO SANITARIO	94	20	114
TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO	87	12	99

TOTALE RUOLO PROFESSIONALE E TECNICO	33	2	35
TOTALE DIRIGENZA	115	52	167
TOTALE COMPARTO	214	34	248
TOTALE COMPLESSIVO PERSONALE DIPENDENTE	329	86	415

Si tratta di un corposo programma di assunzioni che tiene conto delle procedure in itinere e non completate nel 2021, che punta a potenziare strutturalmente l'azienda in tutti i comparti, al fine di assicurare un programma di rilancio complessivo delle attività e delle prestazioni erogate, anche alla luce dei nuovi programmi di investimento e di riorganizzazione dell'offerta sanitaria territoriale (Ospedali di Comunità, Case di Comunità e Centrale operativa territoriale, telemedicina, Rete Oncologia in Teleassistenza) e il rafforzamento delle RSA e dell'Hospice. Nuovo impulso deriverà altresì dall'inserimento di nuove figure professionali per il Clinical Trial Centre, Medicina traslazionale Pet therapy, Autismo e Enterprise Risk Management.

Nelle more dell'espletamento delle procedure concorsuali, il piano prevede anche un programma di assunzioni di dirigenti medici a tempo determinato per garantire, in via temporanea, l'attività nelle unità operative con maggiori criticità.

Nelle tabelle successive viene riportato il dettaglio dei reclutamenti programmati nella Dirigenza Sanitaria per il 2022.

Assunzioni 2022 Profilo professionale / Disciplina	TI	TD	Tot
DIRIGENZA RUOLO SANITARIO			
Direttore di Struttura Complessa Area Non Medica			
Psicologia Clinica	1		1
Dirigenza Sanitaria Non Medica			
Dirigente Biologo	3		3
Dirigente Farmacista	2	2	4
Dirigente Fisico	1		1
Dirigente Psicologo	4	4	8
Dirigente delle Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche	1		1
Dirigente delle Professioni Sanitarie Riabilitative	1		1
Dirigente delle Professioni Tecnico-Sanitarie	1		1
Dirigente Professioni Tecniche della Prevenzione, Vigilanza ed Ispezione	2		2
DIRIGENZA MEDICA – VETERINARIA			
Direttore Medico di Struttura Complessa			
Anestesia e Rianimazione	1		1
Chirurgia Vascolare	1		1
Endocrinologia e Malattie Metaboliche	1		1
Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	1		1
Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica	1		1
Medicina Generale: Matera - Policoro	1		1
Lungodegenza Medica	1		1

Assunzioni 2022 Profilo professionale / Disciplina	TI	TD	Tot
Oculistica	1		1
Organizzazione Servizi Sanitari di Base	1		1
Otorinolaringoiatria	1		1
Pediatria e Neonatologia	1		1
Centro Salute Mentale	1		1
Radiologia: Matera – Policoro	1		1
Direzione Distretto- Matera	1		1
Direttore Veterinario di Struttura Complessa			
Area "C" - Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche	1		1
Dirigenza Medica -			
Anatomia Istologica e Patologica	2		2
Anestesia e Rianimazione	7	3	10
Cardiologia - U.T.I.C.	1	2	3
Chirurgia Generale	-	2	2
Chirurgia Vascolare	-	2	2
Dietologia	-	1	1
Direzione Medica di Presidio Ospedaliero	4	2	6
Ematologia	1	2	3
Farmacologia e Tossicologia Clinica - S.E.R.T.	1		1
Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva	1		1
Geriatria	2	2	4
Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	2	2	4
Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica	6	2	8
Immunoematologia e Trasfusione	-	1	1
Laboratorio Analisi Chimico Cliniche e Batteriologiche	-	2	2
Malattie Infettive	4	2	6
Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	5	1	6
Medicina Fisica e della Riabilitazione	1	2	3
Medicina Interna - Policoro	-	2	2
Medicina Nucleare	-	2	2
Nefrologia - Dialisi	3		3
Neuropsichiatria Infantile	1	2	3
Oculistica, Oftalmologia	1		1
Oncologia Medica	2		2
Organizzazione Servizi Sanitari di Base	4	2	6
Ortopedia e Traumatologia	1	1	2
Ostetricia e Ginecologia	1	2	3
Otorinolaringoiatria	1		1
Pediatria e Neonatologia	2		2
Psichiatria	4	2	6

Assunzioni 2022 Profilo professionale / Disciplina	TI	TD	Tot
Radiodiagnostica	3	1	4
Radioterapia	1	2	3
Urologia	2		2
Dirigenza Veterinaria			
Area "A" - Sanità Animale	1	-	1
TOTALE DIRIGENZA MEDICA/VETERINARIA	95	50	145

Per quanto concerne la dirigenza del ruolo PTA, con il nuovo PTFP 22-24 l'Azienda intende avviare un potenziamento delle figure dirigenziali per fronteggiare le cessazioni intervenute e quelle in itinere, prevede 22 assunzioni complessive nel 2022, di cui a 2 a tempo determinato e 20 nuove assunzioni a tempo indeterminando come dettagliato nella tabella che segue:

Assunzioni 2022 Profilo professionale / Disciplina	TI	TD	Tot
DIRIGENZA PROFESSIONALE TECNICO AMMINISTRATIVO			
Dirigente Amministrativo	10	2	12
Direttore di Struttura Complessa Ruolo Tecnico e Professionale Innovazione Tecnologica ed Attività Informatiche	1		1
Dirigenza Ruolo Tecnico e Professionale			
Dirigente Avvocato	3		3
Dirigente Ingegnere Biomedico	1		1
Dirigente Ingegnere	3		3
Dirigente Informatico	1		1
Dirigente Sociologo	1		1
TOTALE DIRIGENZA PTA	20	2	22

Nella programmazione delle assunzioni del personale del comparto sanitario, si è tenuto conto delle nuove esigenze emerse nelle strutture operative impegnate a fronteggiare l'emergenza Covid, finora superata soprattutto grazie allo sforzo e al sacrificio individuale del personale dipendente, reintegrando parte delle cessazioni intervenute a vario titolo, anche mediante procedure di mobilità.

La programmazione per il 2022 prevede l'assunzione di 248 unità che, come anticipato, tiene conto delle unità da reclutare per i nuovi programma di intervento, dei concorsi e delle procedure in itinere, 214 delle quali a tempo indeterminato.

Assunzioni 2022 Profilo professionale / Disciplina	TI	TD	Tot
COMPARTO RUOLO SANITARIO			
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Laboratorio Biomedico - D	4	5	9
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Neurofisiopatologia - D	1	1	2
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Radiologia Medica - D	2	2	4
Collaboratore Professionale Sanitario Ortottista - Assistente di Oftalmologia - D	2		2
Collaboratore Professionale Sanitario Fisioterapista - D	2	1	3
Collaboratore Professionale Sanitario Logopedista - D	3		3
Collaboratore Professionale Sanitario Educatore Professionale - D	2		2
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica - D	1		1

Assunzioni 2022 Profilo professionale / Disciplina	TI	TD	Tot
Collaboratore Professionale Sanitario Terapista Occupazionale – D	1		1
Collaboratore Professionale Sanitario Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva – D	2		2
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico della Prevenzione nell' Ambiente e nei Luoghi di Lavoro - D	3		3
Collaboratore Professionale Sanitario Assistente Sanitario – D	1	1	2
Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere - D	60	8	68
Collaboratore Professionale Sanitario Ostetrica - D	10	2	12
TOTALE	94	20	114

COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO			
Coadiutore Amministrativo - B	2		2
Assistente Amministrativo - C	30	4	34
Collaboratore Amministrativo Professionale – D	55	8	63
TOTALE	87	12	99
COMPARTO RUOLO PROFESSIONALE E TECNICO			
Operatore Tecnico – B	2		2
Operatore Tecnico Specializzato - BS	2		2
Autista di Ambulanza - BS	2		2
Elettricista – BS	2		2
Idraulico – BS	2		2
Pittore Edile – BS	2		2
Operatore Socio Sanitario - BS	8	2	10
Assistente Tecnico Geometra - C	3		3
Collaboratore Professionale Assistente Sociale – D	2		2
Collaboratore Tecnico Professionale Ingegnere – D	2		2
Collaboratore Tecnico Professionale Ingegnere Biomedico – D	1		1
Collaboratore Tecnico Professionale Ingegnere Gestionale – D	1		1
Collaboratore Tecnico Professionale Analista/Informatico – D	2		2
TOTALE	33	2	35
TOTALE COMPARTO	214	34	248

PROGRESSIONI VERTICALI

La materia delle progressioni verticali risulta attualmente disciplinata dall'art. 22, comma 15 del D.Lgs. n. 75, dall'art. 52 comma 1 bis del D. Lgs. 165/2001, e dall'art. 16 del CCNL 17/04/1999 in quanto non disapplicato.

L'art. 22 del D.Lgs 75/2017 prevede che per il triennio 2020-2022 le pubbliche amministrazioni possano attivare procedure selettive per la progressione tra le aree riservate al personale di ruolo, fermo restando il possesso dei titoli di studio richiesti per l'accesso dall'esterno.

Il numero di posti riservato per tali procedure non può superare il 30 per cento di quelli programmati nei piani dei fabbisogni come nuove assunzioni, e prevedono prove volte ad accertare la capacità dei candidati di utilizzare e applicare nozioni teoriche per la soluzione di problemi

specifici e casi concreti. La valutazione positiva conseguita dal dipendente per almeno tre anni, l'attività svolta e i risultati conseguiti, nonché l'eventuale superamento di precedenti procedure selettive, costituiscono titoli rilevanti ai fini dell'attribuzione dei posti riservati per l'accesso all'area superiore.

Il D.L. 9 giugno 2021, n. 80 "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia" convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2021, n. 113, art. 3 comma 1, ha introdotto rilevanti modifiche in materia di progressioni verticali, novellando la disciplina contenuta nell'art. 52, comma 1 bis, del D. Lgs. 165/2001.

La nuova formulazione dell'art. 52 prevede un nuovo inquadramento per i dipendenti pubblici in almeno tre distinte aree funzionali, demandando alla contrattazione collettiva la individuazione di una ulteriore area per l'inquadramento del personale di elevata qualificazione.

Fatta salva una riserva di almeno il 50 per cento delle assunzioni programmate destinate all'accesso dall'esterno, le progressioni fra le aree avvengono tramite procedura comparativa basata sulla valutazione positiva conseguita dal dipendente negli ultimi tre anni in servizio, sull'assenza di provvedimenti disciplinari, sul possesso di titoli o competenze professionali ovvero di studio ulteriori rispetto a quelli previsti per l'accesso all'area dall'esterno, nonché sul numero e sulla tipologia degli incarichi rivestiti.

La Direzione strategica intende favorire un percorso di sviluppo professionale riservato al personale dipendente, che attraverso l'istituto della progressione verticale vedono valorizzate le competenze acquisite, prevedendo di bandire, per l'annualità 2022, procedure comparative ex art. 52, comma 1 bis del D. Lgs. 165/2001 per un totale di 36 progressioni verticali nei seguenti profili:

Progressioni verticali - Anno 2022

Ruolo	Categoria e Profilo	Numero posti
Amministrativo	Coadiutore Amministrativo – B	1
Amministrativo	Assistente Amministrativo – C	15
Amministrativo	Collaboratore Amministrativo Professionale – D	20

127

Va evidenziato che le progressioni verticali pur essendo assimilate a nuove assunzioni e, come tali, conteggiate nel Piano per l'intero importo, comportano una spesa effettiva delle stesse incide in maniera ridotta rispetto alla previsione, essendo pari alla differenza tra il trattamento economico percepito nella categoria di appartenenza e quella immediatamente successiva a seguito della progressione.

STABILIZZAZIONI

La Legge di bilancio per il 2022 (L. 30 dicembre 2021 n. 234) approvata a fine dicembre contiene importanti novità sulla stabilizzazione di una parte dei precari della sanità assunti nel corso dell'emergenza Covid

Ai sensi dell'art. 1, comma 268, gli enti del Servizio sanitario nazionale, nei limiti di spesa consentiti, potranno:

a) verificata l'impossibilità di utilizzare personale già in servizio, nonché di ricorrere agli idonei collocati in graduatorie concorsuali in vigore, avvalersi anche nell'anno 2022 di medici specializzandi non oltre il 31 dicembre 2022;

b) assumere a tempo indeterminato, in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni di personale, il personale del ruolo sanitario e gli operatori socio sanitari che siano stati reclutati a

tempo determinato con procedure concorsuali, e che abbiano maturato al 30 giugno 2022 alle dipendenze di un ente del servizio sanitario nazionale almeno 18 mesi di servizio, anche non continuativi, di cui almeno 6 mesi nel periodo intercorrente tra il 31 gennaio 2020 e il 30 giugno 2022, secondo criteri di priorità definiti da ciascuna regione. Alle iniziative di stabilizzazione del personale assunto mediante procedure diverse da quelle sopra indicate si provvede previo espletamento di prove selettive.

Il D.L. 228/2021 c.d. Milleproroghe, convertito con la legge di conversione 25 febbraio 2022, n. 15, recante: «Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi.», ha prorogato al 31 dicembre 2023 l'applicazione dell'articolo 20 del Decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75 in materia di stabilizzazione ha spostato la data di completamento delle procedure di stabilizzazione al 31/12/2022.

Le amministrazioni, al fine di superare il precariato, in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni e con l'indicazione della relativa copertura finanziaria, possono assumere a tempo indeterminato fino al 31 dicembre 2023, personale non dirigenziale che posseda i seguenti requisiti:

- a) risulti in servizio successivamente alla data di entrata in vigore della legge n. 124 del 2015 con contratti a tempo determinato presso l'amministrazione che procede all'assunzione;
- b) sia stato reclutato a tempo determinato, in relazione alle medesime attività svolte, con procedure concorsuali anche espletate presso amministrazioni pubbliche diverse da quella che procede all'assunzione;
- c) abbia maturato, al 31 dicembre 2022, alle dipendenze dell'amministrazione di cui alla lettera a) che procede all'assunzione, almeno tre anni di servizio, anche non continuativi, negli ultimi otto anni.

Alla luce di tali disposizioni l'Azienda procederà ad una ricognizione del personale assunto a tempo determinato in possesso dei requisiti previsti dalle norme e, in attuazione delle linee di indirizzo regionali che dovranno essere emanate, attiverà le relative procedure assunzionali.

3.3.3 Piano di Formazione

La Formazione costituisce per l'ASM un asset strategico fondamentale, in quanto costituisce la principale leva per lo sviluppo e la crescita professionale del proprio personale, che assume tanta più rilevanza in un contesto, quale quello sanitario, spiccatamente *labour – intensive*, cioè fondato prevalentemente sulle risorse umane e sulla qualità, caratterizzato da un elevato grado di dinamismo sotto il profilo tecnologico, normativo e, più in generale, dei saperi e delle conoscenze.

Conseguentemente, la programmazione della formazione rappresenta un momento cruciale per la crescita e il rafforzamento del capitale umano, nell'ottica di uno sviluppo organizzativo orientato a conservare e migliorare la salute e il benessere dei pazienti e della collettività, che costituisce la mission di ogni azienda sanitaria.

La formazione e l'aggiornamento delle competenze rappresentano per l'ASM un'opportunità irrinunciabile per motivare e valorizzare le varie professionalità presenti in essa, condizioni queste ultime, indispensabili per promuovere lo sviluppo e la crescita dell'Azienda nel suo complesso e a livello individuale di singoli dipendenti.

Attraverso il Piano della Formazione la ASM intende prestare sempre maggiore attenzione alla gestione e allo sviluppo della conoscenza e delle competenze. Infatti, tramite il Piano Formazione aziendale, l'ASM si impegna a consolidare, rafforzare e migliorare le competenze interne necessarie ad innalzare le performance e gli standard qualitativi erogati e a favorire il trasferimento e lo sviluppo di conoscenze e di buone pratiche ai propri professionisti.

Il Piano della Formazione 2022 si propone di pianificare attività formative orientate al raggiungimento degli obiettivi generali e specifici della programmazione sanitaria nazionale, regionale e aziendale in un'ottica di sviluppo aziendale, produttivo, tecnologico e organizzativo attraverso una formazione pertinente, ovvero una formazione congruente e utile alla realtà organizzativa cui si rivolge e al personale che ne fa parte.

Eventi Formativi Aziendali realizzati nel 2021

Preliminarmente occorre far presente che, in considerazione della mancata attuazione della maggior parte dei corsi di formazione programmati per l'anno 2020, a causa dell'emergenza sanitaria connessa alla diffusione del covid-19, iniziata nei primi mesi del 2020 e protrattasi nei mesi successivi, l'ASM, a seguito di specifica determinazione del Collegio di Direzione, riportata nel verbale, in atti, n. 10 dell'11.12.2020, prot. n. 66134 di pari data, abbia stabilito la conferma e la proroga per l'anno 2021 del Piano della Formazione Aziendale approvato per l'anno 2020, al netto dei corsi già realizzati, ferma restando la realizzazione di ulteriori attività formative resesi necessarie, con specifico riferimento all'emergenza sanitaria da COVID-19.

Ciò premesso, anche nel 2021 la realizzazione delle attività formative del personale dell'ASM è stata fortemente condizionata dall'emergenza sanitaria da Covid-19, con la sospensione degli eventi residenziali, rendendo necessaria il ricorso a forme alternative di formazione, quali in particolare la formazione a distanza.

Nello specifico, i corsi di formazione realizzati in sede o in modalità webinar, sono stati complessivamente n. 21, di cui n. 2 ECM per un totale di n. 268 partecipanti, a cui vanno aggiunti altri 9 corsi ECM, mentre i corsi di formazione fuori sede sono stati complessivamente 6, per un totale di 10 partecipanti.

Sistema ECM e novità normative

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera è accreditata come Provider ECM Regionale presso la Regione Basilicata, con ID n. 3

Il sistema ECM (Educazione Continua in Medicina) è un sistema che comprende l'insieme organizzato e controllato di tutte quelle attività formative, sia teoriche che pratiche, promosse da provider autorizzati a livello nazionale o regionale con lo scopo di mantenere elevata e al passo con i tempi la professionalità degli operatori in sanità.

Il sistema ECM è lo strumento per garantire la formazione continua finalizzata a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali e a supportare i comportamenti dei

professionisti sanitari, con l'obiettivo di assicurare efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale in favore dei cittadini.

Destinatari della Formazione Continua devono essere tutti i professionisti sanitari che direttamente operano nell'ambito della tutela della salute individuale e collettiva.

In altre parole, l'ECM è il processo attraverso il quale il professionista della salute si mantiene aggiornato per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio Sanitario e al proprio sviluppo professionale.

La formazione continua in medicina comprende l'acquisizione di nuove conoscenze, abilità e attitudini utili a una pratica competente ed esperta.

I professionisti sanitari hanno l'obbligo deontologico di mettere in pratica le nuove conoscenze e competenze per offrire un'assistenza qualitativamente utile.

Prendersi, quindi, cura dei propri pazienti con competenze aggiornate, senza conflitti di interesse, in modo da poter essere un buon professionista della sanità.

L'avvio del Programma nazionale di ECM nel 2002, in base al D. Lgs. 502/1992 integrato dal D. Lgs. 229/1999 che avevano istituito l'obbligo della formazione continua per i professionisti della sanità, ha rappresentato un forte messaggio nel mondo della sanità.

La nuova fase dell'ECM contiene molte novità e si presenta quale strumento per progettare un moderno approccio allo sviluppo e al monitoraggio delle competenze individuali.

La Conferenza Stato-Regioni ha approvato, il 2 febbraio 2017, il nuovo accordo sull'ECM dal titolo "La formazione continua nel settore salute", risultato del lavoro effettuato dalla Commissione nazionale per la formazione continua con tutti gli attori del sistema. Il nuovo testo, composto di 98 articoli, raccoglie e rende organiche le regole contenute nei precedenti accordi in materia di formazione continua, puntando ad elevare il livello di qualità della formazione erogata e a migliorare le performance del SSN, con l'intento di favorire una costante crescita culturale e professionale di ogni risorsa impegnata nel Sistema Salute.

Nello specifico, tra le novità introdotte dal suddetto accordo, oltre ai nuovi criteri per l'assegnazione dei crediti alla formazione ECM ed alla definizione del numero di crediti che costituiscono i nuovi obblighi formativi per tutti gli operatori del sistema, sono state individuate le possibili modalità di formazione, così come di seguito riportate:

1. formazione residenziale classica (res)
2. convegni, congressi, simposi e conferenze (res)
3. videoconferenza (res)
4. training individualizzato (fsc)
5. gruppi di miglioramento (fsc)
6. attività di ricerca (fsc)
7. fad con strumenti informatici / cartacei (fad)
8. e-learning (fad)
9. fad sincrona (fad)
10. formazione blended
11. docenza, tutoring e altro

Ad ognuna delle tipologie identificate corrispondono specifiche indicazioni per il calcolo dei crediti. Va sottolineato, tuttavia, che in alcune circostanze, e soprattutto nei progetti formativi più impegnativi, le diverse tipologie di formazione possono essere integrate tra loro, con alternanza, ad esempio, di momenti di formazione residenziale, fasi di training, di ricerca, etc. Alcuni progetti, di fatto, non sono più classificabili come esclusivamente residenziali o di FSC o di FAD e, per questo, si usa il termine blended (sistema "misto").

In questi casi occorre scomporre il progetto nelle varie componenti e sommare i crediti attribuibili a ciascuna tipologia formativa.

In merito al dossier formativo ECM degli operatori sanitari dell'ASM, allo stato attuale, esso viene desunto attraverso il software gestionale ECM in dotazione presso l'UOSD Formazione. Dal suddetto gestionale, tra l'altro, è possibile estrapolare lo "storico formativo ECM" di ciascun dipendente del ruolo sanitario, con riferimento ai corsi organizzati e gestiti dall'ASM nella sua qualità

di Provider Regionale ECM e con possibilità di tracciare i relativi percorsi formativi individuali, a ritroso fino al 2014.

Resta in capo ad ogni singolo operatore sanitario l'onere di registrarsi con proprie credenziali sul sito del Cogeaps (banca dati dell'Agenas), al fine di riscontrare il proprio storico formativo complessivo.

Obiettivi formativi

Gli obiettivi formativi di cui al fabbisogno formativo relativo agli operatori sanitari sono riconducibili ad almeno una delle seguenti macroaree previste nell'Accordo Stato-Regioni del 2.2.2017 concernente la formazione continua:

- *obiettivi tecnico-professionali*

trattasi di obiettivi relativi allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico professionali individuali nel settore specifico di attività, ossia medico-specialistiche e delle diverse professioni sanitarie.

- *obiettivi di processo*

trattasi di obiettivi relativi allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie, quali le competenze relative alla capacità di relazione, comunicazione e rapporti con i pazienti, con gli altri soggetti dell'organizzazione, con soggetti esterni, con i cittadini e con gruppi di lavoro.

- *obiettivi di sistema*

Trattasi di obiettivi relativi allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari, quali le competenze relative alla modalità con cui le competenze tecnico-professionali vengono applicate nel proprio contesto di lavoro.

Strumenti e metodologia

Il fabbisogno formativo riflette l'analisi del contesto, la programmazione degli obiettivi aziendali e i bisogni formativi rilevati dai Direttori dei Dipartimenti e dai Direttori/Dirigenti delle UU.OO., dal CUG e dal Servizio delle Professioni Sanitarie, in coerenza con le funzioni e le attività espletate, al fine di perseguire il miglioramento continuo nell'erogazione delle prestazioni ai cittadini.

La metodologia privilegiata sarà quella della formazione/apprendimento basata sullo sviluppo delle conoscenze e competenze e sui principi dell'andragogia, per favorire l'esperienza dei professionisti quale strumento principale di lavoro e di apprendimento per tutto il gruppo.

Particolare attenzione sarà data allo sviluppo della competenza collaborativa, soprattutto all'interno dei gruppi che operano nello stesso contesto professionale e/o nella stessa U.O. al fine di determinare significativi miglioramenti delle performance e del clima lavorativo.

Sarà privilegiata la formazione in sede o tramite modalità di formazione a distanza per favorire l'accesso ad un numero maggiore di dipendenti e rispondere al bisogno formativo di contesto.

Per quanto riguarda la formazione esterna da effettuare presso altre strutture si ritiene che:

- l'aggiornamento extraaziendale (specialistico, sul campo) viene autorizzato nei casi in cui non è possibile e conveniente attivare processi formativi in sede;

- la partecipazione a master e corsi di perfezionamento non può assolutamente essere autorizzata con costi a carico dell'Azienda, a meno che la Direzione Strategica rilevi la necessità di far acquisire a qualche dipendente nuove e diverse competenze utili alla stessa Azienda;

- la partecipazione ad attività di tipo convegnistico e congressuale extraaziendale con oneri a carico dell'Azienda potrà essere autorizzata esclusivamente dalla Direzione

Strategica e solo in caso di comprovata validità e motivazioni che saranno valutate di volta in volta.

Le macro aree entro cui si collocano le attività previste nel presente Piano Formazione Aziendale sono finalizzate a:

- Miglioramento della qualità dei percorsi clinico-assistenziali;
- Prevenzione del rischio attraverso una formazione diffusa tra gli operatori;
- Favorire l'integrazione interprofessionale ed interpersonale attraverso azioni formative specifiche e trasversali finalizzate anche ad uniformare metodologie e modulistica;
- Formazione sulla responsabilità professionale degli operatori e sulla responsabilità derivante dalla funzione/posizione;
- Formazione finalizzata al miglioramento del clima lavorativo/organizzativo;
- Sviluppo delle conoscenze e delle competenze tecnico-professionali individuali nel settore specifico di attività;
- Aggiornamento sulle normative specifiche inerenti alle attività delle singole UU.OO.;
- Formazione e informazione obbligatoria

Il Piano Formativo Aziendale potrà essere integrato, nel corso dell'anno, in base a nuove esigenze espresse anche da Ordini Professionali, OO.SS. e/o da direttive aziendali, regionali e nazionali ritenute prioritarie dalla Direzione Aziendale.

Pianificazione dell'attività formativa

La capacità di un'Azienda Sanitaria di attuare la propria mission in termini di soddisfacimento dei bisogni di salute della propria popolazione passa attraverso il perseguimento di una politica di promozione e di orientamento allo sviluppo professionale del proprio personale, in termini di conoscenza, capacità, consapevolezza e disponibilità ad assumere responsabilità. Funzionale a tale scopo è la programmazione delle attività formative che deve saper coniugare le esigenze formative tese allo sviluppo professionale individuale con le esigenze strategiche aziendali.

In tal senso, il Piano Formativo Aziendale costituisce lo strumento cardine di programmazione annuale delle attività formative dell'Azienda, in quanto valorizza la formazione in funzione degli obiettivi strategici, del modello organizzativo aziendale e delle esigenze collettive ed individuali del personale con le finalità di integrare la programmazione formativa con gli indirizzi strategici e gestionali aziendali e pianificare la formazione in conformità ai processi di innovazione tecnologica e clinico – organizzativa.

In tale ottica, gli obiettivi formativi sono stati individuati tenendo conto di:

- Indirizzi nazionali e regionali
- Indirizzi Strategici della Direzione generale
- Fabbisogni individuati dalle strutture Organizzative (Dipartimenti, Unità Operative, Servizio delle Professioni Sanitarie)
- Vincoli di natura normativa e/o contrattuale

Obiettivi ECM nazionali

Si riportano di seguito gli obiettivi ECM nazionali:

1. Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP);
2. Linee guida - protocolli - procedure;
3. Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura;
4. Appropriatelyzza delle prestazioni sanitarie, sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia. Livelli essenziali di assistenza (LEA);
5. Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie;
6. Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale;

7. La comunicazione efficace interna, esterna, con paziente. La privacy ed il consenso informato;
8. Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale;
9. Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera;
10. Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni tecnico-professionali;
11. Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali;
12. Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure;
13. Metodologia e tecniche di comunicazione, anche in relazione allo sviluppo dei programmi nazionali e regionali di prevenzione primaria;
14. Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità, procedure e certificazioni, con acquisizione di nozioni di processo;
15. Multiculturalità e cultura dell'accoglienza nell'attività sanitaria, medicina relativa alle popolazioni migranti;
16. Etica, bioetica e deontologia;
17. Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del S.S.N. e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni di sistema;
18. Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la medicina di genere;
19. Medicine non convenzionali: valutazione dell'efficacia in ragione degli esiti e degli ambiti di
20. complementarietà;
21. Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni tecnico-professionali;
22. Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione;
23. Fragilità e cronicità (minori, anziani, dipendenze da stupefacenti, alcool e ludopatia, salute mentale), nuove povertà, tutela degli aspetti assistenziali, sociosanitari, e socio-assistenziali;
24. Sicurezza e igiene alimentari, nutrizione e/o patologie correlate;
25. Sanità veterinaria. Attività presso gli stabulari. Sanità vegetale;
26. Farmaco epidemiologia, farmaco-economia, farmacovigilanza;
27. Sicurezza e igiene ambientali (aria, acqua e suolo) e/o patologie correlate;
28. Sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate. Radioprotezione;
29. Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione trapianto;
30. Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche, chimiche, fisiche e dei dispositivi medici. Health Technology Assessment;
31. Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni di processo;
32. Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni di sistema;

33. Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di processo.

34. Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di sistema.

35. Accreditemento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità, procedure e certificazioni, con acquisizione di nozioni tecnico-professionali;

36. Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del S.S.N. e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni tecnico-professionali;

37. Valutazione, analisi, studio, caratterizzazione identificazione di: agenti, sostanze, preparati, materiali ed articoli e loro interazione con la salute e la sicurezza;

38. Metodologie, tecniche e procedimenti di misura e indagini analitiche, diagnostiche e di screening, anche in ambito ambientale, del territorio e del patrimonio artistico e culturale. Raccolta, processamento ed elaborazione dei dati e dell'informazione;

39. Verifiche ed accertamenti nei porti e sulle navi anche ai fini della sicurezza; valutazioni ed analisi di esplosivi, combustibili, acceleranti e loro tracce; gestione delle emergenze e degli incidenti rilevanti.

Indirizzi strategici della Direzione Generale

I principali ambiti di attività sui quali la Direzione Generale intende sviluppare percorsi formativi mirati sono i seguenti:

- Sicurezza e tutela della salute degli operatori e degli utenti
- Promozione della salute e prevenzione
- Medicina di genere
- Etica e integrità, Anticorruzione, Trasparenza
- Codice di comportamento
- Programmazione, gestione, implementazione, monitoraggio del PNRR
- Tutela della Privacy
- Pianificazione strategica, programmazione, sistema di budgeting e reporting, cruscotto direzionale
- Fascicolo sanitario elettronico
- Telemedicina
- Middle management
- Umanizzazione delle cure
- Sensibilizzazione all'Ospedale senza dolore
- Integrazione Ospedale Territorio
- Rischio Clinico
- Appropriately prescrittiva
- Ciclo della performance
- Sistema di controllo interno e gestione dei rischi
- Il miglioramento continuo dei processi aziendali (amministrativi, clinico assistenziali, ecc.)
- Contenzioso, affari legali e generali
- Sistemi informativi aziendali

- Innovazione tecnologica e digitalizzazione
- Gestione documentale e procedura di archiviazione e scarto
- Le Responsabilità del pubblico dipendente (penale, civile, dirigenziale, erariale, ...)
- Percorso di formazione per l'inserimento del neoassunto in ASM
- La Comunicazione
- Il problem solving
- Formazione specifica:
 - o area risorse umane
 - o area tecnica, economato e provveditorato
 - o area contabilità e bilancio
- La mappatura delle care competence
- Approcci e percorsi per la presa in carico del paziente in cure palliative
- Migliorare la qualità della gestione della cartella clinica
- Tutela contro le aggressioni ai professionisti sanitari
- Il documento informatico, la firma digitale, la PEC, il protocollo informatico

Fabbisogni rilevati dalle strutture organizzative

Si riportano di seguito i fabbisogni formativi rilevati dalle singole strutture organizzative aziendali

PROPONENTE	TEMATICA	ECM	OBBIETTIVO ECM	DESTINATARI
DIPARTIMENTO EMERGENZA ACCETTAZIONE	als (advanced life support)	SI	18	MEDICI
	blsd (basic life support and defibrillation)	SI	18	MEDICI - INFERMIERI
	pals (pediatric advanced life support)	SI	18	MEDICI
	atls (advanced trauma life support)	SI	18	MEDICI
	gestione maxiemergenze	SI	33	MEDICI
	incontri / seminari su casi clinici per valutare l'adesione alle ebp, revisionare o elaborare protocolli specifici	SI	1	MEDICI - INFERMIERI - OSS
	corso ets (etical life support)	SI	00:00	MEDICI - INFERMIERI - OSS
	corso comunicazione difficile	SI	00:00	MEDICI - INFERMIERI - OSS
	corso accessi venosi ecoguidati	SI	18	MEDICI - INFERMIERI
	corso ecografia infermieristica	SI	18	INFERMIERI
	corso omicidio stradale: percorso e simulazione	SI	2	MEDICI
	corso stroke: percorso e simulazione	SI	2	MEDICI
	corso teorico pratico drenaggi toracici	SI	18	MEDICI - INFERMIERI
	corso di lingua inglese	SI	17	MEDICI
corso triage	SI	18	MEDICI - INFERMIERI	

PROPONENTE	TEMATICA	ECM	OBIETTIVO ECM	DESTINATARI
	corso ecografia toracica	SI	18	MEDICI
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	cambiamenti avvenuti nei consumi di sostanze psicoattive	SI	8	MEDICI - PSICOLOGI - PERSONALE SANITARIO SERD
	formazione sullo screening per l'eradicazione dell'epatite c	SI	32	MEDICI - INFERMIERI SERD
DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	disturbi del comportamento in adolescenza e pre-adolescenza in corso di pandemia sars-cov2	SI	18	PERSONALE NPI (MEDICI NPI, OTORINI, PSICOLOGI, INFERMIERI, LOGOPEDISTI, NEUROPSICOMOTRICISTI DELL'ETA' EVOLUTIVA, EDUCATORI, FISIOTERAPISTI, TECNICI NEUROFISIOLOGIA, ASSISTENTI SOCIALI)
	il minore nei casi di sospetto maltrattamento e/o abuso sessuale	SI	8	
	elettroencefalografia clinica pediatrica	SI	18	
	diagnostica neuroradiologica in patologie neurologiche pediatriche	SI	18	
	i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: buone prassi nella presa in carico	SI	3	
DIPARTIMENTO CHIRURGICO	aggiornamento in chirurgia otologica	NO	-	PERSONALE MEDICO ORL
	aggiornamento in chirurgia nasosinusale e della base cranica anteriore	NO	-	PERSONALE MEDICO ORL
	aggiornamento in audiologia, orl pediatrica e osas	NO	-	PERSONALE MEDICO ORL
	aggiornamento in chirurgia del cavo orale e delle ghiandole salivari maggiori	NO	-	PERSONALE MEDICO ORL
	aggiornamento in chirurgia oncologica testa-collo e della tiroide	NO	-	PERSONALE MEDICO ORL
	tematiche di interesse dermatologico	SI	3	MEDICI
	la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico: impegno d'equipe multidisciplinare e multiprofessionale	SI	2	MEDICI - INFERMIERI - BIOLOGI - TECNICI DI LABORATORIO
	l'applicazione dei protocolli eras nell'asm	SI	2	MEDICI - INFERMIERI
	l'utilizzo dei nuovi devices per la chirurgia: dispositivi medici per emostasi intraoperatoria, le suturatrici meccaniche, i sistemi di taglio e emostasi intraoperatori	SI	29	MEDICI - INFERMIERI

PROPONENTE	TEMATICA	ECM	OBBIETTIVO ECM	DESTINATARI
U.O.S.D. MEDICINA LEGALE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	legge 219/2017 - informazione, consenso, scelta del paziente e pianificazione condivisa delle cure	SI	11	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE
	documentazione sanitaria e responsabilità	SI	5	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE
	legge 24/2017 (legge gelli): la responsabilità professionale	SI	6	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE
U.O. QUALITA' E ACCREDITAMENT O - SERVIZIO PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI	gli istituti contrattuali: giuridici ed economici	SI	11	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE
	il nuovo sistema di valutazione aziendale	SI	11	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE
	gli strumenti per il miglioramento della qualità delle prestazioni assistenziali	SI	14	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE
	l'audit di prima parte: formazione degli auditor	SI	14	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE
	stesura ed implementazione di pdta sulle patologie più frequenti (insufficienza respiratoria, scompenso cardiaco)	SI	9	TUTTE LE PROFESSOINI SANITARIE
	la gestione della turnistica delle professioni sanitarie	SI	11	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE
	la formazione dei tutor per i tirocini didattici formativi di base	SI	1	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE
	gestione amministrativa e strumenti di registrazione delle informazioni cliniche del paziente ambulatoriale	SI	18	INFERMIERI
	la ventilazione non invasiva	SI	6	INFERMIERI RIANIMAZIONE-UTIC-PSA
	corretta gestione degli accessi venosi	SI	18	INFERMIERI
	inglese scientifico	SI	17	INFERMIERI
	interpretazione emogasanalisi	SI	18	INFERMIERI
	interpretazione ecg	SI	18	INFERMIERI
	la gestione del recupero sangue intraoperatorio	SI	18	INFERMIERI
	l'intubazione orotracheale e l'utilizzo dei dispositivi per l'intubazione difficoltosa	SI	18	INFERMIERI
	l'accesso arterioso radiale e femorale	SI	18	INFERMIERI
	la gestione dei farmaci in emergenza	SI	18	INFERMIERI
	legge 24/2017 (legge gelli): la responsabilità professionale	SI	6	INFERMIERI

PROPONENTE	TEMATICA	ECM	OBBIETTIVO ECM	DESTINATARI
	la comunicazione efficace tra operatori-equipe-paziente-rete	SI	8	ASSISTENTI SOCIALI E INFERMIERI
	l'urgenza pediatrica	SI	18	INFERMIERI
	tecniche di emofiltrazione nella sepsi	SI	18	INFERMIERI
	gestione delle criticità assistenziali del paziente con tracheostomia	SI	6	INFERMIERI
	la ventilazione meccanica invasiva verso la non invasiva	SI	6	INFERMIERI
	spinnig babies	SI	18	INFERMIERI
	blsd pediatrico e neonatale	SI	1	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE
	innovazione tecnologica health technology assessment	SI	29	INFERMIERI - OSTETRICHE E OSS (COME UDITORI)
	i nuovi modelli organizzativi assistenziali	SI	11	INFERMIERI - OSTETRICHE
	informatica livello base	SI	29	PROFESSIONI SANITARIE
	disturbo da uso delle sostanze stupefacenti, alcol e gioco d'azzardo	SI	22	IFERMIERI
	la contenzione meccanica nel trattamento psichiatrico: dignità, sicurezza e aspetti giuridici	SI	6	INFERMIERI E OSS (COME UDITORI)
	il fascicolo sanitario elettronico come strumento per la presa in carico del paziente	SI	2	INFERMIERI
	percorsi integrativi tra csm-spdc dsm e ser.d. pianificazione, programmazione, progetti, interventi e supervisione sul caso	SI	8	INFERMIERI E ASSISTENTI SOCIALI
C.U.G. ASM	comprendere la medicina personalizzata in una prospettiva di genere	SI	3	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE
	fronteggiare il cambiamento in situazioni di emergenza: il benessere psicofisico, le relazioni affettive e la gestione del lavoro	SI	12	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE
	la sicurezza dei pazienti e degli operatori nel governo clinico	SI	6	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE
U.O.C. MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	utilizzo scheda svamdi (scheda di valutazione multidimensionale del disabile)	SI	18	MEDICI (NEUROLOGI, FISIATRI, GERIATRI) - FISIOTERAPISTI - ASSISTENTI SOCIALI

PROPONENTE	TEMATICA	ECM	OBBIETTIVO ECM	DESTINATARI
	l'intervento riabilitativo in paziente con esiti di chirurgia mammaria nella fase di stabilità anche attraverso l'utilizzo della teleriabilitazione	SI	18	MEDICI (FISIATRI) - FISIOTERAPISTI
	utilizzo base del taping neuromuscolare (mnt) in ambito riabilitazione	SI	18	FISIOTERAPISTI - LOGOPEDISTI
	la comunicazione efficace tra colleghi e pazienti. come migliorare i rapporti di lavoro	SI	12	FISIOTERAPISTI - LOGOPEDISTI - EDUCATORI PROF.LI - ORTOTTISTI - OSS
	disprassia verbale	SI	18	LOGOPEDISTI DELL'ETA' EVOLUTIVA
	percorso per il paziente disfagico	SI	18	INFERMIERI - LOGOPEDISTI - FIAIOTERAPISTI - OSS
DIPERTIMENTO DI PREVENZIONE SANITA' ANIMALE	misure di lotta nei confronti della peste suina africana	SI	24	DIRIGENTI E SPECIALISTI VETERINARI AREA A
	regolamento ue 2016/429 - nuova normativa europea in materia di malattie animali trasmissibili	SI	24	DIRIGENTI E SPECIALISTI VETERINARI AREA A
	modalità di campionamento dei mangimi e degli alimenti di origine animale	SI	24	DIRIGENTI VETERINARI AREA B / C - TECNICI DELLA PREVENZIONE
	organizzazione dei controlli ufficiali nella filiera agroalimentare in applicazione del regolamento ue 2017/625	SI	24	DIRIGENTI VETERINARI AREA A / B / C - TECNICI DELLA PREVENZIONE
	antibiotico resistenza, gestione del farmaco veterinario e ricetta informatizzata, classifarm	SI	24	DIRIGENTI VETERINARI AREA C
	interventi assistiti con animali (iaa) - pet therapy	SI	24	DIRIGENTI VETERINARI
	formazione auditor - norme uni en iso 9000	SI	24	DIRIGENTI VETERINARI - TECNICI DELLA PREVENZIONE
	gestione stati d'allerta	SI	24	DIRIGENTI VETERINARI AREA B - TECNICI DELLA PREVENZIONE
	zooantropologia sanitaria per gli interventi assistiti dagli animali (iaa)	NO	-	DIRIGENTE VETERINARIO
	redazione atti amministrativi	NO	-	TUTTO IL PERSONALE DIPARTIMENTALE
	corso di lingua inglese	NO	-	TUTTO IL PERSONALE DIPARTIMENTALE
U.O.C. DIREZIONE ATTIVITA'	corso di formazione sul b.i.m. (building information modelling)	NO	-	PERSONALE DEL'U.O.

PROPONENTE	TEMATICA	ECM	OBBIETTIVO ECM	DESTINATARI
TECNICHE E GESTIONE PATRIMONIO	formazione sulle procedure telematiche del mercato elettronico	NO	-	PERSONALE DELL'U.O.
	aggiornamento e approfondimento su tematiche giuridico-amministrative di gestione dei lavori pubblici	NO	-	PERSONALE DELL'U.O.
U.O.C. DIREZIONE ATTIVITA' AMMINISTRATIVE DISTRETTUALI	svolgimento delle funzioni di rup e dec	NO	-	PERSONALE DELL'U.O.
	stesura degli atti amministrativi	NO	-	PERSONALE DELL'U.O.
U.O.C. PROVVEDITORATO - ECONOMATO	il mercato elettronico della pubblica amministrazione - mepa, affidamenti diretti e procedure negoziate. novità alla luce del pnrr e delle modifiche nei decreti semplificazioni (d.l. 76/2020 e d.l. 77/2021)	NO	-	PERSONALE DELL'U.O.
	modifiche dei contratti durante il periodo di efficacia	NO	-	PERSONALE DELL'U.O.
	la gara con l'offerta economicamente più vantaggiosa alla luce del d.l. 77/2021	NO	-	PERSONALE DELL'U.O.
	l'accordo quadro nella contrattualistica pubblica: uno strumento di semplificazione	NO	-	PERSONALE DELL'U.O.
	rinnovo inventari p.a.	NO	-	PERSONALE DELL'U.O.
	corso di studi e aggiornamento in materia di appalti pubblici	NO	-	PERSONALE DELL'U.O.
U.O.C. DIREZIONE ECONOMICO - FINANZIARIA	area contabilità e bilancio	NO	-	PERSONALE DELL'U.O.
	area fiscale	NO	-	PERSONALE DELL'U.O.
U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE	novità su tfs, tfr, previdenza complementare e accesso al fondo. il welfare integrativo	NO	-	UFFICIO TRATTAM. PREVIDENZ. E DI FINE RAPPORTO
	orario e rilevazione delle presenze, assenze, malattia e ferie. la valutazione delle prestazioni in epoca di lavoro agile	NO	-	UFFICIO RILEVAZIONE PRESENZE
	iniziative di formazione relative all'inserimento di nuove risorse umane	NO	-	
UFFICIO FORMAZIONE	anagrafe delle prestazioni	NO	-	PERSONALE DELL'U.O.

PROPONENTE	TEMATICA	ECM	OBIETTIVO ECM	DESTINATARI
U.O.C. INNOVAZIONI TECNOLOGICHE ED ATTIVITA' INFORMATICHE	corsi di perfezionamento in appalti pubblici	NO	-	PERSONALE DELL'U.O.
	business process management, change management e innovazione in sanità	NO	-	PERSONALE DELL'U.O.
	riorganizzazione digitale delle amministrazioni pubbliche	NO	-	PERSONALE DELL'U.O.
	logistica sanitaria	NO	-	PERSONALE DELL'U.O.
	utilizzo dei big data e dell'intelligenza artificiale in sanità	NO	-	PERSONALE DELL'U.O.
	informatica di base	NO	-	PERSONALE DELL'U.O.
	tecniche di redazione degli atti amministrativi	NO	-	PERSONALE DELL'U.O.
	strumenti per la connettività cablata e senza fili	NO	-	PERSONALE DELL'U.O.
	truffe informatiche, ingegneria sociale, virus hackeraggio	NO	-	PERSONALE DELL'U.O.

Formazione obbligatoria "ope legis"

Accanto alle attività formative per così dire discrezionali, ve ne sono altre, collegate a specifiche attività, che sono previste espressamente da disposizioni di legge.

In tale ambito il quadro normativo più articolato è senza dubbio quello previsto dal D. Lgs. n. 81/2008 in materia di sicurezza sul lavoro.

L'Azienda deve altresì assicurare la formazione obbligatoria in materia di gestione e trattamento dei dati personali e particolari (D. Lgs. n. 196/2003 e GDPR).

Va anche assicurato che gli adempimenti previsti per l'applicazione della Legge 190/2012 in materia di "prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione" siano realizzati, al fine di individuare tutti gli interventi idonei a prevenire i rischi specifici di corruzione e di illegalità, così come la formazione inerente agli obblighi della privacy e trasparenza nella PA.

È inoltre prevista per il personale addetto ai controlli ufficiali e alle altre attività ufficiali, una regolare formazione sulla legislazione da applicare, in relazione all'ambito di competenza professionale, oltre che in merito agli obblighi derivanti dal Regolamento EU 2017/625.

Si forniscono di seguito i i fabbisogni formativi obbligatori.

PROPONENTE	TITOLO	ECM	OBIETTIVO ECM	DESTINATARI
DATORE DI LAVORO DELEGATO/RESPONSABILE SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE AI SENSI DEL D.LGS. 81/2008 E S.M.I.	FORMAZIONE ADDETTO ANTINCENDIO	NO		PERSONALE INTERESSATO
	AGGIORNAMENTO ADDETTO ANTINCENDIO	NO		PERSONALE INTERESSATO
	FORMAZIONE ADDETTO SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	NO		PERSONALE SPP
	FORMAZIONE ADDETTO ALLA SICUREZZA LASER	NO		PERSONALE INTERESSATO

	FORMAZIONE PER MEDICI UTILIZZATORI LASER	NO		PERSONALE MEDICO INTERESSATO
	FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO EX D.LGS. 81/2008	NO		TUTTO IL PERSONALE
	FORMAZIONE RISCHIO AGGRESSIONE	NO		TUTTO IL PERSONALE
	FORMAZIONE RISCHIO VIDEOTERMINALI	NO		PERSONALE INTERESSATO
	AGGIORNAMENTO ANNUALE R.L.S. (RESPONSABILE LAVORATORI PER LA SICUREZZA)	NO		PERSONALE INTERESSATO
	FORMAZIONE LAVORATORI ADDETTI AD AMBIENTI SOSPETTI DI INQUINAMENTO O CONFINATI	NO		PERSONALE INTERESSATO
	FORMAZIONE PRIMO SOCCORSO	NO		PERSONALE INTERESSATO
	AGGIORNAMENTO PRIMO SOCCORSO	NO		PERSONALE INTERESSATO
RESPONSABILE PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 IN MATERIA DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI	LA PRIVACY IN AMBITO SANITARIO	SI	7	PERSONALE SANITARIO
	TRATTAMENTO DATI PERSONALI E PRIVACY	NO		PERSONALE DEL RUOLO AMMINISTRATIVO TECNICO E PROFESSIONALE

La valutazione

Gli strumenti e i processi di verifica e monitoraggio della qualità dell'offerta formativa sono strumenti indispensabili per garantire che gli investimenti risultino coerenti ed efficaci nel favorire il raggiungimento sia degli obiettivi del sistema formativo, sia quelli del sistema aziendale. Monitorare la qualità dell'offerta permette di verificare il rapporto tra bisogni espressi e risultati rappresentati dalle ricadute professionali organizzative osservabili post formazione.

La valutazione viene attuata sui seguenti livelli:

- Il gradimento
- L'apprendimento
- La verifica dei risultati attraverso i feedback dei Responsabili

Tale valutazione è prevista e richiesta per l'accreditamento ECM e viene rilevata attraverso le schede di valutazione della qualità percepita sottoscritte dai partecipanti al termine dell'iniziativa formativa.

3.3.4 Piano Azioni Positive

Il piano di azioni positive è rivolto a promuovere all'interno dell'ASM:

- l'attuazione del principio di parità e pari opportunità, impegnandosi a tutelare i diritti dei lavoratori e delle lavoratrici che lavorano all'interno dell'Azienda;
- la valorizzazione del benessere lavorativo, in modo da garantire un ambiente di lavoro in cui donne e uomini rispettino reciprocamente l'inviolabilità della persona;
- la prevenzione e rimozione di ogni forma di discriminazione garantendo, a tutti coloro che operano all'interno dell'Azienda il diritto alla tutela da qualsiasi atto o comportamento che produca effetto pregiudizievole nei rapporti interpersonali e che discrimini, anche in via indiretta, in ragione del sesso, della razza o dell'origine etnica, della religione o delle convinzioni personali, degli handicap, dell'età o delle tendenze sessuali.

Il presente piano di durata triennale è predisposto in continuità con il precedente piano di azioni positive ed in linea con gli obiettivi di efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa attraverso la valorizzazione delle risorse umane.

Il piano è adottato ai sensi dell'art. 48 del D. Lgs. 198/2006 (Codice delle Pari Opportunità).

Il piano può essere finanziato nell'ambito delle disponibilità di bilancio dell'ASM (ai sensi dell'art. 57 del D. Lgs. 165/2001, come novellato dall'art. 21 della L. 183/2010) o dal Ministero del Lavoro (ai sensi dell'art. 44 del Codice delle Pari Opportunità).

Il Piano delle Azioni positive è redatto dal CUG, proposto al Direttore Generale, prosegue il suo corso, con la comunicazione alle OO.SS. e la presentazione alla Consiglieria di Parità territorialmente competente.

PIANO TRIENNALE DI AZIONI POSITIVE OBIETTIVI SPECIFICI ED AZIONI POSITIVE prevede:

1 Obiettivo: Diffusione di una cultura di pari opportunità, benessere lavorativo e contrasto delle discriminazioni

Azioni:

- Corsi di formazione in materia per tutti i dipendenti dell'ASM –
- Diffusione del Codice sulle Pari Opportunità con incontri specifici

Soggetti coinvolti: CUG, U.O. Formazione, U.O. Gestione Risorse Umane e tutte le Unità Operative

Tempi: Tutta la durata del Piano

2 Obiettivo Migliorare l'efficacia del CUG

Azioni:

- formazione specifica dei Componenti del CUG, sia titolari che supplenti, con esperti in materia;
- informazione scritta e diretta al CUG su ogni materia che incida o possa incidere sulla organizzazione e gestione del personale dipendente, su ordine del giorno di tutte le riunioni tra le Delegazioni di Contrattazione Collettiva Aziendale, con possibilità di partecipazione ai tavoli di contrattazione, previo assenso delle parti contrattuali, e, comunque, invio di copia dei verbali dei tavoli contrattuali;
- confronto e scambio di esperienze con altri CUG, altre Aziende e altri soggetti presenti sul territorio;
- destinazione di una quota delle risorse economiche disponibili nel bilancio aziendale all'organizzazione e al funzionamento del CUG, anche in conformità dell'art. 57 del D.Lgs. 165/2001, come novellato dall'art. 21 della L. 183/2010;
- valutazione delle ore dedicate all'attività del CUG quali ore di servizio effettivo, anche se prestate al di fuori dell'orario normale, per le quali non è tuttavia dovuta alcuna somma aggiuntiva se non a titolo di rimborso spese nei casi previsti.

Soggetti coinvolti: Direzione Generale, Collegio Sindacale, U.O. Formazione, U.O. Gestione Risorse Umane, UO Risorse finanziarie, UO Provveditorato, URP, Dipartimenti assistenziali. *Tempi:* tutta la durata del Piano

3 Obiettivo Gestione del personale aziendale in un'ottica di pari opportunità, benessere lavorativo e contrasto delle discriminazioni

3.a "Conoscere per agire"

Azioni:

- "BANCA DATI", ai sensi del D. lgs 198/2006, sulla distribuzione di tutto il personale dipendente. Tanto, al fine di individuare eventuali differenziali significativi tra donne e uomini, promuovere le conseguenti azioni correttive e redigere il «Rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile» secondo quanto previsto dal Decreto Min. del 17/7/1996, che sarà trasmesso alle Rappresentanze Sindacali Aziendali e all'Ufficio della Consigliera Regionale di Parità

Soggetti coinvolti: Direzione Aziendale, U.O. Gestione Risorse Umane, U.O. Attività Informatiche, UO Formazione

3.b "Benessere organizzativo"

Azioni:

- "BANCA DEL TEMPO" (riserva delle ore) come risposta solidale per i colleghi che si trovano in difficoltà. Prevede la possibilità per il lavoratore di "depositare" su un conto virtuale le ore lavorate in più (straordinario) e poi, nel corso dell'anno, metterle a disposizione per sé o per altri. Peculiarità di questa misura è, quindi, la mancata monetizzazione delle ore di straordinario, che vanno a formare un "credito di ore" dal quale attingere. Il primo anno si cercherà di costruire il percorso condividendolo, per poi successivamente provare a sperimentarlo - altresì l'applicazione delle previsioni legislative e contrattuali in materia di lavoro flessibile, attraverso la ricerca, la individuazione, la progettazione e la sperimentazione di forme particolari, anche personalizzate, di flessibilità degli orari e dell'organizzazione del lavoro, tra cui la progettazione e sperimentazione del telelavoro o smart working, dell'orario flessibile in entrata e in uscita, della flessibilità dei turni e dell'orario concentrato, a favore:

o delle lavoratrici madri o dei lavoratori padri, anche affidatari o adottivi di minori (art. 9 della L. 53/2000, richiamato dall'art. 50 del Codice delle Pari Opportunità); delle lavoratrici o dei lavoratori:

▪ 1. genitori di portatori di grave handicap o coniugi, parenti o affini entro il 3° grado di persone assistite con grave handicap (art. 33 della L. 104/1992 e art. 20 della L. 53/2000)

▪ 2. familiari di persone assistite per gravi motivi (art. 4 della L. 53/2000) compatibilmente con l'organizzazione degli uffici e del lavoro, delle lavoratrici e dei lavoratori, in generale, che si trovano in situazioni di svantaggio personale, sociale e familiare (art. 7 del D.Lgs. 165/2001); rispettando tra gli stessi beneficiari le priorità previste dalla legge o determinate da questa Azienda attraverso i contratti decentrati;

- adozione di misure di accompagnamento che, allo scopo di favorire il reinserimento del personale assente dal lavoro per lunghi periodi (maternità, congedi parentali, altro), assicurino il mantenimento delle loro competenze e il loro accesso alla possibilità di formazione e di progressione professionale, attraverso l'istituzionalizzazione di flussi informativi tra le parti durante l'assenza (informazione telematica tramite sito web aziendale, informazione a domicilio, formazione telematica, ecc.) e la previsione a favore dello stesso personale di specifici programmi di formazione per il rientro dal congedo (art. 9 della L. 53/2000). L'assenza dal lavoro per tali motivi non comporterà effetti negativi nella valutazione, retrocessioni da incarichi professionali conferiti prima dell'assenza stessa.

Buona parte delle due predette azioni positive (sulla flessibilità e sul reinserimento) è già stata realizzata in attuazione di un progetto presentato ai sensi dell'art. 9 della l. 53/2000 e dei precedenti piani di azioni positive. –

- **BILANCIO COMPETENZE**: attuazione di progetti di miglioramento organizzativo volti alla valorizzazione delle competenze delle lavoratrici e dei lavoratori, attraverso la mappatura delle competenze professionali e l'affidamento di incarichi adeguati che valorizzino altresì le differenze di genere e le pari opportunità

- individuazione e rimozione di eventuali aspetti discriminatori nei sistemi di valutazione del personale, privilegiando i risultati rispetto alla mera presenza;

- garanzia di formazione e aggiornamento professionale delle/dei dipendenti con modalità organizzative conciliative, idonee a favorirne la partecipazione (art. 57 del D. Lgs. 165/2001), attribuendo priorità nella partecipazione alle iniziative formative e/o di aggiornamento a coloro che nell'ultimo quinquennio abbiano partecipato a non più di tre attività formative per cause indipendenti dalla loro volontà (prolungati periodi di assenza dal servizio per malattia, maternità, etc., ovvero mancato accoglimento, da parte dell'Azienda, di richieste di formazione provenienti dall'interessato);

- Individuazione di uno "spazio relax" interno o esterno per permettere ai dipendenti di deconcentrarsi durante la pausa pranzo

Soggetti coinvolti: Direzione Aziendale, U.O.C. Gestione Risorse Umane, U.O. Formazione, U.O. Attività Informatiche, UO Qualità e Servizio professioni sanitarie e sociali, Dipartimenti assistenziali.

Tempi: durata del Piano.

3c. "Favorire politiche di conciliazione tra vita lavorativa e responsabilità familiari".

Azioni:

- conciliazione tra responsabilità professionali e responsabilità familiari attraverso la prestazione di servizi aziendali di cura a favore dei figli minori dei/delle dipendenti, stipulando apposite convenzioni aziendali con le imprese operanti nel settore che assicurino ai/delle dipendenti condizioni più vantaggiose, anche dal punto di vista economico, attraverso la partecipazione aziendale ai relativi costi.

- "ASILI NIDO AZIENDALI" come intervento e servizio a supporto della famiglia:

- "CAMPUS ESTIVO" per i bambini e ragazzi, durante il periodo estivo quando entrambi i genitori lavorano e non hanno possibilità di organizzarsi per coprire l'intero periodo di sosta dall'attività scolastica o non hanno reti familiari per il supporto di cura.

Soggetti coinvolti: Direzione Aziendale, UO Gestione risorse Umane, UO Risorse finanziarie, Provveditorato, URP

Tempi: tutta la durata del piano

4 Obiettivo Affermazione dei principi dell'integrazione nell'organizzazione del lavoro

Azioni:

informazione e partecipazione di tutti i/le dipendenti alla vita aziendale, inclusi gli assenti dal lavoro per lunghi periodi, attraverso un sistema di comunicazione efficace ed omogeneo che assicuri la circolazione delle informazioni riguardanti l'organizzazione del lavoro, la gestione del personale, l'accesso alla formazione e alla progressione professionale e qualsivoglia altro aspetto della vita aziendale, quale sistema da realizzarsi mediante la definizione di un piano di comunicazione interna che anche attraverso il linguaggio tenga conto della presenza in Azienda sia di donne che di uomini.

Soggetti coinvolti: Direzione Aziendale, Collegio sindacale, UO Formazione, URP, UO Gestione e sviluppo risorse umane, tutte le Unità operative

Tempi: tutta la durata del Piano

5 Obiettivo Prevenire le discriminazioni, il mobbing, la violenza

Azioni:

- Diffusione del Codice di Condotta per la prevenzione delle discriminazione e del mobbing.

- Realizzazione Progetto IPAZIA "STRATEGIE DI PREVENZIONE DELLA VIOLENZA CONTRO LE DONNE E I MINORI, ATTRAVERSO LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI CON PARTICOLARE RIGUARDO AGLI EFFETTI DEL COVID-19"

Soggetti coinvolti: Direzione Aziendale, U.O.C. Gestione Risorse Umane, UO Formazione, tutte le Unità operative, URP

Tempi: tutta la durata del Piano

6 Obiettivo diffusione di una cultura di collaborazione e rispetto della dignità umana nell'ambiente di lavoro

Azioni:

- consulenze su strumenti e modalità di contrasto e prevenzione del mobbing e delle discriminazioni;
- percorsi formativi-informativi su mobbing e discriminazioni (aspetti: sociali, psicologici, medici e legali).

Soggetti coinvolti: UO Formazione, U.O.C. Gestione Risorse Umane, tutte le Unità Operative

Tempi: tutta la durata del Piano.

6 Obiettivo Sviluppare un maggior livello di autoefficacia, così da favorire l'efficienza nel lavoro individuale e in equipe, incrementare il livello di soddisfazione del dipendente

Azioni:

- Umanizzazione delle cure. Il Covid -19 ha sollecitato il dibattito sui processi di umanizzazione delle cure attraverso il cambiamento organizzativo del settore assistenziale. Il CUG propone di realizzare un PROGETTO che preveda la presenza di un Dirigente Psicologo in affiancamento al Coordinatore delle Professioni Sanitarie, per un tempo definito in base ai bisogni rilevati, al fine di sostenere i Coordinatori nella messa in pratica di quanto appreso durante gli eventi formativi svolti, così da contribuire al miglioramento del clima relazionale all'interno delle UU.OO. e alla risoluzione di eventuali criticità. L'obiettivo è quello di rendere più funzionale ed efficace il lavoro d'equipe e migliorare il benessere degli operatori. – A sostegno dell'azione progettuale vengono proposti dei momenti formativi accreditati : a) "Sviluppare le abilità di comunicazione" volto a fornire agli operatori strumenti per acquisire competenze e abilità comunicative utili nelle relazioni di aiuto, dando anche risalto agli aspetti emotivi che influenzano la qualità della comunicazione e la gestione dei "pazienti difficili" b) "L'impatto psicologico della Pandemia "rivolto agli operatori per promuovere e sostenere i cambiamenti nei comportamenti individuali necessari in una condizione eccezionale. I cambiamenti comportamentali richiesti dalla pandemia (distanziamento fisico; mascherine; igiene personale; misure restrittive nella mobilità, ecc) rappresentano una sorta di modello prototipico di un'area spesso sottovalutata nella medicina clinica, ossia come far sì che gli schemi comportamentali individuali e lo stile di vita mutino e si adattino alle necessità del momento. I cambiamenti richiesti, coinvolgono una numerosa serie di fattori (preparazione al cambiamento richiesto, persuasione, erogazione di incentivi, coercizione, training, restrizione, ristrutturazione comportamentale, uso di modelli comportamentali e abilitazione al cambiamento) dalla cui interazione deriva il raggiungimento o meno dell'obiettivo desiderato. Si tratta delle stesse dimensioni che entrano in gioco quanto chiediamo ai nostri pazienti di smettere di fumare, di cambiare il regime dietetico, di aumentare il livello di attività fisica, di assumere i trattamenti prescritti, ecc. c) "COVID e smart working" per ripensare il lavoro, non disperdere l'esperienza di questi mesi, prevedere maggiore flessibilità e autonomia nella scelta del luogo e dell'orario di lavoro, spingere a una maggiore responsabilizzazione sui risultati. Tra gli aspetti positivi, infatti ci sono il miglioramento delle competenze digitali dei

dipendenti (71%) e il ripensamento ai processi aziendali (59%). "L'emergenza Covid19 ha accelerato una trasformazione del modello di organizzazione del lavoro che in tempi normali avrebbe richiesto anni

Soggetti coinvolti: tutte le Unità Operative e U.O. Formazione.

7 Obiettivo Il CUG informa

Azioni:

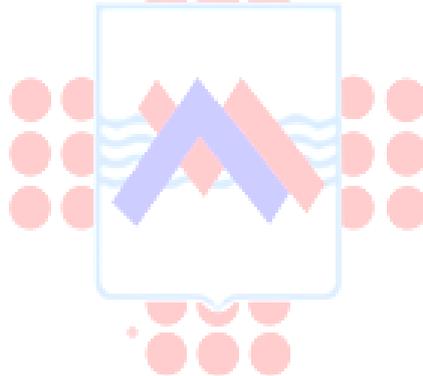
- costituzione di un gruppo di lavoro per la redazione di documentazione di facile accesso (opuscoli, altro) su vari argomenti in materia di pari opportunità, benessere lavorativo e contrasto delle discriminazioni.
- istituzione di un punto d'ascolto.

Soggetti coinvolti: Direzione Aziendale, U.O.C. Gestione Risorse Umane, U.O.C. Psicologia, CUG, Ufficio Relazioni Sindacali, OO.SS./RSU,URP

Tempi di realizzazione: entro il 2022.

Per ciascuna azione sarà verificata la possibilità di candidatura ai finanziamenti previsti dalla legislazione vigente.

Al CUG, in collaborazione con l'Ufficio Relazioni Sindacali, entro i limiti delle rispettive competenze, è affidato il compito di supporto ai vari soggetti coinvolti nell'attuazione del presente piano e di verifica periodica dello stato di realizzazione delle azioni sopra specificate, anche attraverso le relazioni che annualmente saranno loro trasmesse dagli stessi soggetti attuatori. Il CUG, a sua volta, relazionerà annualmente alla Direzione Generale Aziendale per il tramite dell'Ufficio Relazioni Sindacali, che darà informative alle OO.SS./RSU.



4. SEZIONE IV. MONITORAGGI

L'attività di monitoraggio, oltre quella prevista dai successivi paragrafi, coinvolge i seguenti soggetti:

- il gruppo di lavoro del PIAO;
- le funzioni responsabili di ciascuna Sezione del PIAO;
- i responsabili delle diverse articolazioni competenti.

L'attività riferita alla rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti è curata dall'Unità Operativa Complessa (U.O.C.) Formazione, Qualità e Comunicazione Strategica.

4.1 Il monitoraggio Valore Pubblico e Performance

Il monitoraggio della sezione Valore pubblico prevede l'intervento da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

Quanto alla sezione Performance il monitoraggio avviene secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150.

Nello specifico la Asl predisporrà entro il 30 giugno, secondo quanto previsto dall'art. 10, comma 1, lett. b, del D.Lgs. 150/2009, la "Relazione annuale sulla performance", che è approvata dalla Direzione Strategica e validata dall'Organismo di valutazione e che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato.

L'aggiornamento del Piano andrà effettuato su base annuale o al verificarsi di novità normative e/o programmatiche, che richiedono modifiche imprescindibili al documento.

Comunicazione del Piano della Performance

4.2 Il monitoraggio Rischi Corruttivi e Trasparenza

La gestione del rischio si completa con la successiva azione di monitoraggio, che comporta la valutazione del livello di rischio tenendo conto delle azioni di risposta ossia delle misure di prevenzione introdotte.

La presente sottosezione individua il sistema di monitoraggio sull'implementazione delle misure e definisce un sistema di reportistica per consentire al Responsabile della prevenzione della corruzione di monitorare costantemente "l'andamento dei lavori" e di intraprendere le iniziative più adeguate nel caso di scostamenti.

Oltre l'applicativo informatico, dal 2020 è utilizzato lo strumento delle audizioni con i Direttori di UU.OO. e i loro collaboratori, con la finalità di migliorare l'attuazione del monitoraggio riducendo al minimo i rischi da autoreferenzialità.

Il sistema di audit programmato e ciclo rotatorio pluriennale per le aree a rischio sarà oggetto di utilizzazione anche nel 2022.

L'aggiornamento annuale della sottosezione relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO deve tener conto dei seguenti fattori:

- normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;
- normative sopravvenute che modificano le finalità istituzionali dell'Azienda, mediante - a titolo esemplificativo - la acquisizione di nuove competenze;
- emersione di rischi non considerati in fase di predisposizione della sottosezione relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO;
- nuovi indirizzi o direttive contenuti nel P.N.A.

4.3 Il monitoraggio Organizzazione e Capitale Umano

Il monitoraggio è effettuato con cadenza semestrale a cura dell'UOC Gestione Risorse Umane.

APPENDICI

Appendice 1 – Allegati alla sottosezione 2.3 “Rischi corruttivi e trasparenza”

- ALLEGATO 1. Registro dei processi 2022-2024
- ALLEGATO 2. Relazione RPCT 2021
- ALLEGATO 3. Tabella sugli Obblighi pubblicazione
- ALLEGATO 4. Settimana della Trasparenza
- ALLEGATO 5. Consulta Pubblica 2022
- ALLEGATO 6. Piano formazione Anticorruzione 2022
- ALLEGATO 7. Report Monitoraggio 2021

Appendice 2 – Allegati alla sottosezione 3.2 “Organizzazione del lavoro agile”

- ALLEGATO 1. – Istanza di accesso al Lavoro Agile
- ALLEGATO 2. - Accordo Individuale per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile

Appendice 3 - Allegati alla sottosezione 3.3 “Piano triennale dei fabbisogni”

- ALLEGATO 1. PTFP 2022-2024

