



**PIANO DELLA PERFORMANCE
DELL'ASM - AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA
TRIENNIO 2021-2023**

ANNO 2021

Sommario

PREMESSA	5
1. IDENTITA' AZIENDALE	6
1.1 CHI SIAMO	6
1.2 COSA FACCIAMO	7
1.3 ANALISI DEL CONTESTO	8
1.3.1 <i>Il contesto territoriale</i>	8
1.3.2 <i>Il contesto demografico</i>	9
1.3.3 <i>L'emergenza da COVID – 19 e le principali misure aziendali</i>	10
1.4 LE RISORSE UMANE	11
1.5 LE RISORSE TECNOLOGICHE	13
1.6 LE RISORSE ECONOMICO - FINANZIARIE	16
1.7. COME OPERIAMO	17
1.7.1 <i>Gli organi</i>	17
1.7.2 <i>L'assetto organizzativo</i>	18
1.7.3 <i>Organigramma Aziendale</i>	20
1.7.4 <i>Il Sistema dell'offerta assistenziale</i>	25
2. LE DIMENSIONI DELLA PERFORMANCE E GLI INDIRIZZI STRATEGICI	29
2.1 IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	29
2.1.1 <i>Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance</i>	29
2.1.2 <i>La Performance Organizzativa</i>	29
2.1.3 <i>La Performance individuale</i>	35
2.2 GLI INDIRIZZI STRATEGICI	37
2.2.1 <i>Obiettivi strategici per il triennio 2021 -2023 (aggiornamento anno 2021)</i>	40
2.3. COERENZA ED INTEGRAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE CON LE PRINCIPALI ATTIVITÀ E FUNZIONI AZIENDALI 50	
2.3.1 <i>Coerenza con la programmazione economico – finanziaria e di bilancio</i>	50
2.3.2 <i>Coerenza con il Piano Triennale Anticorruzione</i>	51
2.3.3 <i>Coerenza con il Piano Triennale della Trasparenza</i>	53
2.3.4 <i>Coerenza con il manuale delle procedure</i>	54
2.3.5 <i>Il Piano Operativo Lavoro Agile (POLA)</i>	55
3. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	56
3.1 IL PROCESSO SEGUITO	56
3.1.1 <i>Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano</i>	56
3.2 AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DELLA PERFORMANCE	57
3.3 IL MONITORAGGIO DEL PIANO	58

ALLEGATI..... 60

- 1. DELIBERA N. 75 DEL 29/01/2021 AD OGGETTO “APPROVAZIONE DOCUMENTO “LINEE DI INDIRIZZO PER L’ADOZIONE DEL PIANO ORGANIZZATIVO LAVORO AGILE” – POLA”
60**
- 2. DELIBERA N. 74 DEL 29/01/2021 AD OGGETTO “APPROVAZIONE DOCUMENTO “PIANO TRIENNALE AZIONI POSITIVE 2019/2021 - AGGIORNAMENTO ANNO 2021” 60**

EXECUTIVE SUMMARY

Il Piano della *performance* (art. 10 c. 1 lett. a d.lgs. 150/2009) è un documento programmatico triennale definito dall'organo di indirizzo politico-amministrativo in collaborazione con i vertici dell'amministrazione, secondo gli indirizzi impartiti dal Dipartimento della Funzione Pubblica (ai sensi del DPR 105/2016), da emanarsi entro il 31 gennaio di ogni anno. Il Piano individua le linee di indirizzo programmatico e strategico aziendale e definisce gli obiettivi e gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'azienda, nonché gli obiettivi da assegnare a ciascuna struttura e al personale dirigenziale.

La performance organizzativa pone al centro efficienza ed efficacia e tiene conto delle risorse disponibili e dell'impatto atteso, come riferimento ultimo di medio-lungo periodo degli obiettivi prefissati. Le finalità sono, dunque, quelle di: individuare gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi dell'amministrazione; definire gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance; definire gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale e i relativi indicatori.

Sulla base del d.lgs. 150/2009, modificato dal d.lgs. 74/2017, le amministrazioni pubblicano e aggiornano annualmente un documento di pianificazione e programmazione, Piano della Performance, che ne descrive il funzionamento; in tale documento, ciascuna amministrazione, tenuto conto del quadro normativo di riferimento, nonché degli indirizzi forniti dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP), riporta anche i ruoli e le responsabilità di ciascuno dei soggetti coinvolti nelle diverse fasi di programmazione, misurazione, valutazione e rendicontazione.

Il decreto legislativo del 25 maggio 2017, n. 74, ha introdotto, a partire dal ciclo di gestione della *performance* 2018-2020, una nuova articolazione degli obiettivi, prevedendo la definizione di obiettivi specifici, programmati dalle singole amministrazioni su base triennale, in coerenza con gli obiettivi generali determinati con apposite linee guida adottate con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri.

Le linee guida n. 3 (L.G. per la Redazione della Relazione sulla Performance), seguono le precedenti, che rispettivamente riguardavano il Piano della performance (n. 1, giugno 2017) e il Sistema di Misurazione e Valutazione (n. 2, dicembre 2017) e sostituiscono le delibere Civit che si occupavano dell'argomento, (n. 6/2013 "Linee Guida relative al ciclo di gestione della Performance anno 2013"; n. 89/2010 e n. 104/2010, n. 112/2010 "Struttura e modalità di redazione del Piano della performance").

I punti di particolare attenzione suggeriti dalle Linee Guida n. 1/2017, in coerenza con le modifiche apportate al D.Lgs. 150/2009 dal D.Lgs 74/2017, già in gran parte recepiti nei Piani della Performance della ASM degli anni precedenti, sono stati ampiamente inclusi e sviluppati nel presente Piano, e riguardano:

- il riallineamento temporale del ciclo della performance con il ciclo di programmazione economico finanziaria e con quello della programmazione strategica;
- una maggiore attenzione al livello "alto" della pianificazione e alla centralità della performance organizzativa, facendo riferimento ai risultati attesi dall'organizzazione nel suo complesso;
- articolazione sintetica del Piano riportando le priorità programmatiche e gli obiettivi "specifici" per il triennio connessi alla "performance organizzativa" dell'Azienda, fermo restando che a ciascun dirigente in servizio dovranno essere assegnati obiettivi ai fini della valutazione della performance individuale, formalizzati con le modalità previste dal Sistema di misurazione e valutazione della stessa amministrazione.

Il presente Piano della Performance è suddiviso in tre parti principali:

- la prima è dedicata alla presentazione e all'identità aziendale, nella quale, dopo aver descritto "chi siamo e cosa facciamo", si fornisce l'analisi del contesto esterno ed interno nel quale opera l'Azienda, facendo riferimento soprattutto all'offerta dei servizi e ai livelli essenziali assicurati alla popolazione di riferimento. In particolare, il contesto esterno viene rappresentato attraverso la descrizione dell'assetto territoriale e demografico, cui si aggiunge il nuovo scenario delineatosi per effetto dell'emergenza connessa alla diffusione del COVID 19, necessario per comprendere le dinamiche relative alla domanda ed all'offerta di prestazioni. Il contesto interno, invece, viene rappresentato attraverso la descrizione dell'articolazione organizzativa aziendale, delle risorse umane e finanziarie impiegate e del sistema dell'offerta sanitaria. L'analisi di contesto si conclude con la rappresentazione della matrice SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats), in cui sono sintetizzati, da una parte i punti di forza e quelli di debolezza emersi dal contesto interno e, dall'altra, le minacce e le opportunità rivenienti dal contesto esterno. Gli obiettivi strategici per la realizzazione del mandato della Direzione sono declinati in perfetta coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale, (obiettivi di salute e programmazione sanitaria di cui alla DGR n. 129/2020) e con il budget operativo aziendale 2021;
- nella seconda parte sono indicate le dimensioni della performance e sono individuati gli indirizzi programmatici aziendali, gli obiettivi strategici, rivenienti dagli obiettivi regionali di salute e di programmazione sanitaria formalizzati con D.G.R. n. 129/2020, così come declinati negli obiettivi operativi, con l'indicazione puntuale dei relativi indicatori di misurazione da utilizzare per la valutazione del grado di raggiungimento dei risultati attesi rispetto agli obiettivi definiti. Nello specifico, per ogni obiettivo vengono individuati uno o più indicatori ed i relativi target ai fini di consentire la misurazione e la valutazione della performance. Gli obiettivi contenuti nel Piano e declinati nelle singole schede di budget assegnate alle strutture aziendali sono gli stessi utilizzati per la valutazione del personale dirigenziale;
- nella terza parte si descrive il ciclo di gestione della performance, con la rappresentazione dell'Albero della Performance, in un quadro di coerenza con tutto l'impianto programmatico aziendale e con i documenti in cui lo stesso si sostanzia (programmazione economico – finanziaria, Piano della Trasparenza, Piano della prevenzione della corruzione), ponendo attenzione all'individuazione delle azioni di miglioramento del processo.

Costituiscono allegati del Presente Piano della Performance:

- la deliberazione aziendale n. 75 del 29/01/2021 avente ad oggetto "Approvazione documento "Linee di Indirizzo per l'adozione del piano Organizzativo Lavoro Agile" – POLA, predisposto in conformità alle disposizioni dell'art. 263 del decreto-legge n. 34 del 2020, convertito con modificazioni dalla legge n. 77 del 2020, per effetto delle quali le amministrazioni pubbliche, entro il 31 Gennaio di ciascun anno (a partire dal 2021), redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), quale sezione del Piano della Performance;
- la deliberazione aziendale n. 74 del 29/01/2021 avente ad oggetto "Approvazione documento "Piano Triennale Azioni Positive 2019/2021 - Aggiornamento anno 2021", ai sensi della Circolare n. 2 della Funzione Pubblica "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche", che prevede, in ragione del collegamento con il ciclo della performance, il Piano triennale di azioni positive deve essere aggiornato entro il 31 gennaio di ogni anno, anche come allegato al Piano della performance.

PREMESSA

L'Azienda sanitaria di Matera, in ossequio a quanto previsto dalla normativa vigente, intende sviluppare il proprio ciclo della performance al fine di migliorare la propria capacità di risposta alle esigenze del cittadino attraverso il soddisfacimento della *mission* e della *vision* aziendale.

Lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance è definito Piano della Performance, laddove la *performance* è intesa come il contributo apportato dall'Azienda attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi definiti, volti, in ultima analisi, alla soddisfazione dei bisogni di salute della collettività di riferimento.

In tal senso, la performance si configura come la capacità dell'Azienda di trasformare gli obiettivi in risultati attraverso azioni concrete, e la valutazione della performance consente di misurare il grado di raggiungimento dei risultati attesi rispetto agli obiettivi predefiniti.

Il Piano delle Performance è il documento programmatico triennale nel quale, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i target sui quali si baserà la misurazione, la valutazione nonché la rendicontazione della performance stessa.

Lo scopo del Piano delle Performance è assicurare la qualità della rappresentazione della performance stessa, la comprensibilità per gli stakeholders individuati (pazienti e loro rappresentanti, cittadini, personale dipendente e convenzionato e loro rappresentanze, istituzioni, fornitori aziendali, imprese), nonché l'attendibilità della stessa misurazione, favorendo un'effettiva accountability e trasparenza, in un'ottica di miglioramento continuo dei risultati.

Il presente Piano della performance è adottato ai sensi del D. Lgs. n. 150/2009 e D. Lgs. n. 74/2017, in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio ed in massima aderenza con gli obiettivi di mandato assegnati al Direttore Generale e con gli obiettivi di salute definiti dalla Regione Basilicata, in armonia con il quadro normativo nazionale e regionale.

Esso comprende:

- gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi contenuti;
- gli obiettivi e gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance di ciascuna struttura e la performance individuale.

Di fatto il Piano della Performance è un documento strategico programmatico in cui trovano sintesi ed integrazione, in modo coerente, sistematico e trasversale, i diversi documenti di pianificazione e programmazione aziendali, quali, in particolare: i Documenti di Budget, il Piano della Trasparenza, il Piano della Prevenzione della Corruzione. Esso, pertanto, costituisce il principale strumento di comunicazione integrato dell'Azienda rivolto agli stakeholder di riferimento.

In conformità alle indicazioni contenute nel D. Lgs. 150/2009 e s.m.i., il presente documento, che costituisce un aggiornamento del Piano della Performance adottato con deliberazione aziendale n. 50/2020, recepisce sia l'evoluzione del contesto determinato dallo stato emergenziale connesso alla diffusione del COVID 19 che ha interessato l'intero pianeta, sia le variazioni degli obiettivi e degli indicatori della performance organizzativa e individuale intervenuti nel corso dell'esercizio.

Il piano è reso conoscibile e scaricabile on line sul sito dell'azienda (www.asmbasilicata.it.) ad esclusione degli allegati tecnici, come previsto da normativa.

1. IDENTITA' AZIENDALE

1.1 Chi siamo

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, d'anzì 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 km², 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

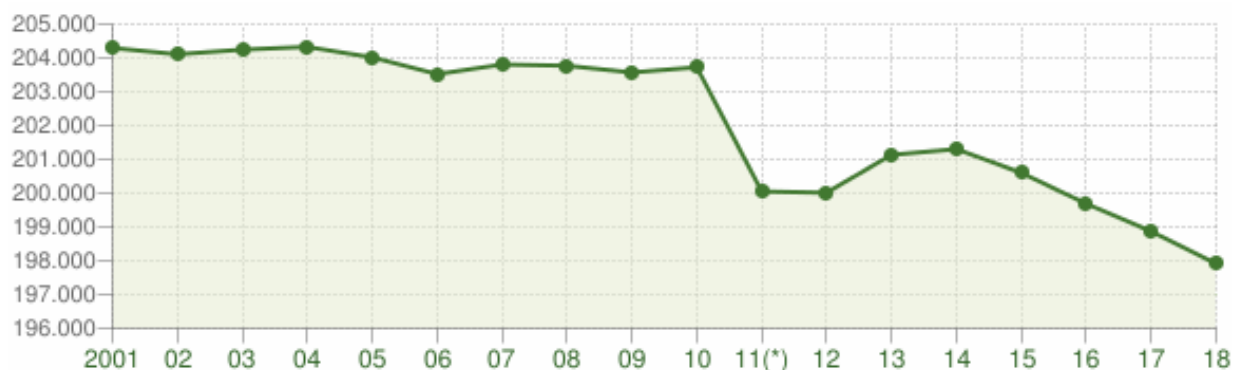
una “dispersione” della popolazione che in alcuni casi diventa vero e proprio “isolamento”, per l’effetto congiunto delle criticità, sia funzionali che strutturali, che caratterizzano il sistema viario locale ed in particolare la rete stradale e più in generale quella dei trasporti.

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 18 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 2018 (ultimo dato disponibile), in cui il numero dei residenti è inferiore a 198.000, con una riduzione superiore a 5.000 unità.



Andamento della popolazione residente

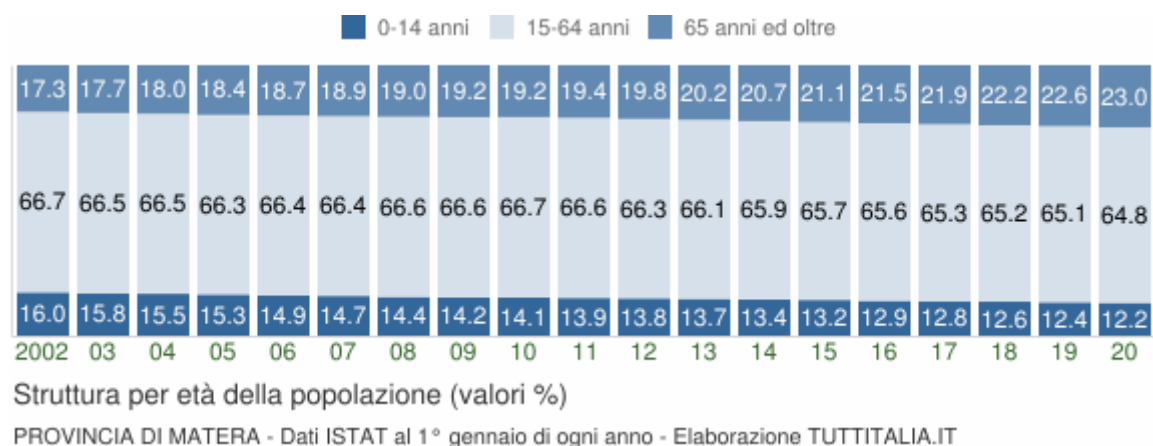
PROVINCIA DI MATERA - Dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) 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.



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 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 SOSPESE 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;

1.4 Le risorse umane

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera rappresenta la principale azienda della provincia per numero di dipendenti, pari a quasi 2.000 operatori, cui si aggiunge il personale con rapporto di convenzione costituito mediamente da 176 Medici di Medicina Generale, 25 Pediatri di Libera Scelta, 124 Medici della Continuità Assistenziale, 30 Specialisti Interni, di cui 20 medici e 10 veterinari.

Le risorse umane dell'ASM, che assieme a quelle finanziarie, sono fondamentali per il compimento della mission aziendale, negli ultimi anni hanno subito una significativa contrazione per effetto del blocco del turn over operato in attuazione delle politiche di riduzione della spesa pubblica e dei conseguenti vincoli finanziari stabiliti a livello nazionale e recepiti dalla normativa regionale.

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

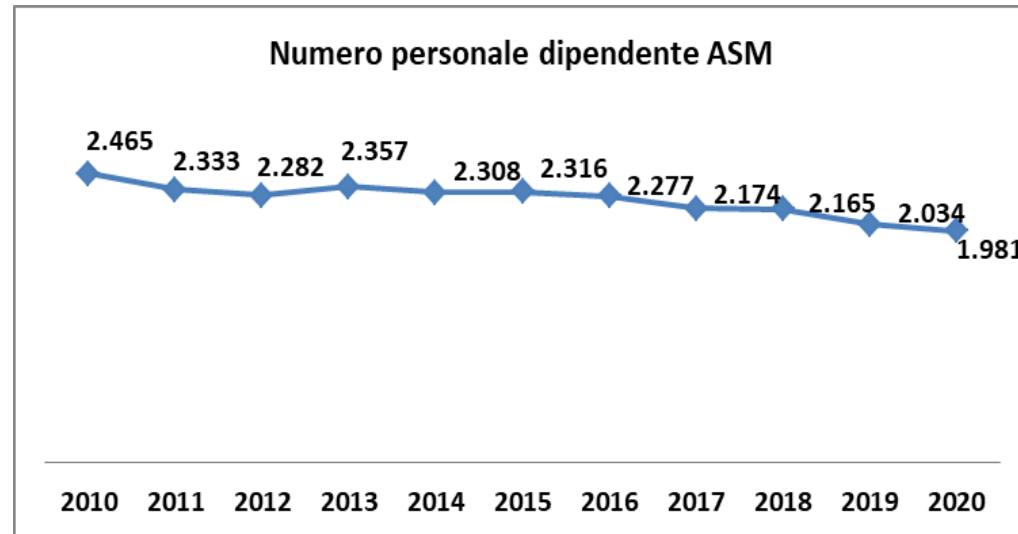
Per tale ragione, in data 25/11/2020, con deliberazione aziendale n. 1065 è stato adottato in via definitiva il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2019-2021 – Aggiornamento 2020, in cui è stata prevista l'assunzione di 38 dirigenti medici, 4 dirigenti sanitari non medici, 68 unità nell'Area del Comparto sanitario;

Successivamente, in data 10/12/2020 con deliberazione aziendale n. 1121 è stato adottato in via provvisoria il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale per il triennio 2021-2023, approvato dalla Regione Basilicata con DGR n.938 del 22/12/2020 nel quale, per il 2021, è prevista l'assunzione di 82 dirigenti nell'area medico-sanitaria, nonché n. 41 unità nel Comparto ruolo sanitario. L'attuazione del PTFP, sotto il profilo della capacità assunzionale, rimane, tuttavia, subordinata al rigoroso rispetto delle determinazioni della Regione Basilicata in ordine alla indicazione dei limiti di spesa di cui all'art. 20 comma 4 della L.R. n. 16/2012.

Conseguentemente, le assunzioni indicate per il triennio 2021-2023 potranno essere disposte soltanto previa verifica, da effettuarsi di volta in volta, in merito alla compatibilità economica delle stesse con il rispetto del tetto di spesa del personale stabilito a livello regionale.

La tabella ed il grafico seguenti rappresentano in maniera efficace il trend decrescente del numero di personale dipendente, che in un decennio ha evidenziato una contrazione netta di oltre 400 unità (-17%), sia nell'area della dirigenza (-13%), sia, in maggior misura, nell'area del comparto (-18%).

Personale presente al 31/12/2020	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	scostamento	
AREA DIRIGENZA	560	531	519	516	525	525	517	523	516	489	482	-78	-13%
AREA COMPARTO	1.905	1.802	1.763	1.841	1.783	1.791	1.760	1.651	1.649	1.545	1.499	-406	-18%
Totale complessivo	2.465	2.333	2.282	2.357	2.308	2.316	2.277	2.174	2.165	2.034	1.981	-484	-17%



1.5 Le risorse tecnologiche

Le principali tecnologie biomediche in dotazione della ASM alla fine del 2020 risultano le seguenti, suddivise per aree di pertinenza:

AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI/INTERVENTISTICA

1. Risonanza magnetica nucleare (RMN): n. 2 sistemi da 1,5 Tesla, ubicati presso le UU.OO. di Radiologia del P.O. di Matera e del P.O. di Policoro, ad elevati gradienti, che consentono l'esecuzione di esami ad elevata risoluzione ed in tempi ridotti. I sistemi dispongono di innovativi software di analisi per ampliare il set di esami disponibili. Uno per tutti il software per la cardio risonanza disponibile presso il P.O. di Matera. Si aggiunge una risonanza articolare installata presso il P.O di Tricarico;
2. Tomografia assiale Computerizzata (TAC): n. 2 sistemi da 64 slice, ubicati presso le UU.OO. di Radiologia del P.O. di Matera e del P.O. di Policoro, che consentono l'esecuzione di esami ad elevata risoluzione in tempi ridotti. Si caratterizzano inoltre per la presenza di accessori e pacchetti applicativi che consentono l'esecuzione di esami di colonscopia virtuale, di cardio TAC a bassa dose, di studi delle perfusioni cerebrali, dei noduli e delle lesioni polmonari, oltre che della funzionalità vascolare. Inoltre sono state installate n. 1 TAC per il P.O. di Matera, da 32 slice. Nell'anno 2021 verrà installata una nuova TC presso l'U.O. di Radiologia del P.O. di Matera, di nuova generazione e con un'elevata risoluzione;
3. Tomografo ad emissione di positroni con tomografia assiale computerizzata (PET/TC mobile): n. 1 sistema, ubicato presso il P.O. di Matera, caratterizzato dalla possibilità di associare le informazioni di tipo fisiologico, tipiche della PET, a quelle di tipo morfologico del distretto anatomico esaminato, desunte dalla TAC. Con l'esame PET si ottengono mappe dei processi funzionali all'interno del [corpo](#); In ambito oncologico, su indicazione dello specialista, la PET/TC permette di rispondere a quesiti specifici quali la diagnosi di malattia, la sua stadiazione (diffusione locale ed a distanza), valutazione della risposta alla terapia medica, diagnostica differenziale tra recidiva di malattia e fibrosi post-trattamento;
4. Gamma Camera: n. 2 sistemi, ubicati presso il P.O. di Matera, utilizzati in medicina nucleare per l'acquisizione di immagini scintigrafiche, per la ricerca e la diagnostica di patologie tumorali. Le immagini rappresentano visivamente la distribuzione, nel corpo umano, della radioattività emessa dai radiofarmaci iniettati nel paziente a scopo diagnostico o terapeutico. Nell'anno 2020 è stata sostituita una gamma camera con una SPECT-TC;
5. Angiografo: n. 3 sistema, ubicati presso le Sale Operatorie del P.O. di Matera, utilizzati per le attività di emodinamica (coronarografie, angioplastiche), di elettrofisiologia (ablazione vie anomale, impianti pace-maker), per le attività di radiologia diagnostica ed interventistica (angiografie periferiche, embolizzazione di sanguinamenti, trattamento chemioembolizzante di epatocarcinomi, sclerotizzazione di varicocele, angioplastiche carotidiche....), per le attività di chirurgia vascolare e di endoscopia digestiva (ERCP). Nell'anno 2021 sarà sostituito uno degli angiografi a servizio dell'emodinamica;
6. Mineralometria ossea computerizzata (MOC): n. 2 sistemi, ubicati presso le UU.OO. di Radiologia del P.O. di Matera e del P.O. di Tinchì. Il sistema installato a Matera, permette l'esecuzione di esami non disponibili in Regione Basilicata. Oltre a consentire la misurazione della densità minerale ossea anche in pazienti protesizzati, permette la valutazione del rischio di frattura a 10 anni con il metodo FRAX per il femore, oltre alla valutazione della composizione corporea (massa magra e massa grassa). Inoltre viene garantita l'esecuzione di esami ad alta risoluzione con tempi di scansione brevissimi, l'FDA ha autorizzato l'utilizzo di tale sistema per prevedere disturbi coronarici e cardiovascolari;
7. Mammografo: n. 4 sistemi, di cui n. 2 ubicati presso l'U.O. di Senologia del P.O. di Matera, n. 1 presso l'U.O. di Radiologia del P.O. di Policoro, e n. 1 presso il Presidio di Tinchì. Digitali diretti, sono in grado di eseguire esami ad elevata risoluzione ed in tempi ridotti. Tali sistemi sono intensivamente utilizzati nel progetto di screening regionale "Progetto Basilicata Donna", per la prevenzione dei tumori al seno, con il quale la Regione Basilicata si propone di invitare tutte le donne fra i 50 ed i 69 anni ad effettuare una mammografia gratuita. In questa fascia di età la mammografia risulta molto utile per una diagnosi precoce;

8. Ecografi alta fascia: il parco ecografico aziendale è stato quasi completamente rinnovato negli ultimi anni. Le tecnologie disponibili nei vari dipartimenti dell'azienda garantiscono diagnosi precoci e cure all'avanguardia, essendo dotate delle migliori funzionalità clinico diagnostiche e di tutti gli accessori indispensabili per garantire elevata accuratezza diagnostica e terapeutica. Esse dispongono di tutte le funzionalità più avanzate: gestione delle metodiche 2D, 3D, 4D (3D in tempo reale) e doppler. Oltre alle configurazioni generali internistiche (GENERAL IMAGING), sono presenti i moduli di seguito indicati:
- configurazione vascolare (flebologia, angiologia, transcranico);
 - modulo angiosonografico, per l'utilizzo dei mezzi di contrasto e la caratterizzazione di tessuti patologici (lesioni e metastasi epatiche, ispessimenti pareti intestinali, lesioni mammarie, ...);
 - pacchetti per applicazioni ostetrico/ginecologiche, completo di tutti gli indici fetali;
 - pacchetti per applicazioni cardiologiche, completo di tutti gli indici cardiaci;
 - pacchetti per applicazioni urologiche;
 - elastosonografia, per una definizione qualitativa e quantitativa dei tessuti;
 - ecoendoscopia, associando la risoluzione dell'endoscopia alla diagnostica ecografica;
 - moduli 3D/4D per acquisizioni volumetriche e ricostruzioni tridimensionali a mano libera;
 - configurazioni interventistiche, grazie ai pacchetti sw ed alle sonde intraoperatorie.
- Grazie al modulo DICOM è inoltre possibile integrare l'ecotomografo nel sistema di archiviazione immagini e referti aziendale e regionale: tutte le immagini ed i referti possono confluire nell'archivio ed essere resi disponibili nel dossier e nel fascicolo sanitario elettronico del paziente. Grazie all'ampia dotazione di sonde, anche in 4D, è infine possibile sviluppare ogni tipologia di indagine, anche volumetrica.
9. Ortopantomografo: n. 2 sistemi, ubicati presso le UU.OO. di Radiologia del P.O. di Matera e del P.O. di Tinchi. Il dispositivo di Matera, di tipo digitale diretto, in grado di eseguire ortopantomiche e, grazie al teladiografo, di produrre radiografie latero laterale, antero posteriore, postero anteriore e carpale;
10. Litotritore: n. 2 sistemi, ubicati presso le UU.OO. di Ortopedia del P.O. di Matera e del P.O. di Policoro, a servizio delle UU.OO. di Ortopedia e di Urologia, utilizzati per trattare le calcolosi renali-ureterali-vescicali, delle vie biliari e delle ghiandole salivari, per garantire i trattamenti ortopedici, anche su tessuti molli e delle patologie muscolo-scheletriche, oltre che delle pseudoartrosi, delle necrosi asettiche e dell'induratio penis plastica;

AREA LABORATORI

11. Laboratori centrali (chimica clinica, immunochimica, microbiologia, biologia molecolare, batteriologia, emocromocitometria, emocoagulazione, urine), attualmente ubicati presso i PP.OO. di Matera, Policoro, Stigliano, Tinchi, Tricarico. E' in fase di realizzazione un modello aziendale unificato ed omogeneo (Laboratorio Unico Logico), che, tenendo conto delle diverse peculiarità territoriali e vocazioni delle diverse strutture, garantisce nel contempo un miglioramento della qualità del servizio erogato, contenendo infine i relativi costi di gestione. Tale modello prevede l'aggregazione della processazione dei campioni nel laboratorio di riferimento per la disciplina (P.O. di Matera) e nel laboratorio per la clinica di riferimento con attività diagnostiche di base e/o specialistiche (P.O. di Policoro). Gli altri presidi mantengono una tecnologia diagnostica leggera; viene inoltre garantita una gestione unificata ed integrata dei P.T.S. e dei P.S.A. aziendali. Si segnala l'attivazione del servizio di analisi in loco dello screening di sangue occulto nelle feci;

12. Laboratori di biologia cellulare: tale laboratorio, ubicato presso il P.O. di Matera e che rientra nella gestione integrata del laboratorio logico unico, sviluppa progetti di ricerca sul funzionamento cellulare, anche nel campo emato-oncologico;
13. Laboratorio di genetica medica: tale laboratorio, ubicato presso il P.O. di Matera e che rientra nella gestione integrata del laboratorio logico unico, effettua cariotipizzazioni per diagnosi di citogenetica prenatale, postnatale ed oncoematologica (con i microscopi in dotazione). Viene inoltre gestito l'allestimento delle colture cellulari (incubatori a CO₂, stufette,..). Nel settore della chimica clinica viene svolto lo studio dei protocolli di screening per le patologie cromosomiche più frequenti (trisomia 21, 18, 13). Inoltre il laboratorio si occupa dello studio del deficit di glucosio 6-fosforato-deidrogenasi (conosciuto come favismo). Tutti gli esami sono accompagnati da una consulenza pre e post test;
14. Laboratorio di tipizzazione tissutale per trapianti d'organo, ubicato presso il P.O. di Matera e che rientra nella gestione integrata del laboratorio logico unico, la cui attività è prevalentemente rivolta alla tipizzazione dei potenziali donatori di organi solidi e di midollo osseo e per patologie associate con l'HLA. Effettua inoltre ricerca degli anticorpi anti-HLA per pazienti in lista d'attesa e pazienti nella fase di post-trapianto. E' dotato di attrezzature che consentono l'estrazione, l'amplificazione di DNA, e l'identificazione di alleli HLA (prevalentemente con biologia molecolare o metodiche di sierologia e ricerca antigeni HLA sulla superficie dei linfociti). Il Laboratorio è centro di riferimento regionale per i trapianti d'organo;

AREA ESPLORAZIONI FUNZIONALI

15. Sistema endoscopia digestiva: n. 5 sistemi completi di endoscopia (gastroscopia, colonscopia), ubicati nelle UU.OO. di Endoscopia Digestiva del P.O. di Matera, Policoro, Tinchi, Tricarico ed in Sala Operatoria del P.O. di Matera, con disponibilità di strumentazione interventistica e non solo diagnostica e di ecoendoscopia;
16. Capsula endoscopica (wireless endoscopy): n. 1 sistema, ubicato presso il P.O. di Matera, costituito da un piccolo vettore in miniatura (la capsula) in grado di attraversare tutto l'apparato gastrointestinale, trasportato dai movimenti legati alla peristalsi con la possibilità di trasmettere in tempo reale le immagini del suo percorso. Con tale dispositivo viene offerta la possibilità di esplorare in modalità non invasiva il piccolo intestino, l'esofago ed il grosso intestino (colon);
17. Colonscopia robotica: presso l'U.O. di Endoscopia Digestiva del P.O. di Matera è disponibile l'utilizzo di questa metodica innovativa, nata dallo studio dei ricercatori di robotica medica della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Tale metodica, consente, tramite l'utilizzo di sonde robot, l'esplorazione indolore ed accurata del colon, oltre che sicura per quanto riguarda le complicanze perforative, uso da farmaci per analgesia o rischi di infezione da contaminazione crociata.
18. Breath test: n. 5 sistemi ubicati nelle UU.OO. di Endoscopia Digestiva del P.O. di Matera, di Policoro, di Tinchi, di Tricarico per l'analisi dell'*helicobacter pylori* e n. 1 sistema ubicato presso l'U.O. di Endoscopia Digestiva per l'analisi dell'intolleranza secondaria al lattosio. E' stato da ultimo attivato il quinto sistema presso l'U.O. di Medicina del P.O. di Matera;
19. Termoablazione venosa mediante radiofrequenza: presso l'U.O. di Chirurgia Vascolare del P.O. di Matera si sta avviando l'utilizzo di tale metodica, che consente un trattamento più appropriato (in day surgery) della patologia varicosa degli arti inferiori. Con la stessa si evita il ricorso al trattamento chirurgico tradizionale;
20. Medicina d'Urgenza: l' U.O. dispone, ad oggi, di n. 8 posti letto, ognuno dotato di adeguato sistema di monitoraggio dei parametri vitali, pompe ad infusione per nutrizione enterale e parenterale. Completano la dotazione dei monitor portatili, ed un nuovo ecotomografo di ultima generazione, da utilizzare anche per la stroke unit.

1.6 Le risorse economico - finanziarie

La formulazione del bilancio economico preventivo 2021 e pluriennale 2021/2023, adottato con delibera aziendale n. 1087/2020, 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 2021 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 344,3 milioni di euro sono relativi alla quota indistinta e circa 7,3 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 – 2019, con le previsioni per il 2021.

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 - 2019, che ha portato, a partire dal 2013, al raggiungimento dell'equilibrio economico, che si intende consolidare anche per il 2020 e per il triennio successivo.

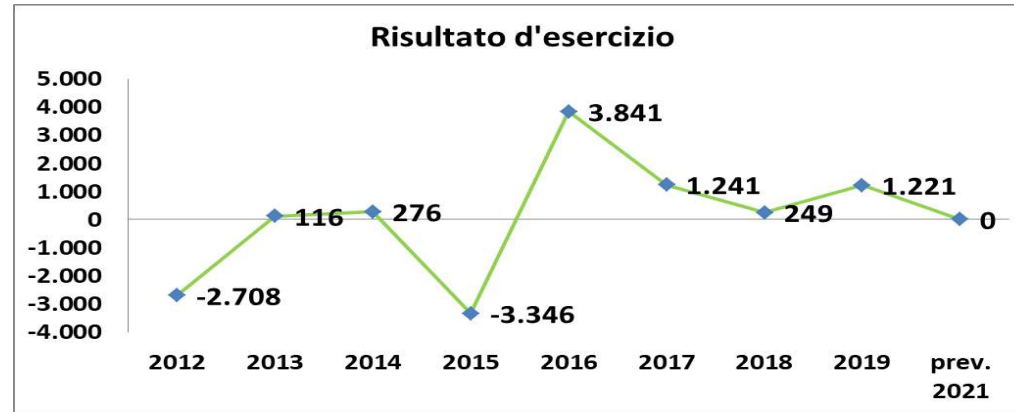
€/000	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	prev. 2021	$\Delta\%$ prev 21 - 19
valore della produzione	378.796	380.752	388.135	390.022	393.275	394.376	391.202	399.193	390.266	-2,2%
quota F.S.R.	339.241	337.204	347.491	344.383	349.538	341.200	340.783	342.781	351.600	2,6%
costi di produzione	375.327	374.243	381.970	387.295	380.591	384.807	388.472	393.978	382.856	-2,8%
marginale operativo	3.469	6.509	6.165	2.727	12.684	9.569	2.730	5.215	7.410	42,1%
risultato d'esercizio	-2.708	116	276	-3.346	3.841	1.241	249	1.221	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 2021 una previsione economica caratterizzata dal pareggio di bilancio.

Pur non avendo i dati definitivi, le prime proiezioni economiche relative al 2020 evidenziano, almeno per la gestione caratteristica, un sostanziale mantenimento dell'equilibrio di bilancio.



La Direzione aziendale sarà impegnata per il triennio 2021-2023 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.

1.7. Come operiamo

1.7.1 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.

Nel corso del 2020, 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, ha aggiornato il proprio Atto Aziendale.

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

1.7.2 L'assetto organizzativo

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

L'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'AOR San Carlo di Potenza;
- 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 macrolivelli:

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

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

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

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

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

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

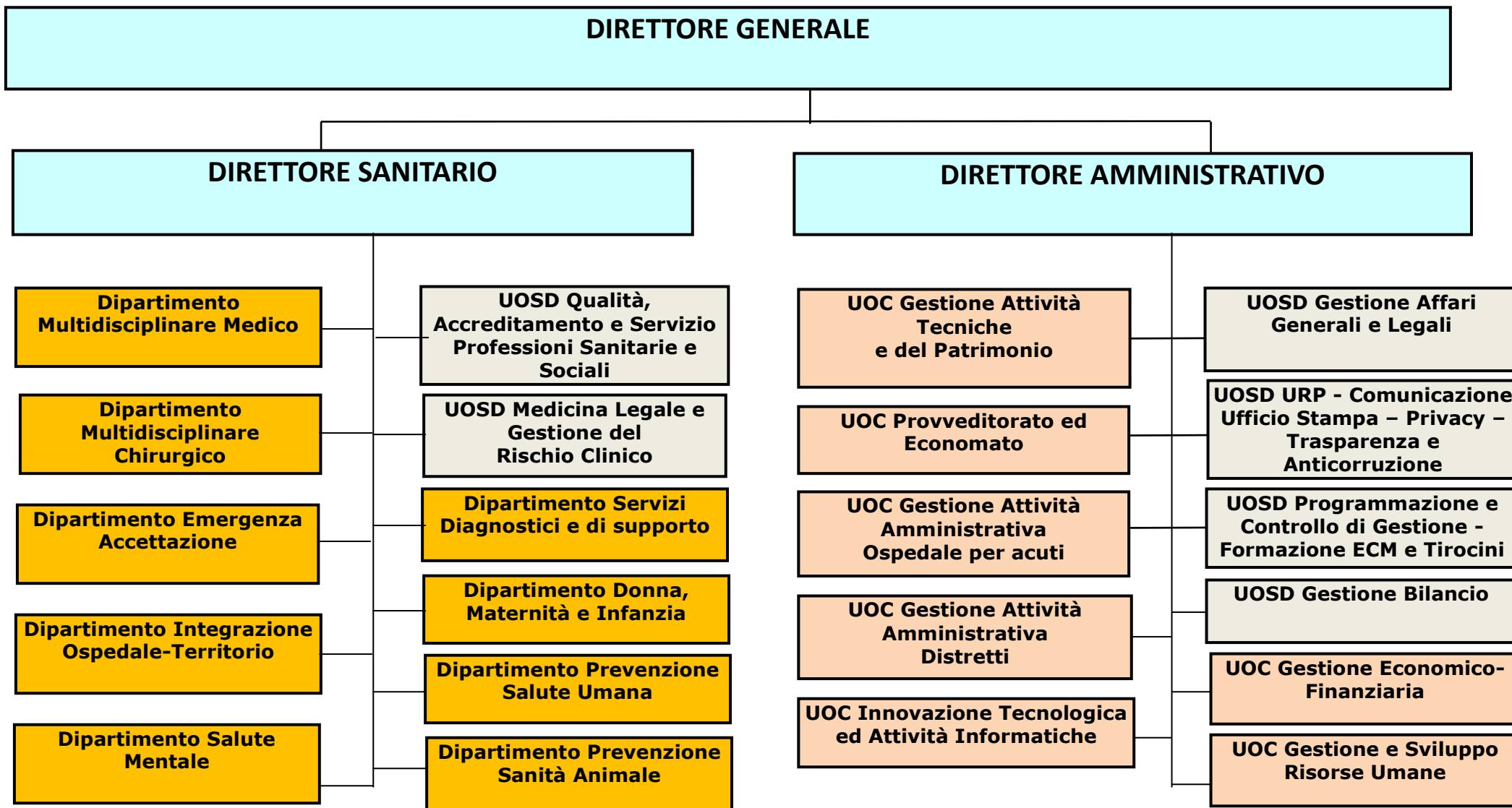
Inoltre, in ottemperanza a quanto previsto dai CC.CC.NN.LL., sono attribuiti al personale appartenente alle categorie del ruolo del Comparto alcuni incarichi professionali individuati per l'esercizio di funzioni professionali caratterizzate da un elevato grado di esperienza ed autonomia gestionale ed organizzativa o lo svolgimento di attività con contenuti di alta professionalità e specializzazione. Al riguardo, dopo aver istituito, con deliberazione n. 1131/2019, così come modificata da successiva deliberazione n. 1155/2019, gli Incarichi di Funzione del Comparto e approvato il regolamento sull'affidamento e revoca degli incarichi, nel corso del 2020, con deliberazione aziendale n.796 del 09/09/2020, si è provveduto all'assegnazione e al conferimento di 109 incarichi di funzione.

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 ha ridisegnato l'articolazione organizzativa aziendale, prevedendo accanto alla fase a regime, una fase transitoria, la cui scadenza è stata prorogata al 31/12/2022, 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.

Direzione Strategica Aziendale



Dipartimento Multidisciplinare Medico	
Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici/Semplici Dipartimentali
U.O.C. Medicina Generale Matera	U.O.S.D. Dialisi Tinchi
U.O.C. Medicina Generale Policoro	U.O.S.D. UTIIR
U.O.C. Nefrologia - dialisi e Centro Regionale Trapianti d'Organo	U.O.S.D. Oncologia Medica
U.O.C. Neurologia	U.O.S.D. Diabetologia Territoriale
U.O.C. Pneumologia	U.O.S.D. Stroke Unit
U.O.C. Geriatria	U.O.S.D. Epatologia
U.O.C. Endocrinologia	U.O.S.D. Coordinamento Regionale Trapianti
	U.O.S.D. Chemioterapia ed Ematologia
	U.O.S.D. Reumatologia
	U.O.S.D. Dialisi e Ambulatorio Nefrologia clinica Matera
	U.O.S. Elettro-neurofisiologia – Matera, incardinata presso l'U.O.C. Neurologia

Dipartimento Multidisciplinare Chirurgico	
Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici/Semplici Dipartimentali
U.O.C. Chirurgia Generale Matera	U.O.S.D. Gestione Integrata Patologie Oftalmiche
U.O.C. Chirurgia Generale Policoro	U.O.S.D. Vestibologia e Gestione Integrata Attività di Otorinolaringoiatria
U.O.C. Ortopedia Matera	U.O.S.D. Gastroenterologia Interventistica
U.O.C. Ortopedia Policoro	U.O.S.D. Day Surgery Ortopedia
U.O.C. Otorinolaringoiatria	U.O.S.D. Chirurgia Senologica
U.O.C. Oculistica	U.O.S.D. Traumatologia e Patologia della Colonna Vertebrale
U.O.C. Urologia	U.O.S.D. Endoscopia Digestiva
U.O.C. Chirurgia Plastica	U.O.S.D. Attività Chirurgiche Laparoscopiche Matera
U.O.C. Chirurgia Vascolare	U.O.S. Chirurgia dell'Orecchio, incardinata presso l'U.O.C. ORL

Dipartimento Emergenza Accettazione	
Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici/Semplici Dipartimentali
U.O.C. Anestesia e rianimazione Matera	U.O.S.D. Coordinamento Attività Anestesiologiche Matera
U.O.C. Area Critica Intensiva Policoro	U.O.S.D. Terapia Intensiva Generale Matera
U.O.C. Cardiologia e UTIC	U.O.S.D. Coordinamento Attività Anestesiologiche Policoro
U.O.C. Pronto Soccorso Matera	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. Scopenso Cardiaco e Cardiologia Riabilitativa

Dipartimento Integrazione Ospedale - Territorio	
Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici/Semplici Dipartimentali
U.O.C. Direzione Sanitaria Ospedali per Acuti	U.O.S.D. Gestione rapporti MMG/PLS
U.O.C. Direzione Distretto Matera	U.O.S.D. Coordinamento attività Domiciliari e Palliative e Ricoveri
U.O.C. Direzione Distretto Bradanica - Medio Basento	U.O.S.D. Cure Palliative - Hospice
U.O.C. Direzione Distretto Collina Materana – Metapontina	U.O.S.D. Servizio Farmaceutico territoriale
U.O.C. Medicina Fisica e Riabilitazione	U.O.S.D. Lungodegenza Tricarico
U.O.C. Lungodegenza Medica ASM	U.O.S.D. Direzione Sanitaria Policoro
U.O.C. Organizzazione Servizi Sanitari di Base	U.O.S.D. Nutrizione Clinica e Dietologia
U.O.C. Prevenzione e Trattamento Malattie dell'Apparato Respiratorio	U.O.S.D. Coordinamento Attività di Gestione Appropriately Percorsi Riabilitativi
	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 Materno Infantile	
Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici/Semplici Dipartimentali
U.O.C. Ostetricia e ginecologia	U.O.S.D. Gestione Integrata Attività Pediatriche
U.O.C. Pediatria e neonatologia	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 Servizi Diagnostici e di Supporto	
Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici/Semplici Dipartimentali
U.O.C. Patologia Clinica Matera	U.O.S.D. Laboratorio di Genetica
U.O.C. Radiologia Matera	U.O.S.D. Laboratorio Analisi Policoro/Tinchi
U.O.C. Radiologia Policoro	U.O.S.D. Senologia Diagnostica
U.O.C. Anatomia Patologica	U.O.S.D. Medicina Nucleare
U.O.C. Servizio Immunotrasfusionale	U.O.S.D. SIT Matera e Policoro – Centro Trombosi ed Emostasi
U.O.C. Farmacia Ospedaliera	

Dipartimento Salute Mentale	
Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici/Semplici Dipartimentali
U.O.C. Spazio Psichiatrico Diagnosi e Cura e Centri Diurni	U.O.S.D. Spazio Psichiatrico di Diagnosi e Cura Matera
U.O.C. Centro Salute Mentale	U.O.S.D. Centro Salute Mentale Matera
U.O.C. Neuropsichiatria Infantile	U.O.S.D. Disturbi della Condotta Alimentare
U.O.C. Ser.D. - Servizio Dipendenze Patologiche	U.O.S.D. Neuropsichiatria Infantile Territoriale
U.O.C. Psicologia Clinica	U.O.S. Gestione Strutture Residenziali Psichiatriche Città di Matera e Ambito Medio Bradano-Basento, incardinata presso l'U.O.C. CSM
	U.O.S. Gestione Strutture Residenziali Psichiatriche- Area Collina Materana e Area Jonica, incardinata presso l'U.O.C. CSM

Dipartimento Prevenzione Salute Umana	
Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici/Semplici Dipartimentali
U.O.C. Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica	U.O.S.D. Coordinamento attività Igiene e Sanità Pubblica aree distrettuali
U.O.C. Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro	U.O.S.D. Coordinamento attività Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro aree distrettuali
U.O.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	U.O.S. Gestione attività vaccinali sul territorio aziendale
U.O.C. Prevenzione Protezione e Impiantistica nei luoghi di Lavoro	

Dipartimento Prevenzione Sanità Animale	
Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici/Semplici Dipartimentali
U.O.C. Sanità Animale (Area A)	U.O.S.D. Coordinamento attività gestionali - sanitarie di emergenza veterinaria
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)	

Dipartimento Amministrativo	
Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici/Semplici Dipartimentali
U.O.C. Direzione Gestione e Sviluppo Risorse Umane	U.O.S.D Gestione Bilancio
U.O.C. Direzione Economico – Finanziaria	
U.O.C. Direzione Attività Tecniche e Gestione del Patrimonio	
U.O.C. Direzione Provveditorato ed Economato	
U.O.C. Direzione Attività Amministrative Ospedaliere DEA I Livello	
U.O.C. Direzione Attività Amministrative Ospedaliere PSA	
U.O.C. Direzione Attività Amministrative Distrettuali	
U.O.C. Innovazioni Tecnologiche ed Attività Informatiche	

Staff Direzione Sanitaria	
Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici/Semplici Dipartimentali
	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	
Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici/Semplici Dipartimentali
	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

1.7.4 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 31/12/2020, 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 31/12/2019, 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	24
Ospedale Tinchi	
TOTALE	123

Struttura dell'offerta territoriale

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

- N. 5 Poliambulatori specialistici all'interno dei 5 Ospedali aziendali che erogano attività clinica, diagnostica strumentale e per immagini ed attività di laboratorio
- N. 21 sedi distrettuali comunali che erogano attività specialistiche ambulatoriali
- N. 2 CSM che erogano attività di assistenza ai disabili psichici
- N. 2 SERT che erogano attività di assistenza ai tossicodipendenti
- N. 2 Centri Diurni, 1 a Matera e 1 a Policoro che erogano attività semiresidenziale di assistenza ai disabili psichici
- N. 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 e dementigene: a partire dal 2014 vi è stato l'incremento di altri 2 posti letto destinati a pazienti solventi in proprio, oltre alla riconversione di 10 dei posti letto dal codice R3 medio-bassa intensità al codice R2 elevata intensità (deliberazione aziendale n. 838/2014), in ottemperanza alle linee di indirizzo programmatiche regionali
- attività ambulatoriali per disabilità importanti e con esiti permanenti nonché per disabilità minimali e transitorie

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

Con riferimento alle strutture convenzionate, vi sono:

- N. 4 Centri Privati Accreditati che erogano attività di diagnostica strumentale e per immagini
- N. 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 Medico singolo convenzionato che eroga attività clinica.

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

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

Relativamente alla Medicina Generale, nell'Azienda operano mediante 176 Medici di Medicina Generale e 25 Pediatri di Libera Scelta.

Sono, inoltre, convenzionati con l'ASM 30 Specialisti Interni, di cui 20 medici e 10 veterinari.

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.

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. LE DIMENSIONI DELLA PERFORMANCE E GLI INDIRIZZI STRATEGICI

2.1 Il ciclo di gestione della performance

2.1.1 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 qualitativo 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 attraverso il documento programmatico Piano delle Performance, strettamente collegato 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.

2.1.2 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 nel Piano della 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 del Piano Triennale della 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.

Fermo restando il principio della contestualità dei due processi (pianificazione della performance e programmazione), nel corso dell'anno 2021, saranno gradualmente perfezionati tutti i passaggi che la normativa richiede affinché il documento recepisca in maniera esaustiva, le indicazioni relative alle aspettative e alle attese di tutti gli attori del sistema (mappatura, analisi e coinvolgimento dei portatori di interesse interni ed esterni).

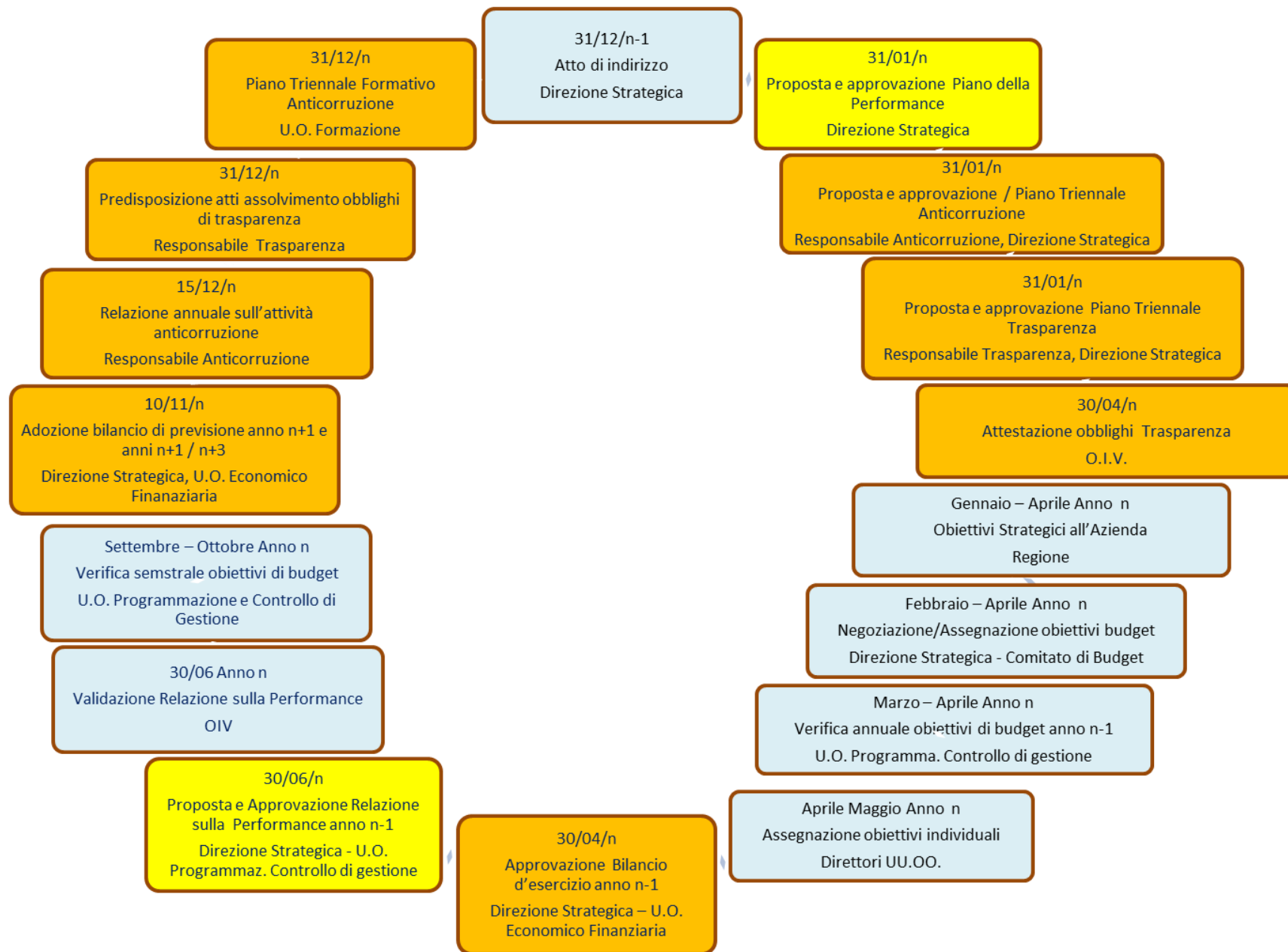
Nel grafico seguente trova esplicitazione l'articolazione strutturale del ciclo della performance, con l'indicazione degli adempimenti in cui lo stesso si realizza, contrassegnati dalle rispettive date di scadenza e dai soggetti direttamente interessati. Ciascun adempimento si colloca nelle aree di seguito rappresentate:

Ciclo del bilancio

Adempimenti Decreto 150/2009

Adempimenti Trasparenza e Anticorruzione

Ciclo Programm. e Controllo



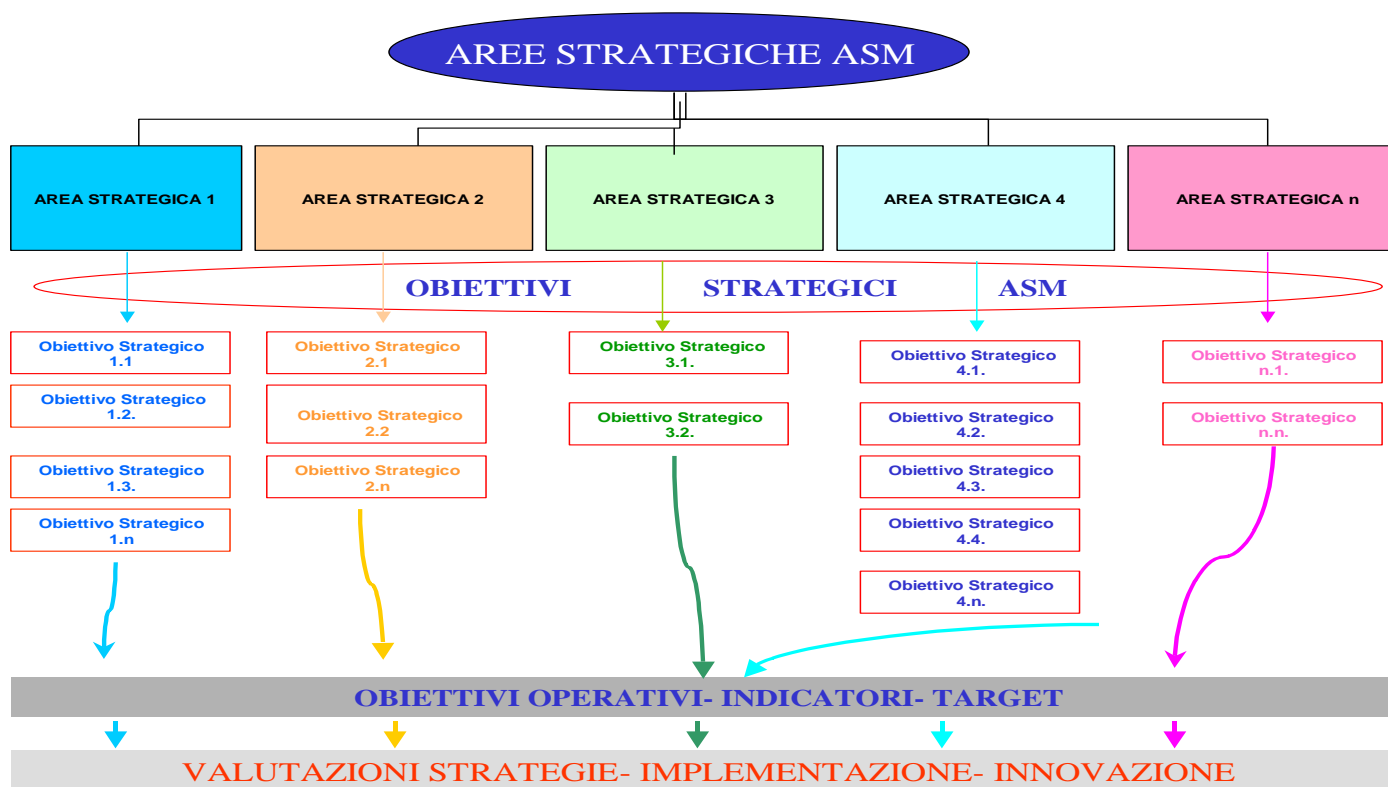
PIANO DELLA PERFORMANCE 2021 – 2023
 Aggiornamento 2021

Nello specifico, le fasi del processo previsto nel su indicato sistema si articolano, in coerenza con il ciclo della performance previsto dal D.Lgs. n. 150/2009 e successive integrazioni e modificazioni, 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 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 della Performance.

In tale fase la Direzione Aziendale, attraverso l'U.O.S.D. Programmazione e Controllo di Gestione, individua le aree strategiche di intervento. Alle aree strategiche sono ricondotti gli obiettivi strategici che sono declinati in obiettivi operativi annuali con i corrispondenti indicatori e target, che vengono condivisi con il Collegio di Direzione Aziendale, così come schematicamente indicato nella successiva figura.



- *Fase 2. Redazione del Piano della Performance.*

In questa fase l'U.O.S.D. Programmazione e Controllo di Gestione provvede alla predisposizione della proposta del Piano della Performance da sottoporre al Direttore Generale affinché lo approvi con propria deliberazione, entro il 31 gennaio dell'anno considerato, o comunque in tempi congruenti con una corretta logica di programmazione. Laddove vi siano difficoltà in merito alla completa definizione del ciclo della programmazione annuale, il piano della performance potrà essere comunque redatto sulla base della programmazione pluriennale, salvo aggiustamenti/aggiornamenti in fase di monitoraggio intermedio.

Il Piano della Performance è, di norma, trasmesso, preventivamente all'adozione all'Organismo Indipendente di Valutazione, per il parere sulla coerenza complessiva, con particolare riferimento alla significatività dei singoli indicatori e al livello dei relativi target.

- *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, in conformità alle indicazioni contenute nel "Manuale delle Procedure Operative della Pianificazione, Programmazione e Controllo Strategico, Direzionale e Operativo", adottato con deliberazione aziendale n. 718/2014 e s.m.i..

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 contestualmente alla adozione del Piano della Performance, 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, redatta dalle strutture di staff, 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 piano 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 2019-2021, adottato dalla ASM con deliberazione n. 235 del 13/03/2019, si intende promuovere l'adozione di una serie di misure in materia di pari opportunità

2.1.3. 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 Gli indirizzi strategici

Il Piano della Performance 2021 viene predisposto in un momento di massima provvisorietà per l'Azienda Sanitaria di Matera, per effetto del protrarsi del mandato del "Facente Funzioni" del Direttore Generale, avviato all'inizio del 2020, a seguito delle dimissioni della precedente Direzione Generale, avvenute a fine dicembre 2019, e proseguito fino a tutt'oggi senza una prospettiva temporale definita, nelle more della nomina del nuovo Direttore Generale da parte della Giunta Regionale. Anche gli altri 2 componenti dell'attuale Direzione Strategica Aziendale, individuati nel corso del 2020 dal Direttore Generale F.F. tra i Direttori di Struttura Complessa aziendali, hanno un mandato provvisorio privo di un orizzonte temporale definito, avendo ricevuto, sia il Direttore Sanitario che il Direttore Amministrativo attuali, un incarico provvisorio quali "Facenti Funzione", in attesa della nomina dei rispettivi titolari.

Accanto alla provvisorietà intrinseca all'evoluzione del contesto istituzionale, si aggiunge un altro elemento che genera un elevato livello di instabilità nella gestione dell'Azienda, rappresentato dalla grande incertezza del quadro epidemiologico, ed in particolare dalla imprevedibilità dell'andamento dell'epidemia da COVID – 19. Nello specifico, il Consiglio dei Ministri ha approvato il decreto legge 14 gennaio 2021, n. 2 che introduce ulteriori disposizioni urgenti finalizzate al contenimento della diffusione del Covid-19, prorogando fino al 30 aprile 2021 lo stato di emergenza e adottando nuove misure restrittive per il contenimento dei contagi, nella previsione di una terza ondata nel mese di febbraio, nel pieno della campagna vaccinale, avviata da quest'Azienda il 2 gennaio 2021, attraverso cui ci si auspica di porre un argine alla diffusione del COVID - 19.

All'interno di tale contesto si colloca la programmazione aziendale che inevitabilmente risente dell'elevato livello di incertezza determinato dalle dinamiche sopra evidenziate, con particolare riferimento alle eventuali limitazioni poste alla capacità produttiva delle articolazioni aziendali, in attuazione delle misure restrittive imposte dalla normativa regionale e nazionale necessarie a far fronte all'epidemia da COVID – 19.

È di tutta evidenza che le priorità 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.

In particolare, la sospensione delle attività ordinarie ospedaliere e territoriali, imposta a più riprese nel 2020 dalla normativa nazionale e regionale e, ad oggi, in parte vigente, per far fronte alla ripresa dell'epidemia, di fatto non consente alle articolazioni organizzative aziendali di perseguire gli obiettivi rivenienti dalla programmazione aziendale ordinaria, che di converso rimane subordinata a quella straordinaria connessa alla gestione dell'emergenza.

Ciò premesso, l'impianto programmatico ordinario dell'ASM per l'anno 2021, uniformandosi alle vigenti linee d'indirizzo emanate a livello nazionale e regionale, così come da ultimo aggiornate con D.G.R. n. 129/2020, 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 2021, 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 2021 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. 1223/2018 e il D.P.G.R. n. 259/2018, di nomina del Direttore Generale dell'ASM, in cui sono riportati gli obiettivi di mandato definiti in sede contrattuale assegnati allo stesso, in attesa della nomina del nuovo Direttore Generale dell'ASM e della formalizzazione del nuovo contratto;

- la D.G.R. n. 395/2019 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 l'anno 2019, così come aggiornati dalla D.G.R. n. 129 del 02/03/2020;
- la delibera aziendale, in corso di definizione, con la quale saranno approvate per l'annualità 2021, le schede di budget sottoscritte dalla dirigenza aziendale a seguito del processo di negoziazione e sarà formalizzata l'attività di programmazione, monitoraggio e verifica delle attività delle Unità Operative stesse;
- la delibera aziendale n. 1087/2020 (in attesa di approvazione da parte della Regione Basilicata) di adozione del Bilancio di previsione anno 2021 e triennale 2021-2023 – ASM;
- la delibera aziendale n. 1203 del 30/12/2020 di adozione in via definitiva del Piano Triennale del Fabbisogno di Personale 2021/2023 dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera;
- 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 Traking 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

2.2.1 Obiettivi strategici per il triennio 2021 -2023 (aggiornamento anno 2021)

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 ▪ Potenziamento sistemi informativi ed informatici. ▪ professionalità ▪ 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 	<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 ▪ 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, approvato dalla Regione ▪ Finanziamenti specifici per potenziamento dell'assistenza ospedaliera e territoriale 	<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'levata mobilità passiva extraregionale ▪ Invecchiamento della popolazione con incremento del fabbisogno assistenziale ▪ Vincoli di finanza pubblica ▪ Applicazione del Decreto Ministeriale n. 70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" ▪ Emergenza COVID 19

In conformità agli indirizzi programmatici regionali contenuti nella D.G.R. n. 1223/2018 e nel D.P.G.R. n. 259/2018, con cui è stato nominato il Direttore Generale dell'ASM, costituiscono obiettivi di questa Azienda per l'anno 2019 – 21 i seguenti obiettivi di mandato:

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET	FONTE DATI
Garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)	Garantire l'erogazione livelli essenziali di assistenza (LEA)	Miglioramento quali-quantitativo delle prestazioni offerte attraverso l'individuazione e la messa in atto di soluzioni organizzative per ottimizzare l'efficacia e l'efficienza della risposta assistenziale	Percentuale di raggiungimento degli indicatori della Griglia LEA	100%	Dipartimento Politiche della Persona Regione Basilicata
Garantire l'equilibrio economico - finanziario del SSR	Garanzia dell' equilibrio economico finanziario della gestione aziendale	Assicurare l'equilibrio economico in sede di approvazione del bilancio preventivo e consuntivo nel rispetto delle procedure amministrative e contabili	Risultato di bilancio	Pareggio bilancio d'esercizio 2020	Bilancio d'esercizio 2020
Rispetto tempistica prevista per le Liste di attesa in classi di priorità e non	Garantire il rispetto della tempistica prevista per le prestazioni specialistiche in RAO e non in classi di	Realizzazione delle azioni previste nel PAAGLA 2019 – 2021 adottato con deliberazione aziendale	Percentuale di prestazioni erogate entro i tempi di attesa definiti nel PAAGLA 2019 - 2021	90%	Procedura CUP

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET	FONTE DATI
in classi di priorità	priorità				
Contenimento del saldo economico di mobilità ospedaliera	Garantire la riduzione del saldo di mobilità sanitaria	Riduzione del saldo economico dei ricoveri in mobilità sanitaria interregionale	Valore economico mobilità interregionale attiva / Valore economico mobilità interregionale passiva	>60%	Dipartimento Politiche della Persona Ministero
Attuazione della Sanità digitale	Garantire l'attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e il processo di dematerializzazione della documentazione clinico – medica ecc.	Sviluppo di un percorso strutturato al fine di garantire l'attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e del completamento del processo di dematerializzazione	Implementazione Sanità digitale	Implementazione Sanità digitale	ASM
Attuazione del Piano Regionale della Prevenzione	Realizzare gli obiettivi centrali del Piano Regionale della Prevenzione	Aumento % della copertura vaccinale	Copertura delle vaccinazioni previste nel Piano	>= all'anno precedente	Dip. Salute Umana
Favorire la trasparenza e la lotta alla corruzione	100% adempimenti previsti dalla normativa in materia di trasparenza e anticorruzione	Pubblicazione dei dati di interesse di immediata comprensione e consultazione per il cittadino/utente Aggiornamento del Piano Aziendale di lotta alla corruzione	Pubblicazione sul sito aziendale di tutti i dati di interesse, compresi dati di bilancio, sulle spese e costi del personale, ecc. Predisposizione Piano Di Prevenzione della corruzione	Pubblicazione sul sito aziendale di tutti i dati di interesse, compresi dati di bilancio, sulle spese e costi del personale, ecc. Predisposizione Piano di Prevenzione della corruzione	Resp. Prev. della Corruzione

Nelle more della definizione e dell'assegnazione degli obiettivi di salute e di programmazione sanitaria 2021 – 2023 da parte della Regione Basilicata alle Aziende del SSR, 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 2018 – 2020 con la DGR 395/2019,(aggiornamento 2020), così come aggiornati con D.G.R. n. 129 del 02/03/2020, che ad oggi costituisce l'ultimo documento di programmazione sanitaria regionale.

Non appena la Regione Basilicata definirà i nuovi obiettivi di salute e di programmazione sanitaria per il triennio 2021 – 2023, quest'Azienda provvederà a recepirli e, conseguentemente, ad aggiornare il presente Piano della Performance e gli altri documenti di programmazione aziendale.

Il documento programmatico di definizione degli obiettivi di salute ed economico finanziaria e del connesso sistema di valutazione, approvato con la suddetta DGR 395/2019, così come aggiornata con D.G.R. n. 129 del 02/03/2020, descrive le aree di risultato e i relativi obiettivi assegnati alle Aziende Sanitarie per il

triennio 2018 -2020. La metodologia utilizzata è stata condivisa con l'Agencia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) e con il Laboratorio di Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore 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:

- Appropriatazza clinica
- Appropriatazza organizzativa
- Efficacia assistenziale territoriale
- Efficacia Percorso Emergenza -Urgenza

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

- Efficienza Prescrittiva farmaceutica
- Appropriatazza prescrittiva farmaceutica
- Appropriatazza 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

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 fine di valorizzare il trend positivo o negativo realizzato dal Management nella gestione aziendale, si verifica contestualmente anche la performance globale dell'Azienda. La Valutazione Globale della Performance (V.G.P), che è calcolata su un set ridotto di indicatori per ciascuna azienda.

Il set di indicatori scelti per l'ASM è riepilogato nel seguente quadro sinottico.

AREE STRATEGICHE DI RISULTATO	INDICATORI PER LA VALUTAZIONE GLOBALE PERFORMANCE (VGP)
TUTELA DELLA SALUTE - Prevenzione Primaria	Copertura vaccinale antinfluenzale nella pop bersaglio (anziani) N. aziende ispezionate / n. aziende con dipendenti
PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI Appropriatezza organizzativa Appropriatezza clinica	Proporzione di intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del femore nell'anziano
	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni
	Proporzione di parti con taglio cesareo primario
PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI Efficacia dell'assistenza territoriale	% di anziani trattati in Cure Domiciliari con valutazione sul totale della pop. anziana (> = 65 anni)
	% di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza
	Consumo di farmaci antibiotici sul territorio

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

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

La V.G.P. è positiva se il numero di indicatori migliorati (segni positivi (+)) è maggiore del numero di indicatori peggiorati (segni negativi (-)).

La V.G.P. è negativa se il numero di indicatori migliorati è minore al numero degli indicatori peggiorati.

La V.G.P. è nulla se il numero degli indicatori migliorati è uguale al numero degli indicatori peggiorati.

2.2.2 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. 381/2012, ha istituito un Comitato di budget aziendale, quale organismo di supporto alla Direzione Strategica nella negoziazione /assegnazione alle strutture dipartimentali degli obiettivi di attività e delle relative risorse necessarie al loro raggiungimento.

Pertanto, ai fini dell'efficacia dell'intero sistema 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. 129/2020, con i relativi pesi, gli obiettivi operativi con i relativi pesi, il corrispondente intervallo di valutazione della percentuale di raggiungimento del risultato.

2.2.3 OBIETTIVI DI SALUTE E PROGRAMMAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA Anni 2018 – 2020 - DGR 190/2018 - DGR 395 2019 – DGR 129/2020

AREA	NR	OBIETTIVI	INTERVALLI DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI			PUNTI
			0%	50%	100%	
Prevenzione primaria 10	1.a.1	Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione e residenti nel territorio di competenza	< 90	tra 90 a 95	> 95	2
	1.a.2	Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani) (VGP)	< 60	tra 60 a 75	> 75	3
	1.a.3	Copertura vaccinale Papilloma Virus (HPV) nella popolazione bersaglio	< 60	tra 60 e 75	> 75	1
	1.a.5	Copertura vaccinale antimeningococcico a 24 mesi	< 90	tra 90 e 95	> 95	1
	1.a.6	Copertura vaccinale antipneumococcico a 24 mesi	< 90	tra 90 e 95	> 95	1
	1.a.7	Copertura vaccinale esavalente 24 mesi per bambini residenti nel territorio di competenza	< 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	< 23	tra 23 e 33	> 33	1
	1.b.2	% di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso	< 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	< 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	< 3	tra 3 e 9	> 9	1
	1.b.5	% di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	< 35	tra 35 e 55	> 55	1
Screening oncologici 3	1.c.1	Proporzione di persone che ha effettuato il test di screening di I livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	< 25	tra 25 e 50	> 50	1
	1.c.2	Proporzione di persone che ha effettuato il test di screening di I livello, in un programma organizzato per mammella	< 35	tra 35 e 60	> 60	1
	1.c.3	Proporzione di persone che ha effettuato il test di screening di I livello, in un programma organizzato per colon retto	< 25	tra 25 e 50	> 50	1

AREA	NR	OBIETTIVI	INTERVALLI DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI			PUNTI
			0%	50%	100%	
Sicurezza sul lavoro 4	1.d.1	Numero aziende ispezionate / numero aziende con dipendenti (VGP)	< 5	tra 5 e 10	> 10	1
	1.d.2	Numero cantieri ispezionati / Numero cantieri notificati	< 20	tra 20 e 30	> 30	1
	1.d.3	Numero aziende ispezionate / Numero personale UPG (uffici di Polizia Giudiziaria) SPSAL (Serv. Prev. e Sic. ambienti di lavoro)	< 40	tra 40 e 50	> 50	1
	1.d.4	Numero sopralluoghi / Numero personale UPG (uffici di Polizia Giudiziaria) SPSAL (Serv. Prev. e Sic. ambienti di lavoro)	< 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	NO		SI	1
	1.e.2	Raggiungimento della copertura % dei campioni % di ovini e caprini testati per scrapie	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 (PNR)	NO		SI	1
Appropriatezza area clinica 13	2.a.1	Tasso di ospedalizzazione per i DRG medici LEA standardizzato per età e per sesso – Ricoveri medici potenzialmente inappropriati	> 180	da 135 a 180	< 135	1
	2.a.2	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1000 residenti	> 3	da 1,5 a 3	< 1,5	1
	2.a.3	Percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età > o =65 anni	> 4	tra 2 e 4	< 2	1
	2.a.4	Percentuale di ricoveri effettuati in Day Surgery per i DRG dei LEA chirurgici	< 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 (VGP)	< 50	da 50 a 60	> 60	3
	2.a.14	Proporzione di infarti miocardici acuti (IMA) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminare (PTCA) entro 2 gg.	< 34	da 34 a 44	> 44	1
	2.a.15	Mortalità a 30 gg. dal ricovero per un episodio di infarto miocardico acuto (IMA in diagnosi principale)	> 10,5	da 8,5 a 10,5	< 8,5	1
	2.a.16	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni (VGP)	< 50	da 50 a 60	> 60	1
	2.a.17	Proporzione di parti con taglio cesareo primario (VGP)	> 15		< 15	1
	2.a.18	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostico	> 20	da 15 a 20	< 15	1

AREA	NR	OBIETTIVI	INTERVALLI DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI			PUNTI
			0%	50%	100%	
Efficacia assistenziale territoriale 12	2.c.1	Tasso di osped. std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali x 1000 res.	> 10	da 7 a 10	< 7	1
	2.c.2	Tasso di ricovero per scompenso cardiaco x 100.000 residenti 50-74 anni	> 195	da 155 a 195	< 155	1
	2.c.3	Tasso di ricovero per diabete x 100.000 residenti 35 – 74 anni	> 35	da 25 a 35	< 25	1
	2.c.4	Tasso di ospedalizzazione BPCO x 100.000 residenti 50 – 74 anni	> 35	da 25 a 35	< 25	1
	2.c.5	% di anziani in Cure Domiciliari con valutazione sul totale della popolazione (VGP)	< 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	< 50	da 50 a 70	> 70	1
	2.c.7	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti >18	> 300	da 200 a 300	< 200	1
	2.c.8	% di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 gg. per patologie psichiatriche	> 6	da 4 a 6	< 4	1
	2.c.9	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica x 100 residenti <14 anni	> 10	da 7 a 10	<7	1
Efficacia percorso emergenza - urgenza 5	2.d.1	% di accessi in P.Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti	< 80	da 80 e 93	> 93	3
	2.d.2	% di accessi in P. Soccorso con codice VERDE visitati entro 1 h	< 70	da 70 a 80	> 80	1
	2.d.3	% di accessi in P. Soccorso con codice VERDE non inviati al ricovero con tempi di perm. entro le 4 ore	< 70	da 70 a 80	> 80	1
Efficienza prescrittiva farmaceutica 11	3.a.1	% di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (VGP)	< 74	da 74 a 76	> 76	4
	3.a.2	% di utilizzo di farmaci biosimilari (mantenimento dei livelli di utilizzo per i attivi elencati)	< 45	da 45 a 65	>65	7
Appropriatezza prescrittiva farmaceutica 7	3.b.1	Consumo pro capite farmaci inibitori di Pompa Protonica (IPP)	>30	da 28 e 30	<28	1
	3.b.2	Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina – angiotensina (antiipertensivi)	>40	da 40 a 30	<30	1
	3.b.3	Consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSR)	>36	da 26 a 36	<26	1
	3.b.4	Consumo di farmaci antibiotici sul territorio (VGP)	>22	da 16 a 22	< 16	1
	3.b.5	% di pz. dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta – bloccanti alla dimissione	< 67	da 67 a 77	> 77	1
	3.b.6	% di pz. dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani	< 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 dimissione	< 60	da 60 a 80	>80	1

AREA	NR	OBIETTIVI	INTERVALLI DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI			PUNTI
			0%	50%	100%	
Appropriatezza prescrittiva diagnostica 3	3.c.1	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (>= 65anni)	> 30	da 20 a 30	< 20	1
	3.c.2	% di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi	> 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	< 4	da 4 a 12	> 12	3
	3.d.2	miglioramento del saldo di mobilità ospedaliera	< 0,58	da 0,58 a 0,62	> 0,62	1
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	< 50	da 50 a 85	> 85	2
	4.b.2	Consumo territoriale di farmaci oppioidi	< 1,6	da 1,6 a 2,1	> 2,1	2
Utilizzo dei flussi informativi 5	4.c.1	Trasmissione dei flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa	NO		SI	1
	4.c.2	n. % di errori che generano scarti sul totale delle SDO trasmesse	< 5	da 3 a 5	< 3	1
	4.c.3	n. % di errori che generano anomalie sul totale delle SDO trasmesse	>20	da 10 a 20	< 10	1
	4.c.4	Copertura del flusso NSIS sui contratti dei dispositivi medici	< 15	da 15 a 20	> 20	1
	4.c.5	Copertura del flusso NSIS sui consumi dei dispositivi medici	< 80	da 80 a 95	> 95	1
Risk Management 2	4.d.1	Adozione / attualizzazione del Piano aziendale per la prevenzione del rischio clinico e invio del Piano Aziendale ASM in regione entro il 30 giugno di ogni anno	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	NO		SI	1
Controllo cartelle cliniche 1	4.e.1	Verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche e trasmissione in regione degli esiti nei tempi previsti	NO		SI	1
Autorizzazione / Accredimento strutture sanitarie pubbliche 5	4.f.1	Verifica dell' Autorizzazione definitiva e/o di Accredimento per le strutture sanitarie previste dalla programmazione regionale (in attesa di comunicazione regionale delle strutture da sottoporre a verifica	NO		SI	5
Contenimento della spesa del personale sanitario 3	4.h.1	Rispetto dei tetti di spesa annuale per il personale fissati con DGR n. 798/2019	NO		SI	3

2.3. Coerenza ed integrazione del Piano della Performance con le principali attività e funzioni aziendali

2.3.1. Coerenza con la programmazione economico – finanziaria e di bilancio

Secondo quanto previsto dall'articolo 5, comma 1, e dall'articolo 10, comma 1, lett. a), del D. Lgs 150/2009 e s.m.i., la definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della performance è avvenuta in maniera integrata con il processo di programmazione e di bilancio di previsione, attraverso:

- l'inclusione all'interno del piano della Performance degli obiettivi strategici declinati nella Relazione al Bilancio Preventivo 2021 e triennale 2021 – 2023;
- l'impegno a garantire il collegamento tra gli obiettivi strategici ed operativi del Piano e le risorse finanziarie aziendali e regionali, umane e strumentali, evitando incoerenza e disallineamento tra gli obiettivi previsti e le risorse utilizzate per il conseguimento degli stessi;
- la definizione di un set minimo di indicatori di bilancio che, attraverso la rappresentazione del trend delle serie storiche dei dati, fornisce una utile lettura della gestione con riferimento all'andamento economico.

Il bilancio preventivo dell'ASM per il 2021 ed il triennio 2021 – 2023, adottato con delibera aziendale n. 1087/2020, è stato formulato in una prospettiva di mantenimento degli importanti risultati raggiunti negli ultimi anni sotto il profilo economico, con il consolidamento dell'equilibrio di bilancio, tenendo in debita considerazione le esigenze rivenienti dai nuovi scenari in cui si proietta la sanità materana, nel pieno rispetto ed in totale aderenza agli indirizzi programmatici nazionali e regionali, che richiedono profondi cambiamenti negli assetti organizzativi e strutturali aziendali.

La previsione economica per l'anno 2021, caratterizzata dal raggiungimento del pareggio di bilancio, è stata formulata nell'ambito delle risorse provvisoriamente assegnate dalla Regione, 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.

Nello specifico la previsione economica dell'ASM per l'anno 2021 è stata costruita tenendo conto della quota di riparto provvisorio del F.S.R. 2021 assegnata a quest'Azienda, nell'ambito della quale deve essere garantito l'espletamento delle funzioni aziendali ed il perseguimento del complesso di obiettivi che l'Azienda intende perseguire.

Nel quadro sinottico dianzi esposto, relativo agli obiettivi strategici assegnati dalla Regione con DGR n. 395/2019, così come modificata dalla DGR n. 129/2020, sono esplicitati gli obiettivi strategici attinenti la gestione economico – finanziaria, con specifico riferimento al perseguimento dell'efficienza e dell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica, al rispetto dei tetti di spesa annuale per il personale fissati con DGR n. 798/2019, e più in generale al contenimento della spesa sanitaria.

Altro importante obiettivo che l'Azienda intende perseguire nel corso del 2021 è quello relativo alla minimizzazione dei tempi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture, rispettando le norme sulla trasparenza, ex art. 33 del D. Lgs. 33/2013 e DPCM 22/9/2014 e s.m.i., inerenti l'obbligo di pubblicazione dell'indicatore di tempestività dei pagamenti.

2.3.2 Coerenza con il Piano Triennale Anticorruzione

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

- a) le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione;
 - b) le misure di prevenzione della corruzione devono essere tradotte, sempre, in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti.
- Ciò al fine di individuare le misure ben definite in termini di obiettivi, in modo da renderle più efficaci e verificabili; ciò conferma la piena coerenza tra misure anticorruzione e perseguimento della funzionalità amministrativa.

L'ANAC ed in seguito il Dipartimento della Funzione Pubblica, (DPR 105/2016) hanno fornito indicazioni alle amministrazioni pubbliche, sia centrali sia territoriali, in materia di ciclo della performance, sottolineando la necessità di integrazione del ciclo della performance con gli strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e in generale alla prevenzione della anticorruzione.

La ASM ha provveduto ad individuare con delibera n. 1135 del 19.12.2019 il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ed Integrità. Con delibera n. 73 del 31/01/2020 è stato adottato l'ultimo Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e "PTTI" 2020-2022. Il Piano, ha recepito dinamicamente le previsioni del Piano della Performance, al fine di assicurare la integrazione ed il coordinamento tra le rispettive indicazioni".

L'aggiornamento del Piano triennale di prevenzione della corruzione ASM per il triennio 2021 – 2023, il cui termine d'adozione è differito al 31 marzo 2021 a causa dell'emergenza pandemica, giusta comunicazione dell'Anac, in data 07 dicembre 2020, intende introdurre miglioramenti alla politica di prevenzione della corruzione della ASM e adeguarsi alle indicazioni contenute, in maniera più compiuta, nel PNA 2019; in quest'ultimo documento l'Anac, tra l'altro, ha nuovamente ribadito la necessaria integrazione e coordinamento del PTPC con il contenuto di tutti gli altri strumenti di programmazione con particolare riferimento al Piano della Performance.

Al fine di migliorare l'attuazione del monitoraggio sulle misure di prevenzione, riducendo al minimo i rischi da autoreferenzialità e l'individuazione della valutazione e gestione del rischio, compreso l'individuazione delle misure più efficaci, anche nel 2021, come già avvenuto nel 2020 sarà utilizzato un sistema di audit per tutte le aree a rischio, per un riscontro concertato tra RPCT e referenti delle singole aree sull'attuazione e adeguatezza delle misure anticorruptive in essere. Nel corso del 2021, gli audit saranno pianificati a ciclo rotatorio pluriennale per tutte le aree a rischio.

Nel corso del 2021 si procederà, altresì, ad un'ottimizzazione del software per il monitoraggio dell'attuazione delle misure previste nel Piano di Prevenzione alla Corruzione, messo a disposizione dei dirigenti responsabili delle unità operative e dei servizi direttamente coinvolti nell'applicazione e/o rispetto delle suddette misure. I dirigenti interessati, hanno la possibilità di entrare nel software applicativo digitando una password personale che consente l'accesso al programma, dove devono, periodicamente, indicare la percentuale di realizzazione della misura concordata e assegnata, con la motivazione di eventuale scostamento. Tramite il software essi hanno anche la possibilità di interloquire con il RPC in ordine all'adeguatezza ed efficacia delle misure adottate oltre che all'opportunità di modificarle, integrarle o implementarle.

Ai fini della valutazione della performance organizzativa aziendale complessiva, con Delibera n. 1106 del 04 dicembre 2020, la Direzione Strategica Aziendale ha individuato gli obiettivi strategici, in tema di prevenzione della corruzione da contemplare nel Piano Prevenzione Corruzione e Trasparenza 2021 – 2023 riportati nel successivo quadro sinottico.

Il rispetto delle misure stabilite nel Piano Prevenzione Corruzione e Trasparenza 2021 – 2023, in attuazione degli obiettivi strategici, costituisce, pertanto, obiettivo di performance organizzativa e individuale per i Dirigenti interessati, ai fini della valutazione della performance.

NUMERO OBIETTIVO	OBIETTIVO OPERATIVO	Attività	INDICATORE	Target 2021	FONTI E DATI	SOGGETTI COMPETENTI
1	Aggiornamento Piano triennale prevenzione della corruzione (PTPC) 2021	Redazione, adozione e pubblicazione PTPC 2020 entro il 31/03/2021	Approvazione formale del PTPC 2020 entro il 31/03/2021	SI	Sito Aziendale	Direzione Strategica Responsabile Prevenzione Corruzione Dirigenti UU.OO. interessate
2	Monitoraggio aree a rischio	Monitoraggio dell'attuazione delle misure dal PTPC nelle UU.OO. a rischio previste attraverso la compilazione delle schede informatizzate	Numero U.O. che hanno adempiuto alla compilazione della scheda / Numero U.O. tenute all'adempimento	1	Relazione Responsabile Prevenzione Corruzione	Referenti aree a rischio
3	Diffusione Codice di Comportamento Aziendale	Formazione del personale inerente il Codice di Comportamento Aziendale	Almeno 1 giorno di formazione per tutto il personale dipendente	SI	Relazione Responsabile Prevenzione Corruzione	Responsabile Prevenzione Corruzione Responsabile U.O. Formazione
4	Prevenzione di eventi corruttivi nel settore Contratti pubblici ex Det. 12/2015 ANAC	Report su Monitoraggio Applicazione "misure" previste dal PTPC per ciascuna area interessata	Numero di "misure" contenute nel PTPC realizzate / Numero di "misure" contenute nel PTPC	1	Relazione Responsabile Prevenzione Corruzione	Responsabile Prevenzione Corruzione Responsabile U.O.C. Economato e Provveditorato Responsabile U.O.C. Area Tecnica e Gestione del Patrimonio Responsabile U.O.C. Innovazione Tecnologica e Attività Informatiche
5	Formazione dei dipendenti sulla prevenzione della corruzione	Redazione del Piano di Formazione per la prevenzione della corruzione di carattere generale e di carattere specialistico	Predisposizione del Piano di Formazione	SI	Relazione Responsabile Prevenzione Corruzione	Responsabile Prevenzione Corruzione Responsabile U.O. Formazione
6	Formazione dei dipendenti sulla prevenzione della corruzione	Attuazione del Piano di Formazione per la prevenzione della corruzione	Numero corsi-laboratori realizzati / numero totale corsi-laboratori programmati	1	Relazione Responsabile Prevenzione Corruzione	Responsabile Prevenzione Corruzione Responsabile U.O. Formazione

2.3.3 Coerenza con il Piano Triennale della Trasparenza

L'art.10 c.3 del D.Lgs. 33/2013 "Programma triennale per la trasparenza e l'integrità" prevede che gli obiettivi indicati nel programma triennale siano formulati in collegamento con la programmazione strategica ed operativa dell'Amministrazione, definita in via generale nel piano della performance e negli analoghi strumenti di programmazione previsti. La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un'area strategica dell'ASM, che deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi ed individuali. Gli obiettivi strategici in materia di trasparenza individuati dagli organi di vertice ed indicati nel Programma triennale della Trasparenza e dell'Integrità sono recepiti nell'ambito del Piano della Performance, assicurando il necessario collegamento con lo stesso. Il collegamento tra il Piano di prevenzione della corruzione ed il Piano della Performance aziendale è assicurato attraverso l'individuazione di specifici obiettivi strategici di programmazione, articolati in obiettivi operativi e indicatori, assegnati ai Dirigenti che partecipano alla realizzazione del PTPC. La performance aziendale non può ottimizzarsi se non anche attraverso il perfezionamento e miglioramento del comportamento dei dipendenti.

NUMERO	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2020	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
1	Customer Satisfaction	Produzione indagine sulla soddisfazione degli utenti (customer satisfaction) Adesione all'indagine sul clima interno	Percentuale di risposte al questionario sull' Indagine soddisfazione degli utenti	30% * [*compatibilmente con i limiti imposti dalla situazione epidemiologica Covid]	Pubblicazione su sito aziendale	URP Aziendale UU.OO Aziendali
2	Miglioramento performance aziendale	Analisi dei reclami e ricerca e 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	Pubblicazione su sito aziendale	URP Aziendale UU.OO Aziendali
3	Rispettare la tempistica di pubblicazione dei dati ex Decreto 33/2013	Pubblicazione del 100% dei dati indicati nella normativa entro i termini indicati	Dati pubblicati entro il termine normativo/ totale dati pubblicati	100% Verifica positiva da parte dell'OIV su rispondenza obblighi trasparenza	Sito aziendale Responsabile Trasparenza ASM Documento di attestazione trasparenza OIV	Dirigenti delle UU.OO
4	Rafforzamento della circolarità delle comunicazione con i cittadini	Sondare l'interesse dei cittadini per la sezione trasparenza del sito aziendale	Organizzazione della giornata della trasparenza	Organizzazione della settimana della trasparenza e accesso al blog	Sito aziendale Responsabile Trasparenza ASM	Dirigenti delle UU.OO

NUMERO	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2020	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
5	Programmazione Formazione	Redazione del Piano di Formazione per la prevenzione della corruzione di carattere generale e di carattere specialistico	Predisposizione del Piano di Formazione	SI	Relazione Responsabile Prevenzione Corruzione	Responsabile Prevenzione Corruzione Responsabile U.O. Formazione
6	Attuazione Formazione	Attuazione del Piano di Formazione per la prevenzione della corruzione	Numero corsi-laboratori realizzati / numero totale corsi-laboratori programmati	1	Relazione Responsabile Prevenzione Corruzione	Responsabile Prevenzione Corruzione Responsabile U.O. Formazione

2.3.4 Coerenza con il manuale delle procedure

La Regione Basilicata, con D.G.R. n. 677 del 7 Giugno 2013 riguardante la “Definizione dei percorsi attuativi di certificabilità”, ha inteso dare attuazione al Decreto del Ministro della Salute del 1 Marzo 2013 recante “Definizione dei percorsi attuativi della certificabilità”. Il decreto prevede che tutte le regioni devono avviare il Percorso Attuativo della Certificabilità (di seguito PAC), finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci delle Aziende Sanitarie, della Gestione Sanitaria Accentrata e del consolidato regionale e fornisce alle stesse indicazioni e linee guida per le fasi di predisposizione, presentazione, approvazione e verifica dell’attuazione del PAC. Tra le finalità del Percorso di Certificabilità si rinviene, tra l’altro, l’esigenza di programmare, gestire e successivamente controllare, su base periodica e in modo sistemico, le operazioni aziendali allo scopo di raggiungere gli obiettivi di gestione prefissati.

La Regione Basilicata, a tal fine, ha intrapreso le seguenti azioni:

- dettato le norme della contabilità generale e del controllo di gestione delle aziende sanitarie regionali (L.R. n.34/95 e L.R. n.16/2012, art.17);
- dettato le linee guida per l’attivazione della contabilità analitica/controllo di gestione delle aziende sanitarie regionali (DGR n.919/1999);
- previsto che ogni Azienda predisponga un Manuale delle Procedure Operative del Controllo strategico, Direzionale e Operativo nel quale siano formalizzate le seguenti procedure operative:
 - o Analisi dei dati contabili e gestionali per aree di responsabilità;
 - o Programmazione, gestione e controllo, su base periodica ed in modo sistemico, delle operazioni aziendali allo scopo di raggiungere gli obiettivi di gestione prefissati;
 - o Monitoraggio delle azioni intraprese a seguito di rilievi/suggerimenti della Regione, del Collegio Sindacale e del Revisore Esterno;
 - o Rilevazione degli aspetti gestionali e contabili della gestione delle scorte con garanzia di un adeguato livello di correlazione tra il sistema della contabilità analitica, il sistema di contabilità generale e il sistema di budgeting.

Conseguentemente la ASM, attraverso il Centro di Controllo Strategico, che ha partecipato direttamente al tavolo regionale, ha definito il manuale delle procedure per sistematizzare le procedure del sistema di controllo (strategico, direzionale ed operativo) identificando in modo puntuale, per ciascuna di esse le attività da svolgere, le modalità da seguire (contenuti da sviluppare), le responsabilità (chi svolge un’attività e chi la verifica) e la tempistica da rispettare.

Il Manuale delle Procedure operative della Pianificazione e controllo strategico, direzionale ed operativo, approvato con delibera aziendale n. 718/2014, definisce le fasi operative, i contenuti e la tempistica del processo di redazione, modifica, ed approvazione del Piano della Performance sintetizzabile come segue:

- Avvio del processo di elaborazione del Piano delle Performance
- Definizione degli obiettivi di performance
- Redazione del Documento
- Condivisione del Piano delle Performance
- Approvazione ed adozione del Piano
- Comunicazione del piano all'interno e all'esterno

In seguito, la ASM, attraverso l'U.O. Economico Finanziaria, ha redatto e poi approvato, con deliberazione aziendale n.1820/2015, anche il Manuale delle procedure amministrativo contabili, sempre nell'ambito del "Percorso attuativo Certificabilità" del sistema economico finanziario e contabile del SSR di cui alla DGR 677/ 2013 e s.m.i.

2.3.5 Il Piano Operativo Lavoro Agile (POLA)

Ai sensi dell'art. 263 del decreto-legge n. 34 del 2020, convertito con modificazioni dalla legge n. 77 del 2020, le amministrazioni pubbliche, entro il 31 gennaio di ciascun anno (a partire dal 2021), redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del Piano della performance.

Il POLA individua le modalità attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte da remoto, che almeno il 60 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera.

Al fine di promuovere l'attuazione del lavoro agile, il POLA definisce le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative.

In fase di prima adozione, l'ASM per l'anno 2021 ha definito le "linee di indirizzo per l'adozione del Piano Operativo per il Lavoro Agile", allegate al presente documento, che costituiscono sostanzialmente la cornice all'interno della quale definire le azioni specifiche del piano di sviluppo.

Fino all'adozione del POLA, il lavoro agile si applicherà almeno al 30 per cento dei dipendenti la cui attività lavorativa è remotizzabile, ove gli stessi lo richiedano.

3. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

3.1 Il processo seguito

3.1.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano

Il Piano delle Performance è il documento di programmazione previsto dall'articolo 10 del D.lgs n. 150 del 2009, come strumento per assicurare la qualità, la comprensibilità e l'attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance. L'adozione del documento, oltre a consentire l'adempimento degli obblighi previsti dal D. Lgs. 150 del 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 del Piano della performance si inserisce nell'ambito del più ampio processo di pianificazione strategica e programmazione dell'Azienda. Si rappresenta che la U.O.C. Controllo di Gestione ha predisposto la bozza del Piano sulla base degli indirizzi e delle indicazioni della Direzione Strategica, coinvolgendo diversi attori, quali la U.O.C. Gestione del Personale, la U.O.C. Economico Patrimoniale, la UOSD Formazione – ECM e Tirocini, il Responsabile per la Trasparenza, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

Nella tabella che segue è indicata la rappresentazione sintetica della tempi:

N.	FASI DEL PROCESSO	TRIENNIO DI RIFERIMENTO					
		NOV.	DIC.	GENN.	FEBBR.	MARZO	APRILE
1	Avvio del processo di elaborazione del Piano						
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 Piano						
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
- Controllo di Gestione (CdG)
- Il Comitato di budget
- OIV aziendale

- Direzioni Ospedaliere
- Direzioni dei Distretti
- Responsabile Anticorruzione e della Trasparenza
- URP
- Ufficio Stampa
- Comitato Consultivo Misto
- Collegio di Direzione
- Organizzazioni Sindacali

Il Piano delle Performance viene adottato annualmente entro il 31 gennaio, secondo il principio dello scorrimento triennale rispetto agli obiettivi del Piano Sanitario Regionale e agli obiettivi assegnati ai Direttori Generali. Eventuali variazioni durante l'esercizio degli obiettivi e degli indicatori della performance organizzativa e individuale sono tempestivamente inserite all'interno nel Piano della performance

3.2 Azioni di miglioramento del ciclo della performance

Il Piano delle performance, nella sua prima stesura, 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:

- Il Piano è revisionato 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.
- Il Piano è integrato con il piano della trasparenza e con il Piano PTTP, con individuazione di alcuni obiettivi prioritari da monitorare;
- 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;
- E' stato avviato e implementato 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 fattiva 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 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.

3.3 Il monitoraggio del Piano

Il monitoraggio e l'audit sulla corretta impostazione metodologica del Piano è svolto dall'OIV, con il supporto della Struttura tecnica permanente e la collaborazione della Direzione Strategica aziendale, della dirigenza e del personale.

Il monitoraggio e l'audit esterno del Piano spetta invece alla ANAC, che provvede periodicamente ad emanare linee guida specifiche e a pubblicare i risultati dei monitoraggi eseguiti.

Nello specifico, le attività di monitoraggio e audit interno del Piano sono rimesse ai seguenti soggetti:

a) Organismo Indipendente di Valutazione:

- verifica la corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dalla ANAC, attraverso audit interno.
- monitora il funzionamento complessivo dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso;
- comunica tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione, nonché alla Corte dei conti, all'Ispettorato per la funzione pubblica e alla ANAC.

b) Struttura Tecnica Permanente:

- coadiuva l'OIV nello svolgimento delle attività sopra descritte

c) Personale, dirigenziale e non:

- interviene in tutta la fase del processo di pianificazione e controllo, segnalando all'OIV eventuali criticità rilevanti.

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

La comunicazione del Piano della Performance 2021-2023- Aggiornamento 2021 seguirà le seguenti modalità:

- Pubblicazione sul sito internet aziendale (a cura del Dirigente Responsabile dell'aggiornamento del sito)
- Diffusione del Piano tra gli organi di stampa (a cura dell'Ufficio Stampa)
- Presentazione del Piano all'interno della Giornata della Trasparenza (a cura del Responsabile per la Trasparenza e del Responsabile per la prevenzione della corruzione, in collaborazione con l'URP e con il Responsabile della U.O. Controllo di Gestione)
- Trasmissione del Piano (a cura della U.O.C. Controllo di Gestione) a: → Dipartimento Regionale Salute → Conferenza dei Sindaci → Collegio Sindacale → O.I.V. → Collegio di Direzione.

ALLEGATI

- 1. Delibera n. 75 del 29/01/2021 ad oggetto “Approvazione documento “Linee di Indirizzo per l’adozione del piano Organizzativo Lavoro Agile” – POLA”**
- 2. Delibera n. 74 del 29/01/2021 ad oggetto “Approvazione documento “Piano Triennale Azioni Positive 2019/2021 - aggiornamento anno 2021”**