



REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI
Sede Legale: Lungomare Starita, 6 – 70123 BARI
P.I. e C.F. 06534340721

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

ANNO 2018

Sommario

1. Finalità e principi generali della relazione sulla performance	3
2. I principali risultati raggiunti.....	4
3. Contesto esterno di riferimento	7
4. Generalità sulla struttura organizzativa aziendale	12
5. Analisi delle risorse.....	13
6. Assistenza Ospedaliera.....	20
6.1 Dati di struttura	20
6.2 Dati di attività e indicatori	21
6.3 Analisi dei dati di attività rispetto al Piano della Performance 2018-2020.....	24
7. Assistenza Territoriale	27
7.1 Assistenza Distrettuale – Dati di attività.....	28
7.2 Salute Mentale – Dati di attività	29
7.3 Dipendenze Patologiche – Dati di attività.....	31
7.4 Analisi dei dati di attività rispetto al Piano della Performance 2018-2020.....	32
8. Assistenza negli ambienti di vita e nei luoghi di lavoro.....	37
8.1 Dati di struttura	37
8.2 Dati di attività	37
8.3 Analisi dei dati di attività rispetto al Piano della Performance 2018-2020.....	47
9. Altri obiettivi strategici	49
10. Obiettivi annuali.....	55
11. Performance organizzativa complessiva ed individuale.....	56
12. Processo di misurazione e valutazione	57
<i>Allegato 1 – Obiettivi annuali</i>	<i>59</i>

1. Finalità e principi generali della relazione sulla performance

La presente relazione costituisce lo strumento mediante il quale l'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari illustra ai cittadini e a tutti gli altri *stakeholder* interni ed esterni i risultati ottenuti nel corso del 2018, concludendo in tal modo il Ciclo della Performance.

Pertanto, il presente documento si propone lo scopo di fornire puntuali elementi di valutazione in ordine all'andamento della gestione aziendale, con riferimento alle dinamiche economiche e gestionali relative al perseguimento degli obiettivi strategici, di mandato, dei piani operativi e degli obiettivi delle singole UU.OO. oltre che alle attività erogate e le strategie perseguite nel corso del 2018.

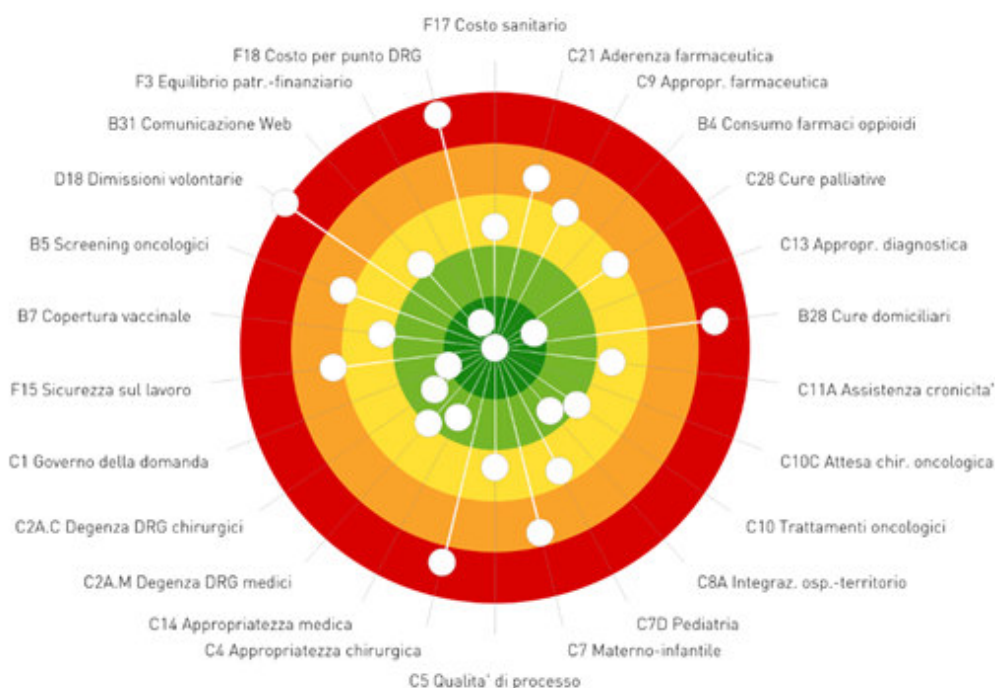
Il contesto generale all'interno del quale si è operata la gestione dell'ASL Bari nel 2018 è stato caratterizzato dal cambio della Direzione Generale avvenuto nel mese di agosto 2018 nonché dal perdurare, sia a livello nazionale che a livello regionale, delle politiche di razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria, quale misura necessaria per garantire la sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale, e delle derivanti necessità di procedere nei piani di riordino ospedaliero e delle reti. L'obiettivo dell'equilibrio di bilancio, senza pregiudizio per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (monitorati da un set di indicatori raccolti nella *griglia L.E.A.* del Ministero della Salute), è stata la sfida a cui sono stati chiamati tutti gli attori della Sanità regionale confermando l'impegno a proseguire sulla strada già tracciata negli anni precedenti, caratterizzata da scelte di politica economica e sanitaria orientate fondamentalmente al recupero dei possibili spazi di razionalizzazione ed ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse impegnate, con contestuale miglioramento dell'offerta sanitaria.

2. I principali risultati raggiunti

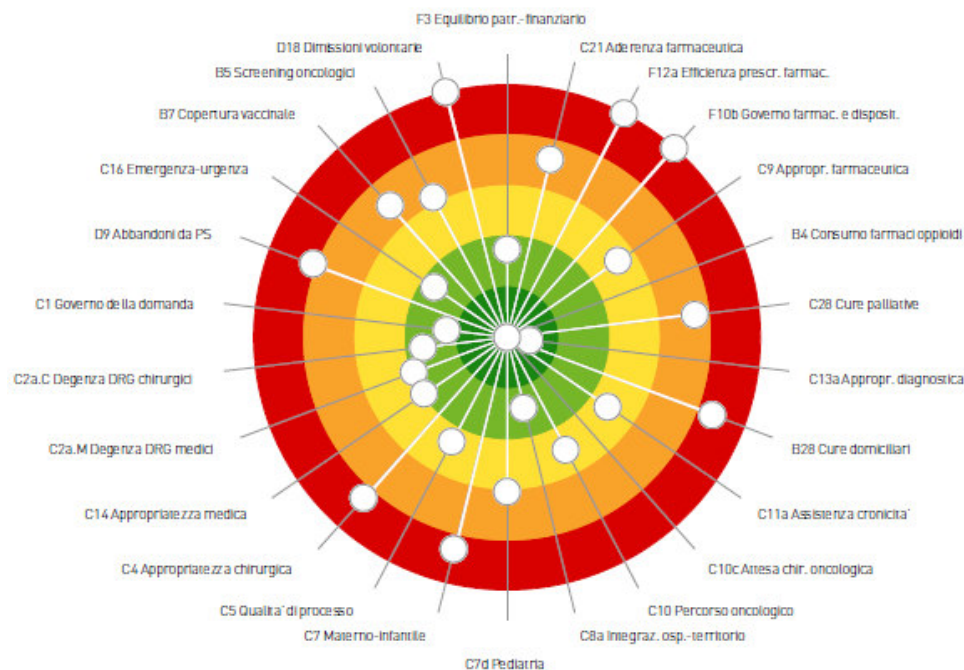
Al fine di rappresentare in maniera sintetica i principali risultati relativi al triennio 2016-2018, si riporta la valutazione finale della ASL Bari, effettuata dal Laboratorio Management e Sanità (MeS) di Pisa utilizzando una rappresentazione grafica a bersaglio, per il suddetto triennio rispetto alle macroaree-obiettivo ed indicatori dell'attività sanitaria ed economico-finanziaria.

Il progetto Network delle Regioni, a cura del Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, ha preso il via nel 2008 grazie alla collaborazione di Liguria, Piemonte, Toscana e Umbria; la Regione Puglia si è aggiunta nel 2015. L'obiettivo del network è quello di condividere un sistema di valutazione della performance nei sistemi sanitari regionali attraverso il confronto di un set di circa 300 indicatori, per descrivere e analizzare, attraverso un processo di *benchmarking*, le molteplici dimensioni della performance dei sistemi sanitari regionali.

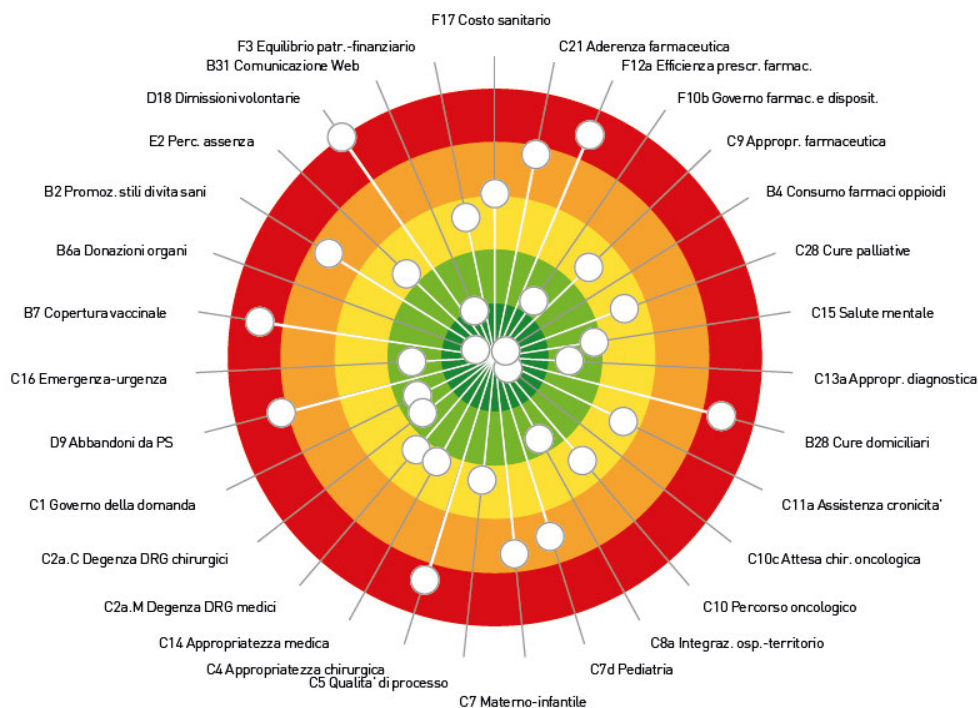
Valutazione Performance ASL Bari – Anno 2018



Valutazione Performance ASL Bari – Anno 2017



Valutazione Performance ASL Bari – Anno 2016



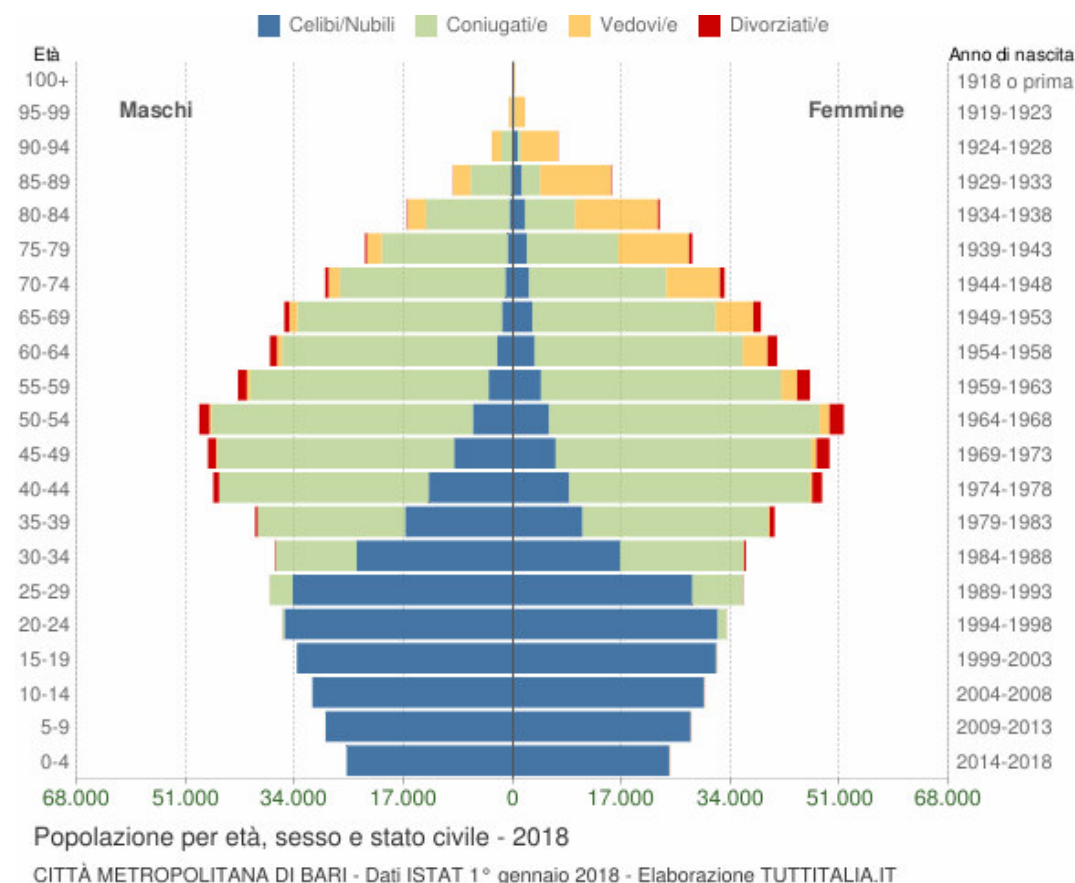
Si evidenzia che gli obiettivi valutati positivamente nel 2018 (aree verdi) riguardano:

- l'appropriatezza diagnostica
- l'integrazione ospedale-territorio
- l'appropriatezza medica
- la degenza media dei DRG chirurgici

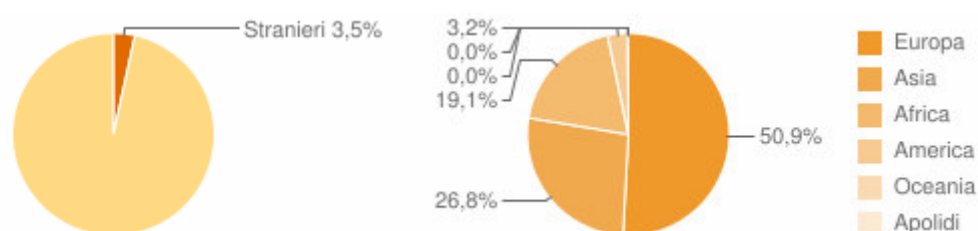
- il governo della domanda ovvero l'insieme del tasso di ospedalizzazione, il numero di posti letto per 100 abitanti, l'indice di case mix e l'indice chirurgico
- l'equilibrio patrimoniale-finanziario
- il consumo di farmaci oppioidi

gli obiettivi che richiedono invece particolare attenzione (aree arancione e rossa) sono:

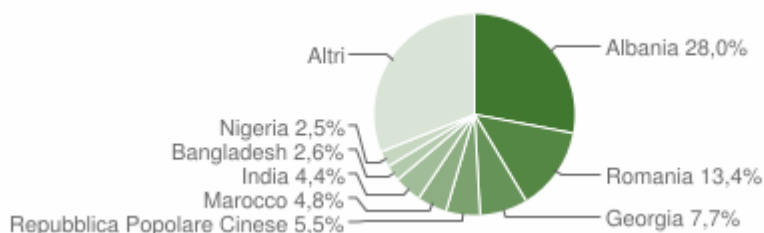
- il costo per punto DRG
- l'aderenza farmaceutica ovvero il grado in cui il paziente segue le raccomandazioni del medico riguardanti le dosi, i tempi e la frequenza dell'assunzione del farmaco per l'intera durata della terapia
- l'appropriatezza farmaceutica (in leggero miglioramento rispetto al 2016)
- le attività dell'Area Materno-Infantile
- l'appropriatezza chirurgica
- la sicurezza sul lavoro
- gli screening oncologici
- le dimissioni volontarie



Gli stranieri residenti nella Città Metropolitana di Bari al 01/01/2018 sono n.43.484 e rappresentano il 3,5% della popolazione residente complessiva.



La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dall'Albania con il 28,0% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dalla Romania (13,4%) e dalla Georgia (7,7%).



Di seguito si riporta la composizione dei Distretti Socio Sanitari con i Comuni di competenza e la relativa popolazione residente al 01/01/2018 (Fonte ISTAT):

DISTRETTO	Codice Comune	Fascia d'età => 0		1 - 4		5 - 14		15 - 44		45 - 64		65 - 74		+ di 74		TOTALE		Totale per DSS
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	
DSS n.1	Giovinazzo	71	70	315	285	922	844	3.553	3.600	2.813	3.101	1.246	1.339	919	1.270	9.839	10.509	79.818
	Molfetta	240	240	991	861	2.686	2.618	10.452	10.278	8.027	8.760	3.507	3.799	2.945	4.066	28.848	30.622	
DSS n.2	Corato	211	171	874	817	2.627	2.393	9.198	9.221	6.630	7.097	2.278	2.629	1.663	2.453	23.481	24.781	100.715
	Ruvo di Puglia	112	115	372	430	1.265	1.235	4.768	4.562	3.439	3.662	1.311	1.431	1.100	1.526	12.367	12.961	
	Terlizzi	114	90	458	455	1.367	1.221	5.358	5.213	3.848	3.906	1.413	1.435	933	1.314	13.491	13.634	
DSS n.3	Bitonto	262	230	962	886	2.836	2.687	10.722	10.603	7.913	8.259	2.619	2.769	1.808	2.571	27.122	28.005	76.615
	Palo del Colle	92	80	405	338	1.226	1.141	4.147	4.141	2.997	3.105	1.053	1.054	738	971	10.658	10.830	
DSS n.4	Altamura	366	335	1.447	1.380	4.062	3.980	14.609	14.146	9.143	9.565	2.747	3.068	2.221	3.445	34.595	35.919	142.424
	Gravina in Puglia	216	199	781	732	2.474	2.374	9.055	8.706	5.698	5.927	1.835	1.999	1.629	2.191	21.688	22.128	
	Poggiorsini	11	2	18	17	62	56	402	250	206	202	53	69	73	81	825	677	
	Santeramo in Colle	90	109	456	435	1.363	1.286	5.205	5.078	3.596	3.668	1.349	1.402	1.076	1.479	13.135	13.457	
DSS n.5	Acquaviva delle Fonti	64	60	348	310	933	868	3.704	3.659	2.868	3.154	1.094	1.179	951	1.408	9.962	10.638	68.561
	Binetto	9	12	44	40	120	102	456	435	314	327	115	99	70	89	1.128	1.104	
	Cassano delle Murge	71	73	271	247	743	679	2.851	2.784	2.060	2.166	749	747	536	788	7.281	7.484	
	Grumo Appula	47	32	205	209	656	595	2.519	2.332	1.801	1.732	639	690	538	715	6.405	6.305	
	Sannicandro di Bari	47	36	208	147	485	463	1.990	1.829	1.460	1.414	475	447	388	513	5.053	4.849	
	Toritto	28	38	131	137	358	405	1.633	1.522	1.130	1.192	446	416	390	526	4.116	4.236	
DSS di Bari	Bari	1.104	1.101	4.787	4.591	14.320	13.587	56.094	53.940	46.274	51.120	17.592	20.691	15.281	22.888	155.452	167.918	323.370
DSS n.9	Bitetto	52	55	231	242	681	675	2.354	2.327	1.620	1.609	576	573	428	583	5.942	6.064	61.736
	Bitritto	46	63	236	187	575	576	2.156	2.147	1.680	1.807	533	521	337	413	5.563	5.714	
	Modugno	145	156	703	657	1.990	1.889	7.150	7.108	5.348	5.601	2.127	2.350	1.422	1.807	18.885	19.568	
DSS n.10	Adelfia	62	45	268	259	825	785	3.100	3.079	2.543	2.585	831	919	709	953	8.338	8.625	83.569
	Capurso	67	67	308	309	775	740	2.858	2.937	2.239	2.336	809	870	631	736	7.687	7.995	
	Cellamare	21	30	114	105	341	342	1.126	1.171	860	888	231	207	148	208	2.841	2.951	
	Triggiano	104	101	458	402	1.342	1.257	4.958	5.031	3.982	4.169	1.414	1.523	988	1.451	13.246	13.934	
	Valenzano	59	49	281	261	878	804	3.124	3.198	2.677	2.888	1.006	1.078	693	956	8.718	9.234	
DSS n.11	Mola di Bari	84	67	390	355	1.150	1.032	4.503	4.324	3.688	3.814	1.481	1.585	1.269	1.651	12.565	12.828	70.309
	Noicattaro	123	108	510	453	1.328	1.310	5.125	5.083	3.829	3.904	1.254	1.238	885	1.175	13.054	13.271	
	Rutigliano	80	76	326	324	884	825	3.548	3.463	2.632	2.708	912	931	818	1.064	9.200	9.391	
DSS n.12	Conversano	105	103	469	409	1.220	1.233	4.784	4.716	3.732	3.892	1.325	1.491	1.187	1.505	12.822	13.349	93.157
	Monopoli	207	179	781	726	2.170	2.044	8.758	8.603	7.288	7.561	2.569	2.877	2.105	3.096	23.878	25.086	
	Polignano a Mare	74	61	280	282	799	777	3.368	3.329	2.583	2.667	941	1.014	770	1.077	8.815	9.207	
DSS n.13	Casamassima	95	76	381	380	1.051	994	3.738	3.746	2.827	2.949	901	980	722	937	9.715	10.062	66.955
	Gioia del Colle	109	86	484	374	1.251	1.163	4.947	4.719	3.848	4.050	1.596	1.749	1.337	1.931	13.572	14.072	
	Sammichele di Bari	20	24	97	80	258	220	1.090	1.035	850	944	379	477	416	564	3.110	3.344	
	Turi	59	53	206	237	571	625	2.371	2.351	1.872	1.928	640	714	614	839	6.333	6.747	
	Alberobello	43	41	154	153	436	427	1.905	1.830	1.505	1.614	602	655	542	818	5.187	5.538	
DSS n.14	Castellana Grotte	74	64	324	336	885	858	3.550	3.601	2.794	3.004	1.038	1.106	796	1.152	9.461	10.121	90.291
	Locorotondo	51	66	233	197	640	584	2.573	2.503	1.972	2.179	736	773	693	990	6.898	7.292	
	Noci	64	71	271	248	836	729	3.390	3.310	2.824	2.987	1.002	1.125	891	1.367	9.278	9.837	
	Putignano	89	87	389	354	1.168	1.064	4.578	4.484	3.978	4.133	1.558	1.672	1.292	1.833	13.052	13.627	
Totale		4.988	4.721	20.967	19.647	60.559	57.487	231.770	226.394	177.388	188.574	64.982	71.691	52.952	75.400	613.606	643.914	1.257.520

Si riportano, inoltre, i principali indici demografici della popolazione della Città Metropolitana di Bari, calcolati sulla base delle rilevazioni ISTAT.

Anno	Indice di vecchiaia*	Indice di dipendenza strutturale**	Indice di ricambio della popolazione attiva***	Indice di struttura della popolazione attiva****	Indice di natalità (x 1.000 ab.)	Indice di mortalità (x 1.000 ab.)
2002	91,9	47,1	79,6	81,8	10,3	7,8
2003	95,3	47,4	81,6	83,5	10,2	8,0
2004	98,3	47,4	81,3	85,1	10,1	7,2
2005	101	47,4	81,4	87,1	9,6	7,6
2006	104,7	47,8	82,2	90,6	9,3	7,6
2007	108,3	47,9	86,7	93,6	9,3	8,0
2008	111,6	47,9	90,5	96,3	9,3	8,0
2009	114,6	48,0	98,4	99,4	9,2	8,1
2010	117,2	48,2	104,6	102,5	9,2	8,0

Anno	Indice di vecchiaia*	Indice di dipendenza strutturale**	Indice di ricambio della popolazione attiva***	Indice di struttura della popolazione attiva****	Indice di natalità (x 1.000 ab.)	Indice di mortalità (x 1.000 ab.)
2011	120,6	48,5	109,3	105,0	9,1	8,3
2012	126,5	49,2	111,3	109,4	8,7	8,3
2013	131,2	50,0	112,7	112,0	8,4	8,3
2014	136,3	50,6	111,3	114,0	8,2	8,6
2015	141,6	51,1	113,0	118,2	7,9	9,1
2016	147,1	51,6	113,4	121,0	7,9	8,6
2017	152,7	52,1	116,7	124,0	7,7	9,3
2018	157,4	52,6	120,9	126,9	n.d.	n.d.

*** Indice di vecchiaia**

Rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero degli ultrassessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni. *Ad esempio, nel 2018 l'indice di vecchiaia per la città metropolitana di Bari dice che ci sono 157,4 anziani ogni 100 giovani.*

**** Indice di dipendenza strutturale**

Rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni).

***** Indice di ricambio della popolazione attiva**

Rappresenta il rapporto percentuale tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (55-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-24 anni).

****** Indice di struttura della popolazione attiva**

Rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione in età lavorativa. È il rapporto percentuale tra la parte di popolazione in età lavorativa più anziana (40-64 anni) e quella più giovane (15-39 anni).

Da un'analisi sommaria dei dati sopra rappresentati, in termini di transizioni epidemiologiche, si conferma il trend nazionale che vede una popolazione caratterizzata da indici di vecchiaia e di invecchiamento in sistematico aumento.

Questi fondamentali indicatori, non dimenticando gli indici di ricambio e di struttura della popolazione attiva, determinano il profilo della comunità assistenziale servita dall'Azienda ASL Bari e devono essere il principio ispiratore di tutte le decisioni strategiche aziendali, determinando un costante e progressivo adeguamento della struttura dell'offerta sanitaria, orientando le risorse disponibili al potenziamento delle prestazioni legate alla cura della cronicità e della non autosufficienza, nel rispetto delle linee guida nazionali e regionali.

Evidentemente, il profilo demografico e la tendenza epidemiologica rappresentati determinano precisi risvolti economico-finanziari, che devono essere necessariamente tenuti in considerazione nelle attività di pianificazione e programmazione; a titolo esemplificativo ma non esaustivo si rappresenta che, tenendo presente tutte le tipologie di esenzione, il numero di esenzioni da ticket, nell'esercizio 2018, è stato pari a circa n. 229.924 unità per motivi di età e di reddito e n. 820.753 per altri motivi. Va comunque precisato che alcuni cittadini beneficiano di più esenzioni.

La tabella che segue contiene per le principali cause di morte nel territorio di competenza dell'ASL Bari: l'ultimo dato disponibile (fonte: ISTAT) è riferito al 2016.

ANNO 2016		
Patologia	Morti	Quoziente di mortalità (per 10.000 abitanti)
Malattie del sistema circolatorio	3617	28,66
Tumori	3201	25,36
Malattie del sistema respiratorio	712	5,64
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	691	5,48
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	619	4,9
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	468	3,71
Malattie dell'apparato digerente	420	3,33
Disturbi psichici e comportamentali	337	2,67
Alcune malattie infettive e parassitarie	247	1,96
Malattie dell'apparato genitourinario	222	1,76
Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	149	1,18
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario	65	0,52
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	49	0,39
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	27	0,21
Malformazioni congenite ed anomalie cromosomiche	20	0,16
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	16	0,13
TOTALE	10860	86,06

4. Generalità sulla struttura organizzativa aziendale

L'Azienda garantisce l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso:

- le strutture dei Dipartimenti Territoriali di Prevenzione, della Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche distribuite nel territorio aziendale;
- le strutture dei n.12 Distretti Socio Sanitari in cui è suddiviso il territorio dell'ASL;
- n.5 Presidi Ospedalieri a gestione diretta articolati in n.9 Stabilimenti Ospedalieri
- n.1 Ospedale classificato o assimilato ai sensi dell'art.1, ultimo comma, della Legge n.132/1968 – “Ente Eccl.Osp.Gen.Reg. 'Miulli”
- n.1 Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico - “Salvatore Maugeri” di Cassano delle Murge
- il privato accreditato.

La Direzione Aziendale della ASL Bari opera avvalendosi di una struttura organizzativa composta delle seguenti Unità Operative di staff:

- Servizio delle Professioni Sanitarie
- Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale
- Servizio Sorveglianza Sanitaria e Radioprotezione
- Struttura Burocratico-Legale
- Struttura Rischio Clinico e Qualità
- U.O.S.E. (Unità Operativa Statistica ed Epidemiologia)
- U.R.P. (Ufficio Relazioni con il Pubblico)
- U.V.A.R.P. (Unità di Valutazione dell'Appropriatezza dei Ricoveri e delle Prestazioni sanitarie in ambito pubblico e privato)
- Ufficio Formazione
- Unità Operativa Analisi e Sviluppo Sistema Informativo
- Unità Operativa Controllo di Gestione
- Unità Operativa Gestione Rapporti Convenzionali
- Unità Operativa Ingegneria clinica – HTA
- Unità Operativa Privacy, Trasparenza ed Anticorruzione

L'organizzazione tecnico-amministrativa si basa sulla strutturazione di 5 Aree di Gestione:

- Area Gestione Risorse Economico-Finanziarie
- Area Gestione Patrimonio
- Area Gestione Risorse Umane
- Area Gestione Tecnica
- Area Servizio Socio Sanitario

L'organizzazione sanitaria, aggiornata con la D.D.G. n. 687 del 17.04.2014, si articola nei seguenti Dipartimenti Ospedalieri:

- Dipartimento aziendale area Chirurgica
- Dipartimento aziendale Area Critica
- Dipartimento aziendale area Medica
- Dipartimento aziendale Cardiologia
- Dipartimento aziendale Gestione del Farmaco
- Dipartimento aziendale Immuno-Trasfusionale
- Dipartimento aziendale Materno Infantile

- Dipartimento aziendale Medicina di Laboratorio
- Dipartimento aziendale medico-chirurgico Nefro-Urologico
- Dipartimento aziendale medico-chirurgico Neurosensoriale
- Dipartimento aziendale Radiodiagnostica
- Dipartimento aziendale Servizi Direzionali

e nei seguenti Dipartimenti Territoriali:

- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento di Salute Mentale
- Dipartimento delle Dipendenze Patologiche
- Dipartimento dell'Assistenza Primaria ed Intermedia (composto dai n.12 Distretti Socio Sanitari)

5. Analisi delle risorse

• Risorse economiche

Premesso che con deliberazione del Direttore Generale n.2204 del 30/11/2017 è stato approvato il bilancio di previsione del 2018 e con deliberazione del Direttore Generale n.775 del 10/05/2019 è stato approvato il bilancio di esercizio 2018 della ASL di Bari, di seguito si riepiloga il confronto tra il CE preventivo ed il CE consuntivo relativi all'esercizio 2018.

<u>Valori in €/mgl.</u>	Consuntivo 2018	Preventivo 2018	Consuntivo 2017
Valore della Produzione	2.315.605	2.283.795	2.290.830
Costi della Produzione	2.293.878	2.277.248	2.266.949
Differenza tra Valore e Costo della Produzione	21.727	6.547	23.881
Proventi ed oneri finanziari	-847	-761	105
Rettifiche di valore di attività finanziarie	-	-	-
Proventi ed oneri straordinari	9.317	-	6.270
Imposte sul reddito dell'esercizio	30.185	32.377	30.191
Utile/(Perdita) d'esercizio	12	-26.591	65

Fonte: Bilancio di esercizio 2018

Il risultato d'esercizio è migliore rispetto al preventivo: infatti, a fronte di un maggior valore della produzione del consuntivo 2018 di circa il 1,4% rispetto al preventivo 2018, i costi corrispondenti sono più alti solo di circa il 0,7%.

Risulta utile analizzare alcuni scostamenti con i costi del 2017 che rappresentano in modo più significativo le risorse economiche utilizzate per il perseguimento degli obiettivi definiti per il 2018:

Confronto con i costi sostenuti nel 2017 (valori in €/mgl)

	BILANCIO 2018	BILANCIO 2017	Scostamento
A) VALORE DELLA PRODUZIONE			
1) Contributi in c/esercizio	2.159.191	2.119.604	1,9%
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-10.237	-3.132	226,9%
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	9.394	11.760	-20,1%
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	100.470	105.913	-5,1%
5) Concorsi, recuperi e rimborsi	22.869	22.474	1,8%
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	11.441	11.144	2,7%
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	18.759	20.312	-7,6%
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0	0	
9) Altri ricavi e proventi	3.718	2.755	35,0%
Totale A)	2.315.605	2.290.830	1,1%
B) COSTI DELLA PRODUZIONE	0	0	
1) Acquisti di beni	433.674	397.152	9,2%
a) Acquisti di beni sanitari	428.619	391.610	9,5%
b) Acquisti di beni non sanitari	5.055	5.542	-8,8%
2) Acquisti di servizi sanitari	1.251.973	1.248.968	0,2%
a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	157.808	158.940	-0,7%
b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	178.401	197.091	-9,5%
c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	157.124	157.471	-0,2%
d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	40.403	45.563	-11,3%
e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	13.628	13.881	-1,8%
f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	17.011	19.012	-10,5%
g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	454.127	441.254	2,9%
h) Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	41.870	38.947	7,5%
i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F	87.189	80.776	7,9%
j) Acquisti prestazioni termali in convenzione	2.287	2.394	-4,5%
k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	15.449	14.640	5,5%
l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	43.541	42.873	1,6%
m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	3.796	3.954	-4,0%
n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari	33.346	26.765	24,6%
o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	3.114	4.121	-24,4%
p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	2.879	1.286	123,9%
q) Costi per differenziale Tariffe TUC	0	0	0,0%
3) Acquisti di servizi non sanitari	80.032	80.120	-0,1%
a) Servizi non sanitari	78.904	78.920	0,0%
b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	237	241	-1,7%
c) Formazione	891	959	-7,1%
4) Manutenzione e riparazione	22.574	20.619	9,5%
5) Godimento di beni di terzi	14.227	10.579	34,5%
6) Costi del personale	438.895	440.055	-0,3%
a) Personale dirigente medico	164.753	166.484	-1,0%
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	16.947	16.553	2,4%
c) Personale comparto ruolo sanitario	181.651	180.352	0,7%
d) Personale dirigente altri ruoli	4.204	4.183	0,5%
e) Personale comparto altri ruoli	71.340	72.483	-1,6%
7) Oneri diversi di gestione	7.012	5.556	26,2%
8) Ammortamenti	25.065	24.546	2,1%
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	1.157	1.281	-9,7%
b) Ammortamenti dei Fabbricati	12.072	10.578	14,1%
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	11.836	12.687	-6,7%
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	1.369	14.230	-90,4%
10) Variazione delle rimanenze	-10.708	-8.618	24,3%
a) Variazione delle rimanenze sanitarie	-10.424	-10.882	-4,2%
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	-284	2.264	-112,5%
11) Accantonamenti	29.765	33.742	-11,8%
a) Accantonamenti per rischi	10.060	15.224	-33,9%
b) Accantonamenti per premio operosità	889	1.488	-40,3%
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	26	773	-96,6%
d) Altri accantonamenti	18.790	16.257	15,6%
Totale B)	2.293.878	2.266.949	1,2%
DIF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	21.727	23.881	-9,0%
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI	0	0	
Totale C)	-847	105	-906,7%
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE	0	0	
Totale D)	0	0	0,0%
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	0	0	
1) Proventi straordinari	18.625	20.019	-7,0%
2) Oneri straordinari	9.308	13.749	-32,3%
Totale E)	9.317	6.270	48,6%
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO	0	0	
Totale Y)	30.185	30.191	0,0%
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	12	65	

Fonte: Bilancio di esercizio 2018

- complessivamente gli acquisti di servizi sanitari sono aumentati passando da €/mgl.1.248.968 a €/mgl.1.251.973 (+0,2%). Tra i principali fattori che contribuiscono a tale incremento si rileva:
 - l'aumento degli Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera che passano da €/mgl.441.254 a €/mgl.454.127 (+2,9%) a causa dell'incremento sia della mobilità passiva verso AA.OO. della Regione sia della mobilità passiva extraregionale;
 - l'aumento della mobilità passiva per distribuzione farmaci file F che passa da €/mgl. 80.776 a €/mgl.87.189 (+7,9%)
 - l'incremento degli Acquisti di prestazioni psichiatriche residenziali e semiresidenziali che passano da €/mgl.38.947 a €/mgl.41.870 (+7,5%)
 - l'aumento dei Rimborsi assegni e contributi sanitari che passano da €/mgl.26.765 a €/mgl.33.346 (+24,6%)
 - la rilevante diminuzione della spesa farmaceutica convenzionata che passa da €/mgl.197.091 a €/mgl.178.401 (-9,5%) confermando il trend osservato anche nell'esercizio 2017
 - la diminuzione degli Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa che passano da €/mgl.45.563 a €/mgl.40.403 (-11,3%) per effetto della chiusura di "Gestione e Management Sanitario S.p.a."-*"Presidio di Riabilitazione Padre Pio"* di Capurso nel corso del 2018. Tale risparmio è da considerarsi di natura transitoria attesa la conclusione della gara per l'affidamento in gestione di un Presidio Riabilitativo istituzionalmente accreditato, per l'erogazione di prestazioni riabilitative ex art.26 L.n.833/78, prevista per il 2019.
- dagli acquisti di servizi non sanitari dell'esercizio 2017 deve essere scorporato il costo del servizio di distribuzione farmaci PHT regionale, pari a circa €/mgl.3.722, oggetto di apposito finanziamento. Al netto di tale valore gli acquisti di servizi non sanitari sono aumentati passando da €/mgl.76.398 a €/mgl.80.032 (+4,8%). L'incremento è dovuto sia all'erogazione dell'indennità sostitutiva di servizio mensa al personale dipendente (registrato nel conto "Mensa e ristorazione") che, negli esercizi precedenti, era ricompresa tra gli Accantonamenti, sia all'incremento dei costi per Servizio di Portierato e Ausiliario in House;
- i costi per Manutenzioni e riparazioni passano da €/mgl.20.619 a €/mgl.22.574 (+9,5%) principalmente per l'incremento delle manutenzioni ordinarie sugli impianti e macchinari e, in parte, anche delle manutenzioni ordinarie sugli immobili e loro pertinenze;
- i costi per Godimento di beni di terzi passano da €/mgl.10.579 a €/mgl.14.227 (+34,5%) per il significativo incremento dei Canoni di noleggio per attrezzature concesse in uso ad assistiti;
- i costi del personale sono sostanzialmente invariati con leggera diminuzione passando da €/mgl. 440.055 a €/mgl.438.895 (-0,3%);
- gli accantonamenti passano da €/mgl.33.742 a €/mgl.29.765 (-11,8%).

• Risorse umane

Il personale rappresenta un vero e proprio patrimonio per l'organizzazione aziendale e pertanto la Direzione Strategica ha posto la massima attenzione sulle risorse umane per non trascurare gli aspetti legati allo sviluppo ed alla crescita professionale.

Il numero medio del personale dipendente in servizio presso l'Azienda Sanitaria Locale di Bari nel corso del 2016 è stato pari a n. 8.656 unità, nel corso del 2017 è stato pari a n. 8.428 unità e nel corso del 2018 è stato pari a n. 8.286 unità.

Per l'anno 2018 vanno aggiunti n.1020 Medici di Medicina Generale (MMG), n.181 Pediatri di libera scelta (PLS), n.340 medici specialisti ambulatoriali interni, n.265 medici di continuità assistenziale, n.31 psicologi convenzionati, n.41 veterinari convenzionati, n.132 medici del Servizio di Emergenza Territoriale e n.20 medici della Medicina dei Servizi.

Il totale degli operatori aziendali nel 2018 è stata quindi pari a n.10.316.

Area	2016					2017					2018				
	Ruolo Sanit.	Ruolo Tecn.	Ruolo Profess.	Ruolo Amm.vo	TOT.	Ruolo Sanit.	Ruolo Tecn.	Ruolo Profess.	Ruolo Amm.vo	TOT.	Ruolo Sanit.	Ruolo Tecn.	Ruolo Profess.	Ruolo Amm.vo	TOT.
Direzione e Aree di Gest.	78,6	174,1	10,7	224,5	488	83	167	9	193	452	1.234	313	9	318	1.874
Dipartimenti Territoriali	1.037,3	172,5	1,0	134,8	1.346	1.130	159	1	133	1.423	3.582	680	1	200	4.462
Ospedali	3.685,8	733,8	3,0	218,8	4.641	3.605	703	3	213	4.523	1.368	282		300	1.950
Distretti	1.517,8	318,3		344,9	2.181	1.416	294		320	2.030	2	-			2
TOTALE AZIENDA	6.319	1.399	15	923	8.656	6.234	1.322	12	860	8.428	6.184	1.275	10	818	8.286

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

Riepilogo per Sesso

Rispetto all'analisi per genere del numero medio di personale dipendente per l'anno 2018 si evidenzia come, in confronto al 2016, sia aumentato il personale di sesso femminile dell'1.3%.

Anno	2016		2017		2018	
Sesso	N.	%	N	%	N	%
Donne	5.044	58,3%	4.964	58,9%	4.941	59,6%
Uomini	3.612	41,7%	3.464	41,1%	3.345	40,4%
Totale	8.656	100,0%	8.428	100,0%	8.286	100,0%

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

Riepilogo per età

Rispetto all'analisi per età del numero medio di personale dipendente, di seguito rappresentata, si rileva che la classe di età maggiormente popolata nel 2018 è quella dai 50 ai 59 anni con una percentuale pari a circa il 40% del totale.

La fascia d'età al di sopra dei 50 anni per il 2018 è pari al 61,5%, di cui ben il 22,1% al di sopra dei 60 anni. Tale analisi comporta una riflessione sulle politiche di gestione del personale dipendente e sulla organizzazione aziendale. Andranno pianificati i concorsi aziendali e/o regionali garantendo la rapida sostituzione del personale in uscita considerati anche gli effetti della così detta "quota 100".

Anno	2016		2017		2018	
Decade	N.	%	N	%	N	%
20-29	114	1.3%	164	1.9%	175	2.1%
30-39	885	10.2%	917	10.9%	1 006	12.1%
40-49	2 263	26.1%	2 123	25.2%	2 012	24.3%
50-59	3 632	42.0%	3 444	40.9%	3 263	39.4%
>60	1 762	20.4%	1 779	21.1%	1 830	22.1%
Totale	8 656	100.0%	8 428	100.0%	8 286	100.0%

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

Riepilogo per Tipo rapporto di lavoro

L'analisi del numero medio del personale dipendente relativamente al tipo di rapporto di lavoro evidenzia una rilevante diminuzione della incidenza del personale a tempo determinato sul totale del personale dipendente, tra il 2017 ed il 2018, di una percentuale pari al 1,7% riferita prevalentemente al profilo del Comparto Infermieri.

Qualifica	2016			2017			2018		
	Determinato	Indeterminato	Totale	Determinato	Indeterminato	Totale	Determinato	Indeterminato	Totale
Dirigenti Medici	184	1.461	1.645	108	1.521	1.629	92	1.555	1.647
Dirigenti Sanitari non Medici	9	177	185	13	181	194	9	194	204
Pers. Comparto Infermieri	387	3.046	3.433	542	2.848	3.390	437	2.869	3.306
Pers. Tecnico Sanitario	65	432	498	63	413	476	23	336	360
Altro Pers. Di comparto	36	527	563	56	488	544	69	600	668
Totale Ruolo Sanitario	681	5.642	6.324	782	5.452	6.234	630	5.554	6.184
Dirigenti	1	7	8	1	7	8		9	9
Personale di Comparto	14	1.375	1.388	10	1.304	1.314	9	1.257	1.266
Totale Ruolo Tecnico	15	1.382	1.397	11	1.311	1.322	9	1.266	1.275
Dirigenti	2	8	10	3	6	9	4	6	9
Personale di Comparto	1	2	3	1	2	3	0	1	1
Totale Ruolo Professionale	3	10	13	4	8	12	4	7	10
Dirigenti	1	16	17	2	14	15	1	14	15
Personale di Comparto	4	903	906	3	842	845	2	800	803
Totale Ruolo Amministrativo	5	918	923	5	856	860	3	814	818
TOTALE AZIENDA	704	7.952	8.656	802	7.626	8.428	645	7.641	8.286

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

Turnover

L'analisi del turnover, ossia la differenza tra nuove assunzioni e cessazioni dei rapporti di lavoro, rivela nel 2018 un incremento di quasi il 85% delle assunzioni rispetto all'anno precedente ed un incremento di oltre il 72% delle cessazioni: tale andamento deriva dalla conclusione di diverse procedure concorsuali che hanno consentito, per numerose unità di personale, la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo determinato a tempo indeterminato.

	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
ASSUNTI	485	607	1121
CESSATI	537	731	1258
di cui in quiescenza	348	393	408

Fonte: Area Gestione del Personale

Di seguito vengono dettagliate, per profilo professionale, le n.1121 assunzioni effettuate nel corso del 2018:

	Cmp.San.	Dir.Med.San.	Cmp. PTA	Dir. PTA	TOTALE
Assunti a T.I. nel 2018	810	146	60	4	1020
Assunti a T.D. e comand. nel 2018	36	62	3	0	101
	Totale				1121

Fonte: Area Gestione del Personale

Nel 2016 la percentuale del personale in quiescenza rispetto a tutti i cessati è pari a quasi il 65%, nel 2017 la stessa percentuale scende a quasi il 54% mentre nel 2018 la percentuale scende fino al 32%. I restanti casi sono dovuti a dimissioni volontarie, mobilità all'interno del SSR, la citata trasformazione del rapporto di lavoro da tempo determinato a tempo indeterminato per numerose unità di personale e altri motivi.

Sorveglianza sanitaria

I giudizi di idoneità condizionati formulati nell'ambito dell'attività di sorveglianza sanitaria e di radioprotezione medica negli anni dal 2016 al 2018 sono di seguito riportati:

	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
Num.medio dipendenti	8656	8428	8286
Num. giudizi idoneità condizionati	649	637	591
Incidenza %	7,5%	7,6%	7,1%

Fonte: U.O. Sorveglianza Sanitaria

Permessi previsti per l'assistenza, l'integrazione sociale ed i diritti dei disabili (L.n.104/92)

Il personale dipendente che fruisce dei permessi per l'applicazione della L.n.104/92 è sostanzialmente rimasto invariato tra il 2017 ed il 2018. L'incidenza di questo personale sul totale dei dipendenti nel 2016 è stata pari ad oltre il 21,6%, nel 2017 è stata pari al 22,6% e nel 2018 pari al 23,2%.

ANNO	2016		2017		2018	
	N	Incid.su tot.pers.	N	Incid.su tot.pers.	N	Incid.su tot.pers.
RUOLO SANITARIO	1.319	20,9%	1.343	21,5%	1.365	22,1%
Dirigenti	346	18,9%	341	18,7%	343	18,5%
Comparto	973	21,7%	1.002	22,7%	1.022	23,6%
RUOLO TECNICO	320	22,9%	327	24,7%	333	26,1%
Dirigenti	0	0,0%	1	12,5%	1	11,3%
Comparto	320	23,0%	326	24,8%	332	26,2%
RUOLO PROFESSIONALE	1	7,8%	0	0,0%	0	0,0%
Dirigenti	1	10,2%	0	0,0%	0	0,0%
Comparto	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
RUOLO AMMINISTRATIVO	232	25,1%	237	27,6%	221	27,0%
Dirigenti	2	11,9%	3	19,5%	3	19,9%
Comparto	230	25,4%	234	27,7%	218	27,2%
TOTALE ASL BA	1.872	21,6%	1.907	22,6%	1.919	23,2%

Fonte: Area Gestione del Personale

Formazione

L'attività di formazione del personale dipendente del ruolo sanitario ed amministrativo è cresciuta nel triennio per numero di corsi, per numero di edizioni e per numero di partecipanti.

ANNO	N. corsi	N. edizioni	N. partecipanti
2015	99	271	8.137
2016	95	293	9.629
2017	128	374	10.986
2018	177	355	10.276

Fonte: U.O. Formazione

• Spese per il personale

Nell'esercizio 2018 la spesa del personale ha un leggero calo rispetto a quella del 2017: i costi del personale del ruolo sanitario rimangono invariati; in diminuzione sono quelli dei ruoli tecnico ed amministrativo. Per questi ultimi due ruoli, infatti continua la costante riduzione dei costi sin dall'esercizio 2013. In particolare si rileva che l'incidenza del costo del personale del Ruolo Amministrativo passa dal 8,1% del 2013 al 6,89% del 2018, comunque al di sotto del valore medio nazionale calcolato dalla STEM (Struttura Tecnica di Monitoraggio paritetica nata dall'intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009) sul costo del personale per l'anno 2013 pari al 7,76%.

Costi del Personale dipendente (compreso oneri a carico azienda ed IRAP)

Esercizi =>	2013	Incidenza	2014	Incidenza	2015	Incidenza
Ruolo Sanitario	380.781.953,95	80,39%	378.669.596,51	81,02%	382.691.548,75	81,53%
Ruolo Professionale	1.721.406,14	0,36%	1.242.933,85	0,27%	1.293.674,89	0,28%
Ruolo Tecnico	52.808.373,15	11,15%	51.063.963,61	10,93%	50.405.044,44	10,74%
Ruolo Amministrativo	38.348.273,67	8,10%	36.410.797,27	7,79%	34.978.656,58	7,45%
Totale	473.660.006,91	100,00%	467.387.291,24	100,00%	469.368.924,66	100,00%
Scostamento rispetto all'anno precedente			-1,32%		0,42%	

Esercizi =>	2016	Incidenza	2017	Incidenza	2018	Incidenza
Ruolo Sanitario	382.846.915,58	82,18%	385.098.957,08	82,58%	385.159.585,32	82,79%
Ruolo Professionale	1.237.126,05	0,27%	1.262.717,18	0,27%	1.314.924,75	0,28%
Ruolo Tecnico	48.203.224,42	10,35%	47.254.430,75	10,13%	46.711.381,85	10,04%
Ruolo Amministrativo	33.548.604,88	7,20%	32.728.452,73	7,02%	32.051.373,28	6,89%
Totale	465.835.870,93	100,00%	466.344.557,75	100,00%	465.237.265,20	100,00%
Scostamento rispetto all'anno precedente	-0,75%		0,11%		-0,24%	
Scostamento anni 2013-2018					-1,78%	

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

Nell'ambito della gestione delle risorse umane vanno segnalati:

- il significativo numero di concorsi espletati per la Dirigenza Medica, che ha pressoché azzerato, al 31/12/2018, il ricorso al personale medico a tempo determinato (risultano in servizio infatti solo n.8 dirigenti medici a tempo determinato aventi i requisiti della stabilizzazione);
- l'ultimazione del concorso per infermieri professionali nel mese di dicembre 2017 e l'avvio del processo di stabilizzazione nel corso 2018 che hanno consentito la graduale riduzione del personale a tempo determinato;
- l'avvio dei concorsi per Dirigente Avvocato e Dirigente Amministrativo;
- l'ultimazione del concorso per Dirigente Analista;
- la conclusione delle procedure di reclutamento per profili C e D del ruolo amm.vo e tecnico ex L.n.68/99 (collaboratori amm.vi, geometri, periti informatici, assistenti amm.vi).

• Risorse Tecnologiche principali

Le grandi attrezzature biomedicali installate nell'ASL Bari sono riportate di seguito:

- n. 4 Sistemi per angiografia
- n. 2 Gamma camera computerizzate
- n. 18 Mammografi digitali
- n. 6 R.M.
- n. 17 T.A.C.

Si precisa che una delle due Gamma Camera computerizzate dal mese di luglio 2018 è stata dismessa a causa di guasto non riparabile.

Risorse ICT

Le tecnologie ICT sono quantificate in:

- circa n.6200 postazioni lavoro (PC)
- circa n.7700 apparecchi telefonici con tecnologia IP
- n.20 server fisici
- circa n.130 server virtuali.

6. Assistenza Ospedaliera

6.1 Dati di struttura

I posti letto delle strutture Ospedaliere presenti nel territorio dell'Area Metropolitana di Bari sono di seguito riportati:

Presidio a gestione diretta	Anno 2017	Anno 2018
P.O. della Murgia	148	189
P.O. San Paolo (compreso Osp. di Molfetta, Osp. di Corato, Osp. di Terlizzi)	499	483
Osp. San Paolo	245	229
Osp. di Molfetta	101	101
Osp. di Corato	90	90
Osp. di Terlizzi	63	63
P.O. Monopoli	163	163
P.O. Putignano	153	153
P.O. Di Venere (compreso Osp. di Triggiano)	321	336
Osp. Di Venere	251	266
Osp. di Triggiano	70	70
Totale Presidi a gestione diretta	1284	1324

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

Si rileva che a fronte di **n.1324 posti letto** attivi negli Ospedali a gestione diretta nel 2018, il Regolamento Regionale 10 marzo 2017 n.7 avente ad oggetto: *“Riordino ospedaliero della regione puglia ai sensi del D.M.n.70/2015 e delle leggi di stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del R.R. n.14/2015”* prevede nelle altre strutture ospedaliere Pubbliche e Private complessivamente **n.3312 posti letto**.

Presidi privati convenzionati	R.R.n.7/2017
Gruppo Villa Maria	332
C. di C. Monte Imperatore	89
CBH Mater Dei	449
Totale Presidi privati convenzionati	870

Altre strutture ospedaliere	R.R.n.7/2017
E.E.Ospedale Generale Regionale 'Miulli'	571
IRCCS Fondazione 'S. Maugeri'	230
Totale altre strutture ospedaliere	801

Altre strutture ospedaliere insistenti nell'Area Metropolitana	R.R.n.7/2017
A.O.U. "Policlinico - Giovanni XXIII" di Bari	1361
IRCCS "Giovanni Paolo II" di Bari	156
IRCCS "De Bellis" di Castellana G.	124
Totale altre strutture ospedaliere Area Metropolitana	1641
Totale complessivo altre strutture ospedaliere Pubbliche e Private Area Metropolitana	3312

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

6.2 Dati di attività e indicatori

Nel corso dell'esercizio 2018 si è continuato ad adeguare diverse unità operative ospedaliere affinché meglio potessero rispondere alle esigenze dell'utenza nella erogazione di prestazioni sanitarie siano esse di ricovero che di natura ambulatoriale.

L'utilizzo sempre più appropriato della funzione ospedaliera ha consentito di ridurre progressivamente i ricoveri dei cittadini residenti nella ASL Bari nelle strutture a gestione diretta come riportato nella Tabella n.1.

TABELLA 1

	Anno 2018	Anno 2017	Variazione percentuale
Dimessi Ordinari (Ord.+Lungod.+Riab.)	42.773	45.713	-6,4%
Dimessi Nido	4.030	4.530	-11,0%
Dimessi DH	945	1.103	-14,3%
Dimessi Terapia Intensiva	921	875	5,3%
Totale	48.669	52.221	-6,8%

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

Si evidenzia come nel 2018 siano ridotti di oltre il 6% i ricoveri ordinari e di oltre il 14% i ricoveri in Day-Hospital. Tale trend, al netto del trasferimento della U.O. di Chirurgia Toracica dal P.O. "San Paolo" all'I.R.C.C.S. "Giovanni Paolo II" di Bari avvenuto nel corso del 2017 insieme alla U.O. Anatomia Patologica sempre del P.O. "San Paolo" ed alla U.O. Oncologia del P.O. "Di Venere", ai sensi della D.G.R.n.895 del 22/06/2016, è il risultato di scelte gestionali adottate nel corso degli anni passati.

Tale valore assume un significato ancora maggiore se si considera che la popolazione della provincia di Bari va incontro ad un progressivo invecchiamento come rilevato nell'analisi iniziale sul contesto di riferimento.

Per una più analitica valutazione si riportano, di seguito, i principali indicatori relativi all'attività ospedaliera degli ospedali a gestione diretta del triennio 2016-2018:

Anno 2018															
Codice	Descrizione Stabilimento	Peso medio	D.M. Acuti	D.M. preop.	Indice occup.	% DRG chir.	% T.C.	% T.C. NTSV	Rapp. DRG rischio inappr.	% Fratt. femore operate >65aa	D.M. preop. Tibia-Perone	% Col. Lapar.	% Col. Lap. 3 gg	% Dim. Vol.	% Prescr. 1 Ciclo
1310101	Stabilimento Ospedaliero "San Paolo" Bari	1,16	6,08	1,61	82,27%	41,44%	46,16%	38,30%	0,18	70,07%	4,53	92,44%	75,45%	2,64%	43,89%
1310102	Stabilimento Ospedaliero Molfetta	1,09	7,03	1,88	81,97%	43,04%	0,00%		0,27	77,98%	4,45	95,15%	36,73%	3,46%	50,49%
1310103	Stabilimento Ospedaliero Corato	0,82	5,09	1,22	62,33%	34,07%	43,83%	37,81%	0,25	56,48%	4,67	100,00%	64,29%	2,80%	27,33%
1310104	Stabilimento Ospedaliero Terlizzi	1,01	8,52	1,05	67,91%	8,35%			0,28	100,00%		66,67%	50,00%	4,49%	30,65%
1310201	Stabilimento Ospedaliero "Di Venere" Bari	1,19	6,87	1,98	92,98%	37,03%	35,63%	20,43%	0,22	96,92%	2,89	82,61%	12,28%	4,29%	33,84%
1310202	Stabilimento Ospedaliero Triggiano	1,15	13,65		72,16%				0,15					6,67%	30,64%
1310301	Stabilimento Ospedaliero della Murgia	0,98	5,89	1,28	67,19%	31,84%	25,35%	20,28%	0,28	64,22%	3,60	83,64%	41,30%	2,86%	28,84%
1310401	Stabilimento Ospedaliero Monopoli	0,97	5,83	1,56	70,55%	32,63%	29,01%	23,56%	0,25	52,73%	5,08	75,86%	6,82%	3,18%	41,21%
1310501	Stabilimento Ospedaliero Putignano	1,19	7,90	1,92	62,41%	35,88%			0,17	64,47%	4,47	89,93%	87,20%	3,09%	34,57%

Anno 2017															
Codice	Descrizione Stabilimento	Peso medio	D.M. Acuti	D.M. preop.	Indice occup.	% DRG chir.	% T.C.	% T.C. NTSV	Rapp. DRG rischio inappr.	% Fratt. femore operate >65aa	D.M. preop. Tibia-Perone	% Col. Lapar.	% Col. Lap. 3 gg	% Dim. Vol.	% Prescr. Ciclo
1310101	Stabilimento Ospedaliero "San Paolo" Bari	1,16	6,12	1,78	86,66%	42,06%	45,95%	39,38%	0,19	68,03%	5,07	88,35%	78,02%	3,23%	11,56%
1310102	Stabilimento Ospedaliero Molfetta	1,11	7,23	1,88	85,87%	43,79%			0,27	83,65%	4,46	98,72%	31,17%	5,18%	28,80%
1310103	Stabilimento Ospedaliero Corato	0,79	4,68	1,24	58,89%	33,12%	45,76%	36,84%	0,29	41,24%	4,31	100,00%	100,00%	3,60%	1,42%
1310104	Stabilimento Ospedaliero Terlizzi	0,99	8,50	6,46	76,34%	9,17%			0,41			100,00%	0,00%	5,61%	2,70%
1310201	Stabilimento Ospedaliero "Di Venere" Bari	1,18	6,38	1,84	92,56%	43,86%	42,32%	29,40%	0,30	95,26%	1,96	85,71%	41,67%	6,06%	8,49%
1310202	Stabilimento Ospedaliero Triggiano	1,17	11,98	0,50	91,27%	2,96%			0,14	100,00%				7,94%	7,95%
1310301	Stabilimento Ospedaliero della Murgia	0,94	6,09	1,60	84,70%	31,04%	26,40%	21,78%	0,29	53,47%	4,50	93,98%	34,62%	4,48%	11,93%
1310401	Stabilimento Ospedaliero Monopoli	0,96	5,73	1,47	71,95%	32,05%	25,98%	24,41%	0,26	22,35%	4,65	74,12%	3,17%	4,25%	15,44%
1310501	Stabilimento Ospedaliero Putignano	1,07	6,75	1,54	61,00%	38,10%	39,04%	33,33%	0,24	68,03%	4,17	90,54%	83,58%	4,72%	6,92%

Anno 2016															
Codice	Descrizione Stabilimento	Peso medio	D.M. Acuti	D.M. preop.	Indice occup.	% DRG chir.	% T.C.	% T.C. NTSV	Rapp. DRG rischio inappr.	% Fratt. femore operate >65aa	D.M. preop. Tibia-Perone	% Col. Lapar.	% Col. Lap. 3 gg	% Dim. Vol.	% Prescr. I Ciclo
1310101	Stabilimento Ospedaliero "San Paolo" Bari	1,16	6,47	1,81	93,71%	43,79%	50,92%	48,23%	0,22	55,03%	4,18	78,67%	57,63%	3,18%	
1310102	Stabilimento Ospedaliero Molfetta	1,10	7,12	2,17	82,52%	41,03%			0,31	32,52%	5,11	100,00%	5,68%	5,20%	
1310103	Stabilimento Ospedaliero Corato	0,76	4,61	1,30	54,01%	33,15%	43,02%	27,23%	0,31	44,26%	4,78	100,00%	60,00%	4,68%	
1310104	Stabilimento Ospedaliero Terlizzi	1,06	7,94	1,55	77,05%	16,16%			0,39			85,45%	57,45%	6,03%	
1310201	Stabilimento Ospedaliero "Di Venere" Bari	1,14	6,17	1,81	97,65%	42,04%	49,35%	36,70%	0,30	97,17%	2,72	90,91%	47,78%	7,55%	
1310202	Stabilimento Ospedaliero Triggiano	1,17	11,33	17,60	128,06%	3,26%			0,13					9,27%	
1310301	Stabilimento Ospedaliero della Murgia	0,94	5,71	1,44	81,92%	33,09%	28,95%	26,97%	0,38	45,16%	4,12	93,91%	45,37%	4,15%	
1310401	Stabilimento Ospedaliero Monopoli	0,97	5,87	1,61	69,63%	33,71%	36,36%	32,54%	0,26	18,28%	4,59	84,38%	1,85%	5,95%	
1310501	Stabilimento Ospedaliero Putignano	0,95	6,36	1,77	63,95%	35,68%	37,58%	32,82%	0,29	40,26%	5,30	93,57%	77,10%	9,49%	

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

Di seguito sono riepilogati, **a livello di Azienda**, gli indicatori tecnici più rappresentativi dell'attività ospedaliera in questione:

INDICATORE	Anno 2018	Anno 2017	Anno 2016
Peso medio	1,08	1,06	1,04
Degenza Media	6,64	6,51	6,50
Degenza Media preoperatoria	1,67	1,73	1,74
Indice occupazione	77,14%	80,86%	83,50%
% DRG chirurgici	34,73%	36,02%	35,85%
% T.C.	36,83%	39,10%	43,66%
% T.C. NTSV	26,98%	31,20%	35,28%
Rapp. DRG rischio inappropriata	0,23	0,26	0,28
% Fratt. femore operate pz. >65aa	71,43%	66,74%	52,92%
D.M. preop. Tibia-Perone	4,14	4,08	4,10
% Colectomie Laparoscopiche	87,38%	88,73%	90,80%
% Colect. Lapar. con D.M. postoperatoria <3 gg	50,00%	52,09%	45,19%
% Dimissioni Volontarie	3,44%	4,74%	5,94%
% Prescrizione I Ciclo di terapia alla dimissione	37,20%	10,91%	

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

L'attività di Emergenza Ospedaliera svolta nel biennio 2017-2018, per ciascun Ospedale a gestione diretta, è riepilogata, per codice di *triage*, nella tabella seguente:

	2018							2017						
Stabilimento	BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO	NERO	NON RILEVATO	TOTALE	BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO	NERO	NON RILEVATO	TOTALE
"San Paolo" Bari	738	35.330	12.511	475	1	219	49.274	577	34.695	11.869	471	6	76	47.694
Corato	328	19.954	2.171	77	1	16	22.547	551	20.403	1.825	91	4	7	22.881
Molfetta	1.168	18.116	4.238	129	5	15	23.671	994	17.527	4.590	137	2	12	23.262
Terlizzi	397	8.931	1.822	19	1		11.170	277	9.093	1.647	33	3	2	11.055
"Di Venere" Bari	212	27.215	13.999	1.008		8	42.442	281	26.401	13.346	809		21	40.858
Triggiano	22	7.019	2.395	26			9.462	55	7.818	3.054	18	1		10.946
Monopoli	523	20.679	8.094	263	1	193	29.753	1.070	19.584	5.934	195	4	401	27.188
Murgia	1.516	18.792	5.665	409		1.018	27.400	2.215	18.754	5.623	384		1.146	28.122
Putignano	242	17.069	7.232	156	1	52	24.752	267	17.587	6.977	127	4	23	24.985
TOTALE	5.146	173.105	58.127	2.562	10	1.521	240.471	6.287	171.862	54.865	2.265	24	1.688	236.991

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

Sono, inoltre, rappresentati i minuti medi di attesa al Pronto Soccorso per ciascun Ospedale riferiti al biennio 2017-2018

Ospedale	2018	2017
"San Paolo" Bari	29	30
Molfetta	22	22
Corato	12	8
Terlizzi	2	5
"Di Venere" Bari	37	31
Triggiano	2	2
Murgia	44	40
Monopoli	42	37
Putignano	27	24

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

Di seguito è, infine, rappresentata la suddivisione degli esiti degli accessi di Pronto Soccorso tra ricoveri e abbandoni:

Anno	2018			2017		
Ospedale	Totale accessi	% accessi ricoverati	% Abband.	Totale accessi	% accessi ricoverati	% Abband.
"San Paolo" Bari	49.274	6,7%	4,4%	47.694	7,2%	4,8%
Molfetta	23.671	7,9%	5,3%	23.262	8,3%	5,9%
Corato	22.547	4,8%	3,5%	22.881	4,8%	4,0%
Terlizzi	11.170	9,5%	2,4%	11.055	10,8%	3,5%
"Di Venere" Bari	42.442	10,2%	7,8%	40.858	9,6%	7,0%
Triggiano	9.462	6,6%	2,6%	10.946	9,3%	2,5%
Murgia	27.400	8,0%	7,5%	28.122	7,8%	7,2%
Monopoli	29.753	9,7%	8,2%	27.188	10,9%	7,9%
Putignano	24.752	8,3%	2,2%	24.985	9,3%	2,4%
Totale	240.471	8,1%	5,4%	236.991	8,5%	5,4%

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

In riferimento all'attività ospedaliera del periodo in questione, di seguito sono riportati i valori riferiti alle prestazioni ambulatoriali per esterni, ai Day Service ed alle prestazioni erogate per scambi interni miranti a completare l'iter diagnostico-terapeutico per i ricoverati:

Attività ambulatoriale Ospedaliera per esterni	2018		2017		Scostamento			
	Num.	Valore	Num.	Valore	Num.	%	Valore	%
Visite specialistiche	354.604	€ 5.672.603,73	423.756	€ 7.101.067,87	-69.152	-16,3%	-€ 1.428.464,14	-20,1%
Prestazioni Patologia clinica	3.990.628	€ 15.737.081,25	4.000.660	€ 15.574.423,92	-10.032	-0,3%	€ 162.657,33	1,0%
Prestazioni Diagnostica per immagini	228.655	€ 11.619.111,04	233.985	€ 11.397.404,40	-5.330	-2,3%	€ 221.706,64	1,9%
Altre prestazioni	325.222	€ 6.383.373,58	530.299	€ 8.131.503,91	-205.077	-38,7%	-€ 1.748.130,33	-21,5%
Dialisi	95.877	€ 16.262.514,72	99.639	€ 15.486.350,42	-3.762	-3,8%	€ 776.164,30	5,0%
Day Service	31.930	€ 19.911.297,84	28.120	€ 17.043.040,88	3.810	13,5%	€ 2.868.256,96	16,8%
Totale	5.026.916	€ 75.585.982,16	5.316.459	€ 74.733.791,40	-289.543	-5,4%	€ 852.190,76	1,1%

Prestazioni ambulatoriali Ospedaliere per interni	2018		2017		Scostamento			
	Num.	Valore	Num.	Valore	Num.	%	Valore	%
Stabilimento Ospedaliero "San Paolo" Bari	1.568.405	€ 11.305.482,82	1.616.532	€ 12.595.307,71	-48.127	-3,0%	-€ 1.289.824,89	-10,2%
Stabilimento Ospedaliero Molfetta	423.660	€ 3.359.892,41	423.487	€ 3.504.062,14	173	0,0%	-€ 144.169,73	-4,1%
Stabilimento Ospedaliero Corato	302.163	€ 2.489.202,57	311.823	€ 2.744.330,59	-9.660	-3,1%	-€ 255.128,02	-9,3%
Stabilimento Ospedaliero Terlizzi	221.893	€ 1.331.578,80	219.683	€ 1.231.712,68	2.210	1,0%	€ 99.866,12	8,1%
Stabilimento Ospedaliero "Di Venere" Bari	1.538.172	€ 12.610.097,37	1.469.541	€ 11.340.099,70	68.631	4,7%	€ 1.269.997,67	11,2%
Stabilimento Ospedaliero Triggiano	250.934	€ 1.546.688,68	309.367	€ 1.887.221,75	-58.433	-18,9%	-€ 340.533,07	-18,0%
Stabilimento Ospedaliero della Murgia	895.828	€ 5.019.303,61	826.030	€ 4.661.687,93	69.798	8,4%	€ 357.615,68	7,7%
Stabilimento Ospedaliero Monopoli	1.085.950	€ 6.420.677,60	1.019.764	€ 5.969.251,87	66.186	6,5%	€ 451.425,73	7,6%
Stabilimento Ospedaliero Putignano	570.822	€ 3.163.980,00	548.979	€ 3.344.734,08	21.843	4,0%	-€ 180.754,08	-5,4%
Totale	6.857.827	€ 47.246.903,86	6.745.206	€ 47.278.408,45	112.621	1,7%	-€ 31.504,59	-0,1%

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

6.3 Analisi dei dati di attività rispetto al Piano della Performance 2018-2020

Le attività e gli indicatori relativi all'Assistenza Ospedaliera vengono di seguito analizzati rispetto alle Macroaree di riferimento dell'albero della performance considerate in fase di assegnazione degli obiettivi 2018 alle diverse UU.OO..

Macroarea "Capacità di governo della domanda sanitaria"

- La degenza media per i ricoveri risulta leggermente aumentata passando dal 6,50 del 2016 al 6,51 del 2017 fino al 6,64 del 2018, ma, contestualmente, si consideri che anche il peso medio risulta aumentato passando dal 1,04 del 2016 al 1,06 del 2017 fino al 1,08 del 2018.

- Riorganizzazione rete ospedaliera:

Così come previsto dal Regolamento Regionale n.7/2017 nel 2018 sono state effettuate le seguenti attività:

- trasferimento della U.O. di Pneumologia dall'Ospedale di Triggiano all'Ospedale "Di Venere" di Bari;
- conversione in U.O.S. Lungodegenza della U.O.S. Medicina interna-Lungodegenza dell'Ospedale "Fallacara" di Triggiano, giusta D.D.G.n.1055 del 05/06/2018;
- riorganizzazione dell'attività trasfusionale nell'ambito della ASL Bari con l'istituzione della U.O.S.V.D. Medicina trasfusionale presso l'Ospedale della Murgia e la riclassificazione della U.O.S.V.D. Medicina trasfusionale dell'Ospedale di Putignano in Articolazione Organizzativa della U.O.S.V.D. Medicina trasfusionale dell'Ospedale di Monopoli, giusta D.D.G.n.1056 del 05/06/2018;
- rideterminazione del numero di posti letto dell'U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia

- dell'Ospedale di Corato, giusta D.D.G.n.1794 del 09/11/2018;
- rideterminazione del numero di posti letto delle UU.OO.CC. di Oculistica dell'Ospedale "Di Venere" di Bari e dell'Ospedale di Putignano, giusta D.D.G.n.2096 del 21/12/2018.
 - Riorganizzazione rete emergenza urgenza: in ottemperanza a quanto previsto dalla D.G.R.n.1933/2016 si è proseguito con la riconversione dei Punti di Primo Intervento Territoriale e sono state medicalizzate le postazioni di Noicattaro e Giovinazzo.
 - Riorganizzazione del percorso nascita: tutte le procedure attuative per il corretto funzionamento del Servizio Trasporto Assistito Materno (STAM) e del Servizio Trasporto Emergenza Neonatale (STEN) sono state regolarmente espletate in ciascun punto nascita della ASL. Si riportano, di seguito, il numero di interventi dello STEN presso i punti nascita della ASL Bari nell'anno 2018:
 - Ospedale "San Paolo": n.13
 - Ospedale della Murgia: n.4
 - Ospedale di Corato: n.3
 - Ospedale di Monopoli: n.12

L'Unità Terapia Intensiva Neonatale dell'Ospedale "Di Venere" di Bari ha ricevuto dallo STEN n.3 neonati prelevati da altri punti nascita.

Macroarea "Appropriatezza e qualità"

- Il miglioramento dell'appropriatezza organizzativa, in ambito ospedaliero, si è realizzato attraverso una riduzione dell'incidenza dei DRG a rischio di inappropriatezza sul totale dei DRG tra il 2016 ed il 2018 (0,28 nel 2016, 0,26 nel 2017 e 0,23 del 2018). Anche il numero di Day Service è significativamente aumentato del 13,5% passando da n.28.120 del 2017 a n.31.930 del 2018.
- Appropriatezza in area Materno-infantile: i parti cesarei complessivi sono diminuiti nel 2018 rispetto al 2016 passando dal 43,66% al 39,10% del 2017 fino al 36,83% del 2018 ed anche i parti cesarei depurati (ovvero i parti delle donne Nullipare, a Termine, Singoli, Presentazione di vertice) sono passati dal 35,28% del 2016 al 31,20% del 2017 fino al 26,98% del 2018.
- Partoanalgesia: l'incidenza del numero di partoanalgesie sul numero di parti vaginali è aumentata nel triennio 2016-2018 passando dal 7% del 2016 al 16% del 2018:

Anno	Parti vaginali	N. Partoanalg.	% Partoanalg.
2016	2.780	198	7%
2017	2.969	185	6%
2018	2.816	441	16%

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

- Miglioramento qualità e appropriatezza rete emergenza-urgenza:
 - gli abbandoni da Pronto Soccorso sono rimasti invariati tra il 2017 ed il 2018 mantenendo un'incidenza del 5,4% sul totale degli accessi rilevati;
 - l'incidenza degli accessi seguiti da ricovero sul totale degli accessi rilevati sono leggermente diminuiti passando dal 8,5% del 2017 al 8,1% del 2018;

- l'incidenza dei dimessi con DRG chirurgico da UU.OO. chirurgiche, presso le quali erano stati ricoverati da Pronto Soccorso, è leggermente diminuita passando da un'incidenza del 50,1% del 2017 al 49,7% del 2018 confermando sostanzialmente l'inappropriatezza rilevata nel 2017;
- attualmente è attiva l'Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale della Murgia. Nel 2018 non è stato possibile attivare l'O.B.I. presso gli altri Pronto Soccorso aziendali a causa dei limiti di spesa per l'assunzione di personale.
- Miglioramento qualità di processo: sia la percentuale delle fratture del collo del femore operate entro 2 giorni totali che quella riferita alle fratture nei soggetti >65 anni di età sono in progressiva crescita dal 2016 al 2018;
- Miglioramento qualità percepita: in costante diminuzione sono le dimissioni volontarie che passano dal 5,94% del 2016 al 3,44% del 2018 attestando un miglioramento nella qualità percepita da parte dell'utenza.

7. Assistenza Territoriale

L'Azienda opera mediante n.215 strutture a gestione diretta e n.334 strutture convenzionate/accreditate. La tipologia di strutture ed il tipo di assistenza erogata sono riassunte nelle matrici che seguono.

Strutture a gestione diretta

Strutture a gest. diretta	Tipo assistenza											Totale
	Attività clinica	Diagnostica strument. e per immag.	Attività di laborat.	Att. Di Consult. Familiare	Assist. Psych.	Assist. per tossicodip	Assistenza AIDS	Assist. agli anziani	Assist. ai disabili fisici	Assist. disabili psichici	Assit. ai malati terminali	
Ambulatorio Laboratorio	71	28	16									115
Struttura residenziale											2	2
Struttura semi resid.le					1							1
Altro tipo di struttura	27	1		38	14	17						97
Totale	98	29	16	38	15	17	0	0	0	0	2	215

Fonte: Nuovo Sistema Informativo Sanitario (N.S.I.S.) – Min.San.

I centri/ambulatori di riabilitazione ex art.26, Legge n.833/1978 sono n.35 senza posti letto.

Strutture convenzionate

Strutture convenzion.	Tipo assistenza											Totale
	Attività clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Attività di laborat.	Att. Di Consult. Familiare	Assist. Psych.	Assist. per tossicodip	Assistenza AIDS	Assist. agli anziani	Assist. ai disabili fisici	Assist. ai disabili psichici	Assit. ai malati terminali	
Ambulatorio Laboratorio	51	23	60									134
Struttura residenziale					67	10		36	9	23	2	147
Struttura semi residenziale					18	1		5		23		47
Altro tipo di struttura	6											6
Medico singolo												0
Totale	57	23	60	0	85	11	0	41	9	46	2	334

Fonte: Nuovo Sistema Informativo Sanitario (N.S.I.S.) – Min.San.

Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati privati ex art.26, Legge n.833/1978 sono n.4, per complessivi n.260 posti letto residenziali e n.120 posti letto semiresidenziali.

Si precisa che nel corso dell'anno 2017 la Regione Puglia ha provveduto ad effettuare revoca dell'accreditamento nei confronti di "Gestione e Management Sanitario S.p.a."-"Presidio di Riabilitazione Padre Pio" di Capurso divenuta definitiva a seguito dell'Ordinanza del Consiglio di Stato n.5847 del 12/12/2017. Nelle more dell'espletamento della gara per l'affidamento in gestione

di un Presidio Riabilitativo istituzionalmente accreditato, bandita con D.D.G.n.388 del 14/02/2018, gli assistiti dell'ASL Bari, presi in carico prima della revoca dell'accreditamento, hanno continuato ad usufruire delle prestazioni di riabilitazione erogate dal "Presidio di Riabilitazione Padre Pio" fino al mese di maggio 2018.

Relativamente all'Assistenza Primaria, l'Azienda opera mediante n.1020 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 1.108.840 persone, e n.177 pediatri di libera scelta che assistono complessivamente una popolazione pari a 139.605 persone.

7.1 Assistenza Distrettuale – Dati di attività

Il riordino della rete ospedaliera ed il trasferimento dei livelli di assistenza dall'ospedale al territorio hanno comportato la necessità di potenziare l'assistenza sanitaria territoriale.

A livello distrettuale si registrano nel 2018 n.1.836.077 prestazioni ambulatoriali (compreso n.9.736 day service) restando sostanzialmente invariate rispetto a quelle erogate nel 2017 (pari a n.1.836.022, compreso n.9.583 day service). Se tale dato viene valutato unitamente al valore delle prestazioni erogate nel 2018, pari a circa €25.700.000,00, quindi con un incremento del 6,5% rispetto al valore delle prestazioni erogate nel 2017 (pari a circa €24.120.000,00), si evidenzia un aumento nella qualità dell'attività territoriale con riduzione dell'inappropriatezza nell'ambito di un percorso di razionalizzazione globale dell'offerta.

Attività ambulatoriale Distrettuale	2018		2017		Scostamento			
	Num.	Valore	Num.	Valore	Num.	%	Valore	%
Visite specialistiche	413.546	€ 7.260.542,62	422.702	€ 7.511.922,22	-9.156	-2,2%	-€ 251.379,60	-3,3%
Prestazioni Patologia clinica	964.982	€ 3.220.887,68	939.235	€ 3.097.124,20	25.747	2,7%	€ 123.763,48	4,0%
Prestazioni Diagnostica per immagini	132.385	€ 4.769.676,96	130.905	€ 4.556.319,02	1.480	1,1%	€ 213.357,94	4,7%
Altre prestazioni	315.428	€ 4.089.107,84	333.597	€ 4.372.420,22	-18.169	-5,4%	-€ 283.312,38	-6,5%
Day Service	9.736	€ 6.343.803,14	9.583	€ 4.585.610,70	153	1,6%	€ 1.758.192,44	38,3%
Totale	1.836.077	€ 25.684.018,24	1.836.022	€ 24.123.396,36	55	0,0%	€ 1.560.621,88	6,5%

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

La attività dei Distretti ha garantito una risposta globale ai bisogni di salute degli utenti, in particolare a quanti sono in condizioni di fragilità e complessità. In tale senso vanno interpretate le azioni poste in essere nel corso del 2018 dal livello di Assistenza Territoriale:

- il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva è stato perseguito con incontri formativi tra medici prescrittori, specialisti ospedalieri e farmacisti dell'Area Farmaceutica al fine di condividere i comportamenti prescrittivi in merito alla prescrizione di alcuni farmaci quali, ad esempio, gli inibitori di pompa protonica, le statine, i farmaci del sistema respiratorio, le eparine a basso peso molecolare, gli antibiotici e gli antinfiammatori non steroidei. Gli esiti di tale attività di controllo si riscontrano in una significativa contrazione della spesa farmaceutica convenzionata come successivamente rappresentato.
- è stato elaborato un protocollo operativo per l'accesso dei pazienti alle Strutture Socio-Sanitarie con il coinvolgimento dell'Area Servizio Socio Sanitario, dei Distretti, del Dipartimento di Salute Mentale e del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche. Tale protocollo ha curato, in particolare, la definizione dei percorsi autorizzativi per l'accesso e/o il trasferimento dei pazienti in altre strutture con contemporaneo trasferimento da un

setting assistenziale ad un altro con correlata valutazione di un Piano di Cura e di Assistenza personalizzata. Tale protocollo ha avuto quali destinatari i Dirigenti e gli Operatori dell'ASL coinvolti nella presa in carico delle persone in stato di bisogno socio-sanitario complesso in condizioni di non autosufficienza a partire dalla richiesta di accesso alla rete dei servizi socio-sanitari presentata alla Porta Unica di Accesso distrettuale, passando per la Unità di Valutazione Multidimensionale e la valutazione di un Piano di Cura e di Assistenza personalizzata.

- il miglioramento della qualità assistenziale è stato perseguito attraverso l'elaborazione di protocolli operativi, sottoposti alla valutazione della U.O. Gestione del Rischio Clinico, quali, ad esempio,
 - protocollo sulla corretta gestione dei rifiuti sanitari a rischio infettivo prodotti a domicilio del paziente
 - protocollo sull'educazione terapeutica del *cargiver* nella prevenzione dei rischi in Assistenza Domiciliare
 - protocollo sull'appropriato funzionamento di un Punto Prelievo
 - protocollo di accesso alle prestazioni di riabilitazione domiciliare
 - protocollo operativo per la diagnosi precoce e il trattamento della tubercolosi negli Istituti penitenziari del Distretto di Bari
 - protocollo operativo per l'accoglienza nuovi giunti presso la Casa Circondariale di Bari
 - protocollo sulla sicurezza degli operatori che assistono il paziente a domicilio
 - protocollo sull'adozione *check list* per la registrazione delle attività di verifica gestione del rischio clinico nell'ADI di III livello
 - procedura per la medicazione di accessi venosi centrali con accesso diretto e periferico a medio e lungo termine
 - protocollo operativo per l'accesso alla rete dei servizi sociosanitari
 - protocollo operativo per l'accesso degli assistiti all'ambulatorio infermieristico territoriale
 - protocolli operativi per l'endoscopia digestiva
 - protocollo interno per l'esecuzione delle pancolonscopie in sedoanalgesia non assistita da anestesisti (come da anni effettuato)
- l'assetto organizzativo dei Consultori Familiari è stato potenziato tramite il reclutamento di personale ostetrico ai fini di incrementare l'attività di *screening* cervico-vaginale.

7.2 Salute Mentale – Dati di attività

Il Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.) è la struttura unitaria attraverso cui l'Azienda assicura tutti i servizi e le attività necessarie alla tutela e alla promozione della salute mentale nei confronti della popolazione residente nell'ambito territoriale di riferimento.

Il D.S.M. si articola in n.7 Centri di Salute Mentale, n.1 U.O. di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, n.1 U.O. di Psicologia Clinica, n.1 U.O. per la cura dei Disturbi del comportamento alimentare (DCA), n.1 Servizio di Salute Mentale Penitenziaria e n.2 Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) presso l'Ospedale della Murgia e l'Ospedale di Triggiano.

- **Dati sull'utenza del DSM**

Nell'anno 2018 il DSM ha avuto in carico 15.922 pazienti adulti affetti da patologia psichiatrica di

cui 6.248 sono stati nuovi contatti per un totale di 228.509 prestazioni erogate. Di queste prestazioni n.3.057 sono stati interventi eseguiti in urgenza (nel 2017 n.2.630 interventi in urgenza) esitati in n.145 T.S.O. (nel 2017 n.144 T.S.O.).

Il numero di utenti si riferisce a pazienti seguiti su tutto l'ambito territoriale della ASL Bari e quindi in carico ai diversi Centri di Salute Mentale. Di seguito si riporta il totale delle prestazioni erogate (comprendenti visite psichiatriche ordinarie ed urgenti e psicodiagnostiche, interventi di rete, interventi riabilitativi sul territorio, certificazioni e consulenze, psicoterapia) negli anni 2017 e 2018:

Comuni di competenza	Popolazione	Utenti in carico	Di cui nuovi contatti	Prestazioni erogate	Utenti in carico/Popolaz.resid.	Prestazioni erogate per utente
Totale anno 2017	1.260.142	14.663	5.680	208.072	1,2%	14
Totale anno 2018	1.257.520	15.922	6.248	228.509	1,3%	14

Fonte: D.S.M.

- **Le strutture residenziali e semiresidenziali**

Al 31 dicembre 2018 presso le strutture residenziali e semiresidenziali erano inseriti complessivamente n.1440 pazienti così suddivisi:

Tipo Struttura	Pazienti al 31/12/2018
C.R.A.P. (assist. h24)	315
Comunità Alloggio (assist. h12)	95
Gruppi Appartamento	73
Centri Diurni Riabilitativi	386
Residenzialità protetta	195
Case per la vita	213
Strutture dedicate ai minori	163
Totale	1440

Fonte: D.S.M.

- **Le strutture dedicate a pazienti psichiatrici autori di reato**

Il numero di pazienti psichiatrici autori di reato è in costante aumento rispetto agli anni precedenti verosimilmente a causa della chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

Al 31 Dicembre 2018 nella ASL di Bari sono risultate attive tre CRAP (Rutigliano, Molfetta e Noicattaro) dedicate a pazienti psichiatrici Autori di Reato (R.R. 30 Settembre 2014 n.18).

I posti attivati in tali CRAP su tutto il territorio regionale sono stati n.70, comprendendo i posti attivati anche nelle CRAP dedicate presenti nelle altre ASL (Foggia, Bat, Taranto e Lecce). Dei n.19 pazienti transitati nel 2018, almeno per un giorno, nelle CRAP dedicate, il DSM della ASL Bari ha inserito n.9 pazienti all'interno di propri Servizi e ne ha dimessi 3.

- **L'assistenza psichiatrica penitenziaria**

Per quanto attiene l'attività assistenziale psichiatrica svolta nelle carceri e di competenza dell'Ufficio di Salute Mentale Penitenziaria, si riportano di seguito i dati relativi all'attività erogata nel 2018 presso gli Istituti di Pena e Case Circondariali che insistono sul territorio della ASL così come censiti nei registri tenuti negli stessi Istituti.

ISTITUTO	CAPIENZA MEDIA	NUM.PRESTAZIONI ANNO 2018
Istituto Penale per Minorenni – 'Fornelli'	40	1379
Casa Circondariale di Bari	400	7122
Casa Circondariale di Altamura	80	660
Istituto di Pena di Turi	150	484

Fonte: D.S.M.

- **L'assistenza per i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)**

L'U.O.S.V.D. dei Disturbi del Comportamento Alimentare nel 2018 ha avuto in carico n.220 soggetti di cui il 70 % ha necessitato del coinvolgimento dei familiari. A questi pazienti sono state erogate n.3310 prestazioni che comprendono, oltre a visite psichiatriche e valutazioni psicodiagnostiche, interventi psicoterapeutici specifici rivolti al paziente ed alle famiglie, valutazioni per chirurgia bariatrica, incontri informativi e di prevenzione in collaborazione con associazioni di settore.

- **La Neuropsichiatria Infantile**

Sono di seguito riportati i dati relativi al numero di prestazioni erogate, tra visite e controlli, per assistenza neuropsichiatrica infantile sul territorio della ASL.

Area	Num. utenti	Visite e Controlli	Prestazioni di terapisti dedicati
Area Nord	2036	2701	29800
Area Metropolitana	1200	1400	16191
Area Alta Murgia	3100	2375	11920
Area Sud	2367	3880	27778
Totale	8703	10356	85689

Fonte: U.O.C. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza.

7.3 Dipendenze Patologiche – Dati di attività

Il Dipartimento Dipendenze Patologiche (DDP) è la struttura che ha il compito di fornire assistenza e trattamento alle persone, alle famiglie e alla popolazione in generale per superare e prevenire ogni forma di rischio, uso o dipendenza da sostanze psicoattive, patologie correlate o altre situazioni comportamentali (es: gioco d'azzardo, sostanze stupefacenti e psicotrope) in grado di creare dipendenze patologiche, al fine di promuovere uno stile di vita sano, offrendo sempre e comunque risposte alle richieste di aiuto ai cittadini-clienti.

Il DDP si articola in n.2 Unità Operative: Nord Barese e sud Barese.

- **Dati sull'utenza del DDP**

I tossicodipendenti (da sostanze illegali)

Di seguito sono rappresentati i dati di attività del D.D.P. con riferimento all'utenza ed alle prestazioni erogate nel 2018:

	Num. prestazioni	Num. Utenti	Num.prest. per utente	Di cui utenti età <18 anni	Di cui utenti età >18 e <25 anni	Totale giovani
Utenti visitati e prestazioni erogate nell'anno 2018 dai Ser.D.	213883	6133	35	113	178	291

	Maschi	Femmine	Totale	Di cui nuovi utenti	% nuovi utenti	% utenti in fascia di età 15-25 anni
Utenti in carico assistenziale nell'anno 2018 per consumo di sostanze illegali	2241	218	2459	326	13%	11%
Utenti in carico assistenziale nell'anno 2018 per consumo di alcool	421	98	519	118	23%	0%
Utenti in carico assistenziale nell'anno 2018 per ludopatie	113	15	128	56	44%	7%

Fonte: D.D.P.

Gli utenti pericolosi

È noto che i tossicodipendenti sono, molto spesso, vicini al mondo criminale e manifestano frequentemente comportamenti minacciosi e aggressivi nei confronti degli operatori che li curano. Sin dal 2010 il D.D.P. della ASL Bari si è preoccupato di interpretare, tramite una procedura denominata “*Uomini pericolosi nei SerT*”, i fenomeni di violenza nei confronti degli operatori e, conseguentemente, di adottare procedure finalizzate ad aumentare la sicurezza.

Uomini Pericolosi nei SerT	2016	2017	2018
Segnalazioni (eventi sentinella)	21	7	18
Infortuni da “aggressioni”	0	2	0

Fonte: D.D.P.

• **Gli utenti in Comunità Terapeutica.**

Di seguito si riepiloga il numero delle giornate di degenza prenotate in Comunità terapeutica per tossicodipendenti e per malati di AIDS nel corso del 2018.

Comunità terapeutica	Utenti in CT	Giornate degenza	Di cui in C.T. regionali	Di cui in C.T. extraregionali
C.T. per tossicodipendenti	159	29492	83,0%	17,0%
C.T. per utenti con doppia diagnosi	27	7872	87,0%	13,0%
Casa alloggio per malati di AIDS	15	5201	86,5%	13,5%
Totali	201	42565	80,00%	20,00%

Fonte: D.D.P.

7.4 Analisi dei dati di attività rispetto al Piano della Performance 2018-2020

Le attività e gli indicatori relativi all'Assistenza Territoriale vengono di seguito analizzati rispetto alle Macroaree di riferimento dell'albero della performance considerate in fase di assegnazione degli obiettivi 2018 alle diverse UU.OO..

Macroarea “Assistenza Sanitaria Territoriale”

- Potenziamento quali-quantitativo dell’attività assistenziale nei riguardi dei pazienti diabetici:
le dimissioni del Responsabile della U.O.S.V.D. Diabetologia Territoriale e la riduzione della disponibilità oraria degli specialisti ambulatoriali convenzionati non hanno consentito all’Azienda di implementare una gestione integrata per poter incrementare l’assistenza di cui trattasi.

- Programmazione ed implementazione Presidi Territoriali di Assistenza (P.T.A.):

Si riepilogano, di seguito, le azioni intraprese nel corso del 2018 per l’implementazione dei Presidi Territoriali di Assistenza e dei Presidi Post Acuzie:

Struttura	Lavori di ristrutturazione	Incremento num. ore/settim. special. amb.le
P.T.A. Bitonto	Esecuz.	84
P.T.A. Conversano	Terminati	70
P.T.A. Altamura	Programm.	30
P.T.A. Gioia del Colle	Esecuz.	80
P.T.A. Gravina	Programm.	34
P.T.A. Grumo Appula	Programm.	58
P.T.A. Noci	Programm.	30
P.T.A. Ruvo di Puglia	Programm.	50
P.T.A. Rutigliano	Programm.	90
P.P.A. Triggiano	Programm./Esecuz.	24
P.P.A. Terlizzi	Programm.	

Fonte: Direzione Sanitaria Aziendale

- Potenziamento assistenza domiciliare:

si rileva un incremento della percentuale della popolazione anziana in cure domiciliari come di seguito riportato. Tuttavia è in corso, su indicazione degli Uffici Regionali, la verifica delle attività di refertazione sui sistemi informativi degli accessi dei pazienti in A.D.I che potrebbe determinare un ulteriore incremento della percentuale relativa all’anno 2018.

Anno	% Pop.Anz. in C.D.
2018	6,77%
2017	6,71%
2016	6,64%

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

- Salute Mentale:

la ASL Bari ha attivato già nel 2017 il Centro Autismo Territoriale secondo quanto previsto dal R.R.n.9/2016 con n.4 sedi periferiche (Bari, Bitonto, Putignano, Altamura). Nel 2018 si è proceduto al potenziamento dell’attività anche mediante controlli su tutti i pazienti presso Strutture Riabilitative convenzionate come l’Istituto S.Agostino di Noicattaro.

Macroarea “Assistenza Farmaceutica”

- Diminuzione della Spesa Farmaceutica convenzionata

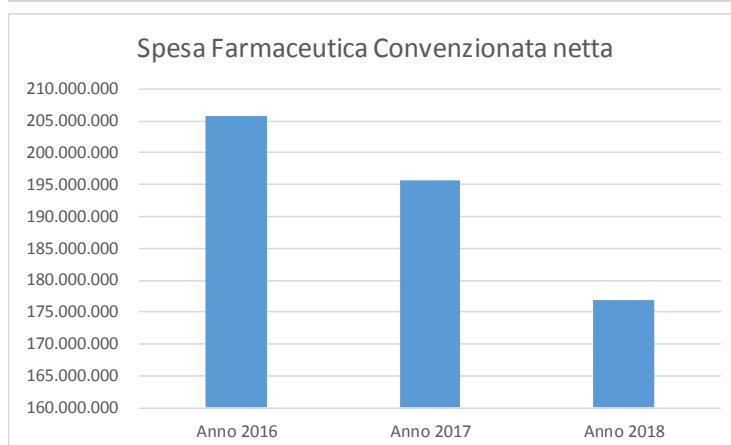
La spesa Farmaceutica Convenzionata, grazie anche al costante monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva dell'Area Farmaceutica Territoriale aziendale ed alla distribuzione diretta del primo ciclo di terapia alla dimissione ed a seguito di visita ambulatoriale, è diminuita nel 2018 del 9,6% rispetto all'esercizio precedente: di seguito si riporta la matrice riepilogativa per Distretto Socio Sanitario del confronto tra i due esercizi

Distretto	Farmaceutica convenzionata 2017	Farmaceutica convenzionata 2018	Differenza 2017-2018	Scostam.
Distretto S.S. n. 1	13.548.623	12.223.002	-1.325.621	-9,8%
Distretto S.S. n. 2	16.321.986	14.796.903	-1.525.083	-9,3%
Distretto S.S. n. 3	12.329.375	11.098.723	-1.230.652	-10,0%
Distretto S.S. n. 4	18.306.812	16.674.074	-1.632.739	-8,9%
Distretto S.S. n. 5	10.223.112	9.274.275	-948.837	-9,3%
Distretto S.S. Unico - Bari	55.025.142	49.288.090	-5.737.052	-10,4%
Distretto S.S. n. 9	8.617.718	8.041.736	-575.982	-6,7%
Distretto S.S. n. 10	12.272.028	11.127.857	-1.144.172	-9,3%
Distretto S.S. n. 11	10.199.296	9.103.951	-1.095.344	-10,7%
Distretto S.S. n. 12	14.266.112	12.812.300	-1.453.811	-10,2%
Distretto S.S. n. 13	10.933.060	9.913.166	-1.019.893	-9,3%
Distretto S.S. n. 14	13.566.860	12.416.415	-1.150.444	-8,5%
Totale	195.610.123	176.770.492	-18.839.630	-9,6%

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

confermando l'andamento rilevato negli esercizi precedenti come di seguito rappresentato

	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
Spesa Farmaceutica Convenzionata netta	205.856.217,53	195.610.122,72	176.770.492,36
Scostamento rispetto all'anno precedente		- 10.246.094,81	- 18.839.630,36



Fonte: Elaborazioni C.d.G.

- Uso ospedaliero appropriato dei beni sanitari

Durante il 2018 è stato assicurato dalle Direzioni Amministrative dei Presidi Ospedalieri aziendali, congiuntamente al Dipartimento Aziendale di Gestione del Farmaco, il monitoraggio trimestrale della spesa per beni sanitari. Tale monitoraggio ha visto il coinvolgimento diretto dei Direttori delle UU.OO. e dei Direttori di Dipartimento

Ospedaliero in incontri periodici dedicati all'andamento della spesa in questione.

Per migliorare l'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici a livello ospedaliero sono state testate diverse strategie e, nel corso del 2018, quella basata sulla prescrizione nominativa con invio di una motivazione codificata si è mostrata efficace nel ridurre le prescrizioni inappropriate.

- Monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva, relazioni trimestrali sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriate e aderenza dei piani terapeutici alle linee guida nazionali e regionali in materia di appropriatezza prescrittiva

L'aderenza dei piani terapeutici alle linee guida nazionali e regionali è stata verificata dalle farmacie aziendali e riportata in report periodici, specifici per ciascuna linea guida nazionale e regionale, che sono stati trasmessi ai Direttori dei Distretti Socio Sanitari (per quanto riguarda le Farmacie Territoriali) ed ai Responsabili dei reparti ospedalieri (per quanto riguarda le Farmacie Ospedaliere).

Tali report hanno riguardato, solo per citarne alcuni, l'andamento della spesa ed i consumi dei farmaci inibitori della pompa protonica in ottemperanza della linea guida regionale di cui alla D.G.R.n.250/2017; le segnalazioni di mancata redazione di piani terapeutici nel sistema EDOTTO alle Direzioni Sanitarie ed ai Direttori di Distretto, in ottemperanza alla disposizione regionale prot.n.AOO_081/517 del 01/01/2017; l'adesione all'impiego dei farmaci biosimilari da parte di medici specialisti e Medici di Medicina Generale, in ottemperanza alla D.G.R.n.2198 del 28/12/2016 e successiva D.G.R.n.129 del 06/02/2018; il monitoraggio del numero di nuovi pazienti (naive e switch) posti in trattamento con nuovi farmaci anticoagulanti orali (N.A.O.), in ottemperanza alla D.G.R.n.2198/2016 e successiva D.G.R.n.129 del 07/02/2018; il monitoraggio dei piani terapeutici redatti in modalità informatizzata piuttosto che in modalità virtuale cartacea, in ottemperanza alla nota regionale prot.n.AOO_081/517 del 01/02/2017 e successive integrazioni. Relativamente a quest'ultimo si espone, di seguito, un riepilogo, elaborato sulla base dei dati estratti dal Direzionale Sanitario Regionale (Di.Sa.R.) di EDOTTO, che evidenzia la progressiva riduzione dei piani terapeutici virtuali cartacei la cui incidenza passa dal 85% del 2016 al 35% del 2018, così come previsto dalla normativa nazionale e regionale.

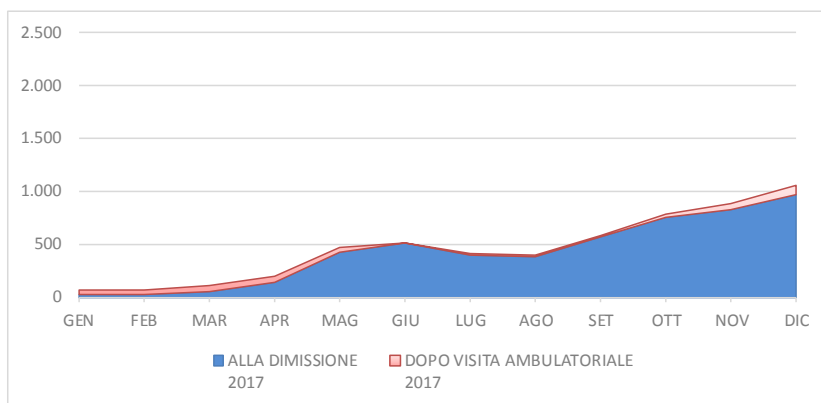
ANNO	N. Piani Terapeutici Virtuali (Cartacei)		N. Piani Terapeutici Informatizzati		N. Piani Terapeutici Virtuali (Web Based)		TOTALE
	N.	%	N.	%	N.	%	N.
Anno 2018	35.258	35%	44.370	44%	20.497	21%	100.125
Anno 2017	47.197	58%	16.907	21%	16.865	21%	80.969
Anno 2016	87.674	85%	1.656	2%	13.303	13%	102.633

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

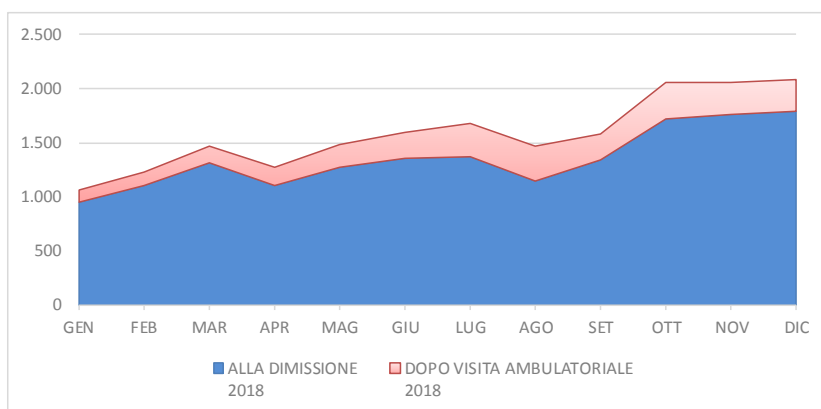
- Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto ed Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale

L'andamento delle erogazioni di farmaci in distribuzione diretta nelle farmacie della ASL Bari, a seguito di prescrizioni del primo ciclo di terapia sul Sistema Informativo Sanitario Regionale EDOTTO, nel corso degli anni 2017 e 2018 è di seguito rappresentato:

Anno 2017	ALLA DIMISSIONE 2017	DOPO VISITA AMBULATORIALE 2017
GEN	19	43
FEB	27	41
MAR	57	57
APR	136	58
MAG	425	41
GIU	505	9
LUG	392	13
AGO	381	21
SET	563	17
OTT	752	24
NOV	828	61
DIC	975	79
Totale 2017	5.060	464



Anno 2018	ALLA DIMISSIONE 2018	DOPO VISITA AMBULATORIALE 2018
GEN	942	123
FEB	1.097	136
MAR	1.309	161
APR	1.097	176
MAG	1.276	201
GIU	1.356	235
LUG	1.361	319
AGO	1.148	319
SET	1.335	245
OTT	1.719	329
NOV	1.754	294
DIC	1.786	296
Totale 2018	16.180	2.834



Prescrizioni per primo ciclo di terapia

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

• Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA

Tutte le erogazioni di farmaci soggette a compilazione di schede AIFA sono state effettuate registrando gli stessi utilizzando la nuova piattaforma web-based che ha consentito anche di avviare le previste richieste di rimborso per tutti i piani terapeutici correttamente chiusi dai clinici prescrittori. Per l'anno 2018 l'Area Farmaceutica Territoriale ha ottenuto n.92 note di credito per un importo pari ad oltre €530.000,00. Al 31/12/2018 erano in fase di valutazione altri n.59 piani terapeutici.

8. Assistenza negli ambienti di vita e nei luoghi di lavoro

8.1 Dati di struttura

Con la Deliberazione del Direttore Generale n.706 del 29/04/2013 è stato recepito il Regolamento Regionale 18/12/2012 n.30, che modifica ed integra il precedente R.R. 30/06/2009 n.13, relativo alla organizzazione del Dipartimento di Prevenzione. In particolare, il territorio di competenza, ovvero quello riferibile alla ex Provincia di Bari, è stato suddiviso in tre aree territoriali (Area Nord, Area Metropolitana e Area Sud) seguendo il criterio dei potenziali carichi di lavoro.

Alla luce di quanto previsto nella citata D.D.G. n.706/2013 e di quanto indicato nella D.D.G. n.1041/2013, relativa alla ridefinizione dell'assetto dipartimentale dell'ASL Bari, le strutture presenti all'interno di ciascuna delle tre macroaree sono di seguito elencate:

- Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP),
- Servizio Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPESAL),
- Servizio Igiene degli alimenti e della nutrizione (SIAN),
- Servizio Veterinario Sanità animale (SIAV AREA A),
- Servizio Veterinario Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (SIAV AREA B),
- Servizio Veterinario Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (SIAV AREA C);

8.2 Dati di attività

Di seguito si riportano le principali attività svolte nel corso del 2018 dai diversi servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione:

Servizio di Igiene e Sanità Pubblica:

- adeguamento dei protocolli operativi di igiene ambientale;
- offerta attiva del vaccino anti HPV alle donne al 25° anno di vita;
- adozione del nuovo vaccino antimeningococcico tipo B;
- coordinamento attività programmi di screening;
- potenziamento attività di controllo di strutture sanitarie non accreditate ed autorizzate per attività di diagnostica per immagini, FTK e riabilitazione, laboratorio di analisi;
- potenziamento attività di controllo di strutture socio sanitarie e socio assistenziali.

Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione:

- campionamento di verifica del contenuto e delle proprietà dei prodotti fitosanitari (DGR n.788/11 scheda 5);
- potenziamento attività di controllo locali di deposito ed esercizio rivendita prodotti fitosanitari;
- controlli ispettivi e documentali e prelievo campioni secondo numeri e matrici previsti per ogni territorio dai piani regionali;
- promozione della sicurezza nutrizionale ai fini della riduzione dei disordini da carenza iodica;
- potenziamento della formazione professionale in materia di celiachia ed alimentazione senza glutine.

Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di Lavoro:

- potenziamento attività di controllo locali di deposito ed esercizio rivendita prodotti fitosanitari;
- potenziamento dei controlli nelle aziende agricole con dipendenti;
- ottimizzazione delle procedure su interventi congiunti con la Procura della Repubblica;
- attività di prevenzione infortuni mortali ed invalidanti in edilizia;
- potenziamento delle attività ispettive nei cantieri bonifica amianto.

Servizio Veterinario Area A - Sanità Animale

- attività di controllo e contenimento del randagismo: cattura cani randagi, identificazione ed iscrizione all'Anagrafe Canina Regionale;
- attività di profilassi per il controllo degli allevamenti per TBC – LEB - BR bovina
- attività di profilassi per il controllo degli allevamenti per BR ovicaprina
- attività di profilassi per il controllo degli allevamenti per MVS

Servizio Veterinario Area B – Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati

- implementazione del sistema per la sorveglianza e il controllo delle patologie dell'uomo causate da Anisakis con verifiche degli Operatori del Settore Alimenti in materia di vendita e somministrazione di pesce crudo o praticamente crudo;
- controlli ufficiali del latte crudo negli stabilimenti lattiero-caseari svolti in conformità dell'allegato IV° del Reg. CE n.854/2004;
- controlli ispettivi e documentali e prelievo campioni secondo numeri e matrici previsti per ogni territorio dal PRIC;
- controllo sulla protezione degli animali destinati alla macellazione, durante il trasporto.

Servizio Veterinario Area C – Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

- potenziamento del controllo ufficiale sui mangimifici e determinazione del profilo di rischio dei relativi stabilimenti;
- potenziamento dei controlli ufficiali sui depositi di mangimi;
- potenziamento dei controlli ufficiali sui depositi di medicinali veterinari;
- potenziamento dei controlli ufficiali sulle strutture di cure veterinarie;
- attuazione del Piano dell'Alimentazione Animale;
- attuazione del Piano Nazionale Residui.

Principali dati di attività, per gli anni 2017-2018, del Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP):

PREVENZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE			
AREA DI ATTIVITÀ	VARIABILE	TOTALI 2017	TOTALI 2018
INTERVENTI PER DENUNCIA MALATTIE INFETTIVE	N. DI PROCEDURE DI INTERVENTO NUOVE O REVISIONATE NELL'ANNO (specificare l'oggetto nella colonna "Note")	10	10
	N. DI PROCEDURE DI INTERVENTO GIA' ESISTENTI (specificare l'oggetto nella colonna "Note")	1	0
	N. DENUNCE DI MALATTIE INFETTIVE	479	811
	N. INDAGINI EPIDEMIOLOGICHE EFFETTUATE	304	575
	N. SOGGETTI SOTTOPOSTI A SCREENING / SORVEGLIANZA	2391	3206
	N. SOPRALLUOGHI EFFETTUATI	28	24
	N. CAMPIONAMENTI SU PERSONE O MATRICI	45	53
INTERVENTI DI PROFILASSI MALATTIE INFETTIVE	N. SOMMINISTRAZIONI VACCINALI PRATICATE	279539	272518
	N. DOSI VACCINALI EFFETTUATE	585713	586362
	N. DI CERTIFICATI DI VACCINAZIONE	27782	47541
	N. INTERVENTI DI PROFILASSI NON VACCINALE (SOLO ATTI FORMALIZZATI)	1183	763
MEDICINA DEI VIAGGI	N. INTERVENTI DI COUNSELLING	5226	3988
	N. SOMMINISTRAZIONI VACCINALI PRATICATE	1712	2806
	N. INTERVENTI PROFILASSI FARMACOLOGICA	236	346

Fonte: Dipartimento di Prevenzione

IGIENE E SICUREZZA AMBIENTI DI VITA			
AREA DI ATTIVITÀ	VARIABILE	TOTALI 2017	TOTALI 2018
VERIFICA EFFETTI SANITARI INQUINAMENT O AMBIENTALE	N. REPORT EPIDEMIOLOGICI PRODOTTI	1	0
	N. PARERI PREVENTIVI SU IMPIANTI E/O ATTIVITA' A RILEVANTE IMPEGNO AMBIENTALE	217	89
	N. PARERI RELATIVI A CONDUZIONE DI IMPIANTI DI SMALTIMENTI REFLUI O RIFIUTI	331	369
	N. SOPRALLUOGHI SU IMPIANTI E/O ATTIVITA' A RILEVANTE IMPEGNO AMBIENTALE E SU IMPIANTI DI SMALTIMENTI REFLUI O RIFIUTI	190	168
CONTENIMENT O IMPATTO SANITARIO FATTORI RISCHIO IN AMBIENTE ABITATIVO E URBANO	N. PARERI SU PIANI E/O REGOLAMENTI	52	33
	N. PARERI NELL'AMBITO DI COMMISSIONI O CONFERENZE DI SERVIZI	330	317
	N. PARERI PREVENTIVI PER RILASCIO TITOLO A COSTRUIRE/PARERI PER AGIBILITA PER INSEDIAMENTI RESIDENZIALI, RURALI, COMMERCIALI, SERVIZI E	719	417
	N. SOPRALLUOGHI PER RILASCIO PARERI DI AGIBILITA'	173	91
	N. SOPRALLUOGHI PER ATTIVITA' DI VIGILANZA	839	703
	N. PROVVEDIMENTI ADOTTATI A SEGUITO DI VIGILANZA (PRESCRIZIONI, DIFFIDE, PROPOSTE DI ORDINANZA)	600	600
	N. CONTROLLI SU INTERVENTI DISINFEZIONE O DISINFESTAZIONE	23	37
	N. VERIFICHE BONIFICHE AMBIENTALI	82	53
IGIENE E SICUREZZA EDIFICI USO SCOLASTICO E RICREATIVO (comp. pubblico spettacolo, palestre, impianti sportivi)	N. PARERI PER RILASCIO AUTORIZZAZIONE A DETENZIONE E/O UTILIZZO GAS TOSSICI E SOSTANZE PERICOLOSE	11	1
	N. PARERI PREVENTIVI PER RILASCIO TITOLO A COSTRUIRE/PARERI PER AGIBILITA	120	128
	N. SOPRALLUOGHI PER RILASCIO PARERI DI AGIBILITA'	30	41
	N. SOPRALLUOGHI DI VERIFICA REQUISITI IGIENICO-SANITARI	395	405
IGIENE E SICUREZZA EDIFICI USO TURISTICO (compresi camping, stabilimenti balneari)	N. PROVVEDIMENTI ADOTTATI A SEGUITO DI VIGILANZA (PRESCRIZIONI, DIFFIDE, PROPOSTE DI ORDINANZA)	117	158
	N. PARERI PER RILASCIO TITOLO A COSTRUIRE/PARERI AGIBILITA'	22	21
	N. SOPRALLUOGHI PER RILASCIO PARERI DI AGIBILITA'	6	16
	N. SOPRALLUOGHI DI VERIFICA REQUISITI IGIENICO-SANITARI	123	104
IGIENE E SICUREZZA IMPIANTI USO NATATORIO	N. PROVVEDIMENTI ADOTTATI A SEGUITO DI VIGILANZA (PRESCRIZIONI, DIFFIDE, PROPOSTE DI ORDINANZA)	36	66
	N. PARERI PER RILASCIO TITOLO A COSTRUIRE/PARERI AGIBILITA'	7	18
	N. SOPRALLUOGHI PER RILASCIO PARERI DI AGIBILITA'	2	1
	N. SOPRALLUOGHI DI VERIFICA REQUISITI IGIENICO-SANITARI	145	53
IGIENE E SICUREZZA STRUTTURE SANITARIE, SOCIO-SANITARIE E SOCIO-ASSISTENZIALI	N. CAMPIONAMENTI EFFETTUATI	84	74
	N. PROVVEDIMENTI ADOTTATI A SEGUITO DI VIGILANZA (PRESCRIZIONI, DIFFIDE, PROPOSTE DI ORDINANZA)	51	32
	N. PARERI PER RILASCIO TITOLO A COSTRUIRE/PARERI AGIBILITA' STRUTTURE SANITARIE, SOCIO-SANITARIE E SOCIO-ASSISTENZIALI	83	146
	N. PARERI PER AUTORIZZAZIONE DI STRUTTURE SANITARIE, SOCIO-SANITARIE E SOCIO-ASSISTENZIALI	155	133
	N. SOPRALLUOGHI PER RILASCIO PARERI DI AUTORIZZAZIONE SU STRUTTURE SANITARIE, SOCIO-SANITARIE E SOCIO-ASSISTENZIALI	272	277
	N. STRUTTURE SANITARIE ESISTENTI	600	572
	N. SOPRALLUOGHI PER VERIFICHE REQUISITI SU STRUTTURE SANITARIE	236	163
	N. STRUTTURE SOCIO-SANITARIE E SOCIO-ASSISTENZIALI ESISTENTI	293	256
PROFESSIONI ED ARTI SANITARIE, ESTETISTI E AFFINI, AUTOAMBULANZE, TATUAGGI E PIERCING	N. SOPRALLUOGHI PER VERIFICHE REQUISITI SU STRUTTURE SOCIO-SANITARIE E SOCIO-ASSISTENZIALI	156	159
	N. VERIFICHE REQUISITI PER ACCREDITAMENTO STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE	67	166
	N. PROVVEDIMENTI ADOTTATI A SEGUITO DI VIGILANZA (PRESCRIZIONI, DIFFIDE, PROPOSTE DI ORDINANZA)	94	153
	N. PARERI PER RILASCIO TITOLO A COSTRUIRE/PARERI AGIBILITA'	124	193
RAPPORTI CON AUTORITA' GIUDIZIARIA	N. SOPRALLUOGHI PER RILASCIO PARERI DI AGIBILITA'/NULLA-OSTA	264	208
	N. SOPRALLUOGHI DI VERIFICA REQUISITI IGIENICO-SANITARI	88	142
	N. PROVVEDIMENTI ADOTTATI A SEGUITO DI VIGILANZA (PRESCRIZIONI, DIFFIDE, PROPOSTE DI ORDINANZA)	42	17
	N. INDAGINI E/O DENUNCE ALL'A.G.	39	22
ATTIVITA' POLIZIA MORTUARIA	N. PARERI PER RILASCIO TITOLO A COSTRUIRE/AGIBILITA' PER EDICOLA FUNERARIA E CAPPELLE GENTILIZIE	220	59
	N. INTERVENTI DI CONTROLLO E VIGILANZA SUI CIMITERI	163	137
	N. INTERVENTI CONTROLLO E VIGILANZA DITTE ONORANZE FUNEBRI	201	127
	N. PROVVEDIMENTI ADOTTATI A SEGUITO DI VIGILANZA (PRESCRIZIONI, PROPOSTE DI ORDINANZA, ETC.)	43	26

Fonte: Dipartimento di Prevenzione

MEDICINA LEGALE			
AREA DI ATTIVITÀ	VARIABILE	TOTALI 2017	TOTALI 2018
ACCERTAMENTI E CERTIFICAZIONI MEDICO-LEGALI	N. ISTRUTTORIE PRATICHE EX LEGGE 210/1992 (Danni permanenti da vaccini e trasfusioni di sangue)	255	338
	N. TOTALE CERTIFICAZIONI RILASCIATE	17334	7436
	N. PRATICHE EX LEGGE 210/1992 DEFINITE	919	1175
	N. CERTIFICAZIONI PER IDONEITA' PORTO D'ARMI	1031	827
	N. CERTIFICAZIONI PER IDONEITA' ALLA GUIDA	16386	13597
	N. CERTIFICAZIONE PER IDONEITA' ALL'USO DI GAS TOSSICI	20	2
	N. ACCERTAMENTI DEI COLLEGI MEDICO-LEGALI (idoneità al lavoro, alla guida, etc.)		3568
MEDICINA FISCALE	N. VISITE FISCALI RICHIESTE DA ENTI PUBBLICI	8486	280
	N. VISITE FISCALI EFFETTUATE PER ENTI PUBBLICI	5243	169
	N. VISITE FISCALI RICHIESTE DA DATORI DI LAVORO PRIVATI	151	14
	N. VISITE FISCALI EFFETTUATE PER DATORI DI LAVORO PRIVATI	89	0
	N. VISITE FISCALI EFFETTUATE SU RICHIESTA DELL'AUTORITA' GIUDIZIARIA	44	32
	N. VISITE RICHIESTE DA ISPETTORATO DEL LAVORO PER ASTENSIONE ANTICIPATA LAVORATRICI MADRI	756	817
COMMISSIONE INVALIDI CIVILI	N. DOMANDE RICONOSCIMENTO INVALIDITA' CIVILE, EX L. 104/1992 E L. 68/1999 PERVENUTE		62345
	N. VISITE PER INVALIDITA' CIVILE, EX L. 104/1992 E L. 68/1999 EFFETTUATE		57990
	N. CASI DEFINITI COMMISSIONI INVALIDITA' CIVILE, EX L. 104/1992 E L. 68/1999		55950
MEDICINA NECROSCOPICA	N. VISITE NECROSCOPICHE	6320	6405
	N. ESAMI NECROSCOPICI SU RICHIESTA DELL'AUTORITA' GIUDIZIARIA	595	0
	N. PARERI PER OPERAZIONI CIMITERIALI (traslazione, esumazione ecc.)	375	173
	N. PRELIEVI MATERIALE BIOLOGICO PER CREMAZIONE E RELATIVA ATTESTAZIONE	370	666

Fonte: Dipartimento di Prevenzione

FORMAZIONE, INFORMAZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE			
AREA DI ATTIVITÀ	VARIABILE	TOTALI 2017	TOTALI 2018
PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICO-DEGENERATIVE E PROMOZIONE DELLA SALUTE	N. REPORT EPIDEMIOLOGICI PRODOTTI	22	1
	N. PROGRAMMI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE	0	8
	N. INTERVENTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE	0	2
	N. SOGGETTI COINVOLTI NELL'ANNO	0	113013
FORMAZIONE, INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE	ISTITUZIONE ED ATTIVAZIONE SPORTELLO INFORMATIVO (Si/No)	0	0
	N. ORE SETTIMANALI MEDIE APERTURA AL PUBBLICO SPORTELLO INFORMATIVO	62	67
	N. EVENTI DI FORMAZIONE ORGANIZZATI DAL SERVIZIO (Specificare titolo nella colonna "Note")	38	0
	N. PERSONE FORMATE NELL'ANNO	15	72
	N. PRODOTTI DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE (PUBBLICAZIONI, OPUSCOLI, ECC. - Specificare titolo nella colonna "Note")	1003	8

Fonte: Dipartimento di Prevenzione

Principali dati di attività, per gli anni 2017-2018, del Servizio Igiene degli alimenti e della nutrizione (SIAN):

AREA DI ATTIVITÀ	VARIABILE	TOTALI 2017	TOTALI 2018
VERIFICA QUALITÀ ACQUE PER CONSUMO UMANO	N. CAMPIONI ANALIZZATI PER INDAGINI CHIMICHE	413	436
	N. INDAGINI CHIMICHE CON GIUDIZIO DI NON CONFORMITÀ	0	0
	N. CAMPIONI ANALIZZATI PER INDAGINI BATTERIOLOGICHE	549	492
	N. INDAGINI BATTERIOLOGICHE CON GIUDIZIO DI NON CONFORMITÀ	59	14
	N. GIUDIZI DI IDONEITÀ AL CONSUMO ESPRESSI	7	9
	N. PARERI SU FONTI DI APPROVVIGIONAMENTO, ACQUEDOTTI, POZZI, ECC.	1	0
CONTROLLO AZIENDE ALIMENTARI	ESISTENZA ANAGRAFE AZIENDE ALIMENTARI (PER TIPOLOGIA DI ATTIVITÀ E/O DI RISCHIO)	SI	SI
	N. AZIENDE ALIMENTARI ATTIVE NEL PERIODO DI RIFERIMENTO		11341
	N. NUOVI ESERCIZI ATTIVATI NEL PERIODO DI RIFERIMENTO	2658	3695
	N. AZIENDE SOTTOPOSTE A CONTROLLO UFFICIALE	600	517
	N. CONTROLLI UFFICIALI SU AZIENDE ALIMENTARI	725	652
	N. CONTROLLI UFFICIALI CON GIUDIZIO DI NON CONFORMITÀ	183	115
	N. CAMPIONAMENTI EFFETTUATI	571	523
SORVEGLIANZA IGIENE ALIMENTI DESTINATI AL CONSUMO UMANO E BEVANDE	N. CAMPIONAMENTI CON GIUDIZIO DI NON CONFORMITÀ		1
	N. TOSSINFEZIONI ALIMENTARI	3	11
	N. PERSONE INTERESSATE DA TOSSINFEZIONI ALIMENTARI	4	11
CONTROLLO PRODOTTI FITOSANITARI	N. INTERVENTI PER TOSSINFEZIONI ALIMENTARI	18	25
	N. RIVENDITE O DEPOSITI ATTIVI NEL PERIODO DI RIFERIMENTO	57	61
	N. INTERVENTI DI CONTROLLO SUL COMMERCIO DI PRODOTTI FITOSANITARI	50	42
	N. PARERI AUTORIZZATIVI AL COMMERCIO E DEPOSITO	16	14
	N. INTERVENTI DI CONTROLLO SU PROVE SPERIMENTALI DI PRODOTTI FITOSANITARI	2	0
	N. CAMPIONAMENTI SU ALIMENTI EFFETTUATI	287	293
	N. CAMPIONAMENTI SU PRINCIPI ATTIVI EFFETTUATI	7	5
ATTIVITÀ MICROLOGICA	N. CAMPIONAMENTI CON GIUDIZIO DI NON CONFORMITÀ	0	3
	N. INTERVENTI PER INTOSSICAZIONI DA FUNGHI	1	16
	N. PERSONE INTOSSICATE DA FUNGHI	2	22
	N. ATTESTATI IDONEITÀ ALL'IDENTIFICAZIONE DI SPECIE FUNGINE RILASCIATI	45	65
SORVEGLIANZA NUTRIZIONALE	N. CERTIFICATI DI COMMESTIBILITÀ (PER COMMERCIO E PRIVATI)	68	99
	N. RILEVAZIONI STATO NUTRIZIONALE POPOLAZIONE	0	11
	N. ATTIVITÀ O INTERVENTI NUTRIZIONALI SULLA PERSONA	0	2
	N. REPORT SU COMPORTAMENTI ALIMENTARI A RISCHIO	0	361
GESTIONE SITUAZIONI DI ALLERTA	N. REPORT SU CONSUMI PARTICOLARMENTE INCIDENTI SU PATOLOGIE CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE	0	204
	N. STATI DI ALLERTA PERVENUTI	84	131
	N. STATI DI ALLERTA ATTIVATI	0	3
	N. CONTROLLI EFFETTUATI IN STATO DI ALLERTA	223	531
ATTIVITÀ U.P.G.	N. PRESCRIZIONI COMMINATE PER NON CONFORMITÀ	13	7
	N. SANZIONI AMMINISTRATIVE COMMINATE PER NON CONFORMITÀ	140	106
	N. SEQUESTRO MERCI PER NON CONFORMITÀ	3	15
	N. CHIUSURA O SOSPENSIONE ATTIVITÀ PER NON CONFORMITÀ	59	38
RILASCIO CERTIFICAZIONI E PARERI	N. COMUNICAZIONI ALLA A.G. (Denunce, relazioni, ecc.)	11	17
	N. PARERI TECNICI	298	297
	N. CERTIFICAZIONI NON COMMESTIBILITÀ/ESPORTAZIONE	195	227
ATTIVITÀ DI FORMAZIONE, INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE	N. CONTROLLI LIVELLO SUPERIORE/AUDIT	0	1
	ISTITUZIONE ED ATTIVAZIONE SPORTELLO INFORMATIVO	SI	0
	N. ORE SETTIMANALI DI APERTURA AL PUBBLICO DELLO SPORTELLO INFORMATIVO	50	42,3
	N. EVENTI DI FORMAZIONE NEI CONFRONTI DI TERZI ORGANIZZATI DAL SERVIZIO (Specificare titolo nella colonna "Note")	5	11
	N. PERSONE FORMATE	171	411
	N. PRODOTTI DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE (PUBBLICAZIONI, OPUSCOLI, ECC. - Specificare titolo nelle "Note")	0	0

Fonte: Dipartimento di Prevenzione

Principali dati di attività, per gli anni 2017-2018, del Servizio Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPESAL):

	ANNO 2017				ANNO 2018			
	EDILIZIA	AGRICOLTURA	ALTRI COMPARTI	TUTTI I COMPARTI	EDILIZIA	AGRICOLTURA	ALTRI COMPARTI	TUTTI I COMPARTI
ATTIVITA' DI VIGILANZA NEI LUOGHI DI LAVORO								
N° cantieri notificati (Titolo IV Capo 1 D.Lgs. N. 81/2008)	4709			4709	4485			4485
N° complessivo di cantieri ispezionati	482			482	605			605
di cui non a norma al sopralluogo	95			95	94			94
N° aziende con dipendenti + lavoratori autonomi oggetto di ispezione	868	97	693	1658	854	94	591	1539
N° sopralluoghi complessivamente effettuati	1094	126	695	1915	861	117	669	1647
N° totale verbali	240	77	217	534	151	25	111	287
di cui riguardanti								
- imprese (datori di lavoro, dirigenti, preposti, lavoratori)	147	42	128	317	111	20	90	221
- lavoratori autonomi	6	2	2	10	1	1	0	2
- committenti e/o responsabili dei lavori	11			11	10			10
- coordinatori per la sicurezza	14			14	17			17
- medico competente	5	3	18	26	5	2	18	25
- Altro	57	30	69	156	7	2	3	12
N° di verbali con prescrizione 748, sanzioni amministrative etc	240	77	217	534	151	25	111	287
di cui riguardanti								
Verbali di prescrizione 758 con o senza disposizioni	88	20	81	189	135	21	89	245
Verbali con sanzioni amministrative	8	0	13	21	9	2	14	25
Altro	144	57	123	324	7	2	8	17
N° violazioni	120	60	240	420	205	46	191	442
N° sequestri	2	2	1	5	3	0	3	6
N° sospensioni ai sensi dell'art. 14 del DLgs 81/08	3	0	3	6	3	1	0	4
N° piani di lavoro pervenuti per bonifica amianto (ex art. 256 p. 2 DLgs 81/08) e notifiche (ex art. 250 DLgs)	1107			1107	1045			1045
N° di cantieri ispezionati per amianto	220			220	293			293
ATTIVITA' DI IGIENE INDUSTRIALE								
N° aziende/cantieri controllati con indagini di igiene industriale				11				0
N° campionamenti effettuati				16				8
N° misurazioni effettuate				0				0

Fonte: Dipartimento di Prevenzione

	ANNO 2017				ANNO 2018			
	EDILIZIA	AGRICOLTURA	ALTRI COMPARTI	TUTTI I COMPARTI	EDILIZIA	AGRICOLTURA	ALTRI COMPARTI	TUTTI I COMPARTI
INCHIESTE INFORTUNI								
N° inchieste infortuni concluse				114				110
N° inchieste infortuni concluse con riscontro di violazione correlata all'evento				39				35
INCHIESTE MALATTIE PROFESSIONALI								
N° inchieste malattie professionali concluse				106				107
N° inchieste malattie professionali concluse con riscontro di violazione correlata all'evento				1				0
PARERI								
N° pareri				859				873
N° aziende oggetto di sopralluogo per l'espressione di pareri				253				148
ATTIVITA' SANITARIA								
N° visite effettuate dal Servizio PSAL per apprendisti e minori ove effettuate				0				0
N° di altre visite effettuate dal Servizio PSAL di propria iniziativa o su richiesta				0				0
N° aziende in cui è stato controllato il protocollo di sorveglianza sanitaria e/o le cartelle sanitarie				329				326
N° ricorsi avverso il giudizio del Medico Competente (art. 41 comma 9 D.Lgs. 81/2008)				70				50
ATTIVITA' DI ASSISTENZA								
N° interventi di informazione/comunicazione per gruppi di lavoratori esposti a specifici rischi				0				0
Sono stati attivati sportelli informativi dedicati? (SI/NO)				SI				si
N° iniziative di confronto (incontri, seminari, ecc.) con le figure aziendali per la prevenzione (RSPP, Medici Competenti, Coordinatori per la sicurezza ecc.)				2				4
ATTIVITA' DI FORMAZIONE								
N° ore di formazione				570				279
N° persone formate				1562				632
VERIFICHE PERIODICHE								
N° aziende				Competenza ARPA				Competenza ARPA
N° cantieri con verifiche periodiche su impianti di sollevamento				Competenza ARPA				Competenza ARPA
N° verbali ai sensi del D.lgs. 758/94				Competenza ARPA				Competenza ARPA
Proventi per attività di verifiche periodiche				Competenza ARPA				Competenza ARPA
PROVENTI PER PAGAMENTO SANZIONI								
Proventi per pagamento sanzioni ex 758/94				130.961,00				421.547,18
Proventi per pagamento sanzioni amministrative				23.782,60				

Fonte: Dipartimento di Prevenzione

Principali dati di attività, per gli anni 2017-2018, del Servizio Veterinario Sanità animale (SIAV AREA A):

AREA DI ATTIVITÀ	VARIABILE	TOTALI 2017	TOTALI 2018
PREDISPOSIZIONE SISTEMA INFORMATIVO PER PRODUZIONI ZOOTECNICHE	N. ALLEVAMENTI OVICAPRINI IMMESSI IN BDN NEL PERIODO		543
	N. ALLEVAMENTI SUINI PRESENTI IN BDN GEOREFERENZIATI NEL PERIODO		59
	N. ALLEVAMENTI OVICAPRINI PRESENTI IN BDN GEOREFERENZIATI NEL PERIODO		559
	N. ALLEVAMENTI BOVINI-BUFALINI PRESENTI IN BDN GEOREFERENZIATI NEL PERIODO		313
	N. ALLEVAMENTI DI ACQUACOLTURA IMMESSI IN BDN NEL PERIODO		1
	N. ALLEVAMENTI AVICOLI IMMESSI IN BDN NEL PERIODO		24
	N. ALLEVAMENTI AVICOLI PRESENTI IN BDN GEOREFERENZIATI NEL PERIODO		27
	N. ALLEVAMENTI SUINI IMMESSI IN BDN NEL PERIODO		56
VIGILANZA CONCENTRAMENTI E SPOSTAMENTI ANIMALI, COMPRESA IMPORTAZIONE/ESPORTAZIONE	N. ANIMALI DELLA SPECIE EQUINA CONTROLLATI PER MOVIMENTAZIONE IN SCAMBI/IMPORTAZIONI	2031	1393
	N. ANIMALI DELLA SPECIE SUINA CONTROLLATI PER MOVIMENTAZIONE IN SCAMBI/IMPORTAZIONI	449	560
	N. ANIMALI DELLA SPECIE OVICAPRINA CONTROLLATI PER MOVIMENTAZIONE IN SCAMBI/IMPORTAZIONI	3177	3090
	N. ANIMALI DELLE SPECIE BOVINA-BUFALINA CONTROLLATI PER MOVIMENTAZIONE IN SCAMBI/IMPORTAZIONI	7067	6318
SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA MALATTIE	N. NOTIFICHE PER CASI DI MALATTIE DENUNCIABILI	5	7
PREDISPOSIZIONE SISTEMI RISPOSTA AD EMERGENZE ORIGINE INFETTIVA POPOLAZIONI ANIMALI	N. OPERATORI PARTECIPANTI AD ALMENO UN CORSO DI FORMAZIONE IN MATERIA NEL PERIODO CONSIDERATO	0	4
	N. PROCEDURE LOCALI DI INTERVENTO EMERGENZE INFETTIVE NUOVE O REVISIONATE APPROVATE NEL PERIODO	6	7
LOTTA AL RANDAGISMO E CONTROLLO BENESSERE ANIMALI D'AFFEZIONE	N. CANI CATTURATI	1603	1695
	N. CANI CATTURATI ANAGRAFATI	2461	2347
	N. CANI STERILIZZATI DAL PERSONALE DIPENDENTE	815	815
	N. CANI STERILIZZATI DAL PERSONALE IN CONVENZIONE	181	113
	N. CONTROLLI CANI MORSICATORI	88	88
	N. GATTI STERILIZZATI	1502	2138
ATTIVITA' DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE	PRESENZA SPORTELLO INFORMATIVO FORMALMENTE ISTITUITO ED ATTIVATO	SI	si
	N. ORE SETTIMANALI DI APERTURA DELLO SPORTELLO INFORMATIVO AL PUBBLICO	27	35
	N. EVENTI DI FORMAZIONE NEL PERIODO ORGANIZZATI DALL'ASL (SPECIFICARE TITOLO)	0	0
	N. PERSONE FORMATE NEL PERIODO	0	0
	N. PRODOTTI DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE (SPECIFICARE TITOLO)	0	0

Fonte: Dipartimento di Prevenzione

Principali dati di attività, per gli anni 2017-2018, del Servizio Veterinario Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (SIAV AREA B):

AREA DI ATTIVITÀ	VARIABILE	TOTALI 2017	TOTALI 2018
ATTIVITA' DI CONTROLLO SU OPERATORI SETTORE ALIMENTARE (ORIGINE ANIMALE) SOGGETTI A RICONOSCIMENTO	N. CONTROLLI UFFICIALI NEL PERIODO CONSIDERATO	963	1063
	N. CONTROLLI UFFICIALI CON GIUDIZIO DI NON CONFORMITA' NEL PERIODO CONSIDERATO	26	25
	N. CAMPIONAMENTI EFFETTUATI NEL PERIODO CONSIDERATO	1929	2066
	N. CAMPIONAMENTI CON GIUDIZIO DI NON CONFORMITA' NEL PERIODO CONSIDERATO	40	20
AUTORIZZAZIONE E CONTROLLO DA PRODUZIONE A SOMMINISTRAZIONE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	ESISTENZA ANAGRAFE AZIENDE ALIMENTARI (ORIGINE ANIMALE E DERIVATI) REGISTRATE	2457	SI
	N. REGISTRAZIONI OPERATE NEL PERIODO CONSIDERATO	515	248
CAMPIONAMENTI RELATIVI AD ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E DERIVATI NELLE AZIENDE REGISTRATE	N. AZIENDE DI OGNI TIPOLOGIA PRESENTI NEL PERIODO CONSIDERATO	4117	4032
	N. CAMPIONAMENTI NEL PERIODO CONSIDERATO	1025	478
	N. CAMPIONAMENTI CON GIUDIZIO DI NON CONFORMITA' NEL PERIODO CONSIDERATO	1	18
SORVEGLIANZA SANITARIA ZONE DI PRODUZIONE DI MOLLUSCHI BIVALVI	N. CONTROLLI EFFETTUATI (ROUTINARI+SUPPLETIVI) NEL PERIODO CONSIDERATO	15	1
	N. CONTROLLI (ROUTINARI+SUPPLETIVI) CON GIUDIZIO DI NON CONFORMITA'	0	0
	N. PUNTI PRELIEVO INDIVIDUATI	0	2
CERTIFICAZIONI SANITARIE SU PRODOTTI DESTINATI	N. CERTIFICAZIONI NEL PERIODO	3078	3748
ISPEZIONE IMPIANTI MACELLAZIONE BOVINI-BUFALINI, SUINI, OVICAPRINI, EQUINI	N. EQUINI ISPEZIONATI	8909	7724
	N. EQUINI NON IDONEI AL CONSUMO	5	9
	N. SUINI ISPEZIONATI	151091	174062
	N. SUINI NON IDONEI AL CONSUMO	25	19
	N. OVICAPRINI ISPEZIONATI	367847	439143
	N. OVICAPRINI NON IDONEI AL CONSUMO	4981	74
	N. BOVINI-BUFALI ISPEZIONATI	38647	44304
	N. BOVINI-BUFALI NON IDONEI AL CONSUMO	58	70
CONTROLLO SU LATTE E PRODUZIONI LATTIERO-CASEARIE	N. AZIENDE ESISTENTI	240	242
	N. AZIENDE CONTROLLATE	503	497
	N. AZIENDE RISULTATE NON CONFORMI	18	16
ATTIVITA' DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE	PRESENZA SPORTELLLO INFORMATIVO FORMALMENTE ISTITUITO ED ATTIVATO	0	0
	N. ORE SETTIMANALI DI APERTURA DELLO SPORTELLLO INFORMATIVO AL PUBBLICO	123	83
	N. EVENTI DI FORMAZIONE NEL PERIODO ORGANIZZATI DALL'ASL (SPECIFICARE TITOLO)	5	0
	N. PERSONE FORMATE NEL PERIODO	20	0
	N. PRODOTTI DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE (SPECIFICARE TITOLO)	24	20

Fonte: Dipartimento di Prevenzione

Principali dati di attività, per gli anni 2017-2018, del Servizio Veterinario Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (SIAV AREA C):

AREA DI ATTIVITÀ	VARIABILE	TOTALI 2017	TOTALI 2018
SORVEGLIANZA SU BENESSERE ANIMALI DA REDDITO	N. ALLEVAMENTI SOGGETTI A CONTROLLO ESISTENTI NEL PERIODO CONSIDERATO	1516	2336
	N. ALLEVAMENTI RISULTATI NON CONFORMI	5	6
	N. ALLEVAMENTI CONTROLLATI NEL PERIODO CONSIDERATO	147	141
VIGILANZA E CONTROLLO SU IMPIEGO ANIMALI IN SPERIMENTAZIONE	ESISTENZA ANAGRAFE IMPIEGO ANIMALI IN SPERIMENTAZIONE	SI	0
	N. CONTROLLI ESEGUITI NEL PERIODO CONSIDERATO	3	2
	N. CONTROLLI CON GIUDIZIO DI NON CONFORMITA'	0	0
CONTROLLO MANGIMI E ALIMENTAZIONE ANIMALE	N. SOPRALLUOGHI CON GIUDIZIO DI NON CONFORMITA'	9	0
	N. SOPRALLUOGHI NEL PERIODO CONSIDERATO	389	372
CONTROLLO SULL'IMPIEGO DEL FARMACO VETERINARIO	N. SOPRALLUOGHI EFFETTUATI	212	165
	N. AZIENDE SOGGETTE A CONTROLLO CON FUNZIONI DI DISTRIBUZIONE O VENDITA DI FARMACI VETERINARI	1800	1591
CONTROLLO SULL'IMPIEGO DEL FARMACO VETERINARIO	N. SOPRALLUOGHI CON GIUDIZIO DI NON CONFORMITA'	7	0
ATTIVITA' DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE	PRESENZA SPORTELLI INFORMATIVI FORMALMENTE ISTITUITO ED ATTIVATO	SI	0
	N. ORE SETTIMANALI DI APERTURA DELLO SPORTELLO INFORMATIVO AL PUBBLICO	38	38
	N. EVENTI DI FORMAZIONE NEL PERIODO ORGANIZZATI DALL'ASL (SPECIFICARE TITOLO)	7	2
	N. PERSONE FORMATE NEL PERIODO	43	3
	N. PRODOTTI DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE (SPECIFICARE TITOLO)	0	0

Fonte: Dipartimento di Prevenzione

8.3 Analisi dei dati di attività rispetto al Piano della Performance 2018-2020

Le attività e gli indicatori relativi all'Assistenza negli ambienti di vita e nei luoghi di lavoro vengono di seguito analizzati rispetto alle Macroaree di riferimento dell'albero della performance considerate in fase di assegnazione degli obiettivi 2018 alle diverse UU.OO..

Macroarea "Prevenzione"

- Attuazione Piano Regionale della Prevenzione

Gli esiti dell'attuazione del Piano Regionale della Prevenzione nel 2018 vengono rappresentati nei dati riportati precedentemente nel paragrafo 8.2 – Dati di attività.

- Potenziamento screening oncologici (mammografico, cervice uterina, colon retto):

Di seguito vengono rappresentate le estensioni, rispetto alla popolazione bersaglio residente nella provincia di Bari, degli screening del carcinoma mammario e della cervice uterina rilevate negli anni 2016-2017 dal Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola

Superiore Sant'Anna di Pisa e nel 2018 dal Dipartimento di Prevenzione dell'ASL Bari.

Estensione screening	Carcinoma mammario	Carcinoma cervice Uterina
Anno 2016	22,9%	94,5%
Anno 2017	24,0%	95,5%
Anno 2018	31,0%	100,0%

Relativamente al carcinoma della cervice uterina la percentuale dell'estensione risulta costantemente in linea al target regionale nel triennio di riferimento. Per quanto attiene il carcinoma mammario la percentuale dell'estensione, benché in leggero aumento, risulta costantemente al di sotto del target regionale nel triennio di riferimento per motivi legati alla difficoltà di garantire un'offerta adeguata da parte delle strutture di radiodiagnostica aziendali per carenze di organico medico e tecnico sanitario.

- Potenziamento copertura vaccinale:

I dati disponibili relativi alle principali coperture vaccinali dei cittadini/utenti dell'ASL Bari sono riferiti agli anni 2016-2018 e attestano un incremento generalizzato delle stesse tra i tre anni.

ANNO	2016	2017	2018
MPR	83.45	89.15	96.20
Influenza (anziani)	57.90	59.97	n.d.
HPV	44.36	45.95	n.d.
Meningococco	72.58	79.18	85.50
Pneumococco	88.29	89.75	95.70
Esavalente (24 mesi)	91.15	93.17	96.80
Varicella	n.d.	87.10	94.10

Fonte: Dipartimento di Prevenzione

9. Altri obiettivi strategici

Macroarea “Sanità Digitale”

- Diffusione dei servizi online sul portale regionale della salute

Il Portale Regionale della Salute, ovvero il sito istituzionale della ASL Bari, è gestito dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico e Comunicazione. La gestione editoriale avviene con aggiornamenti e modifiche dei dati sull'organizzazione aziendale, in sezioni dedicate, e con la redazione di news oltre ad altre informazioni di pubblica utilità. La verifica dell'uso del portale da parte dei cittadini/utenti consente di riepilogare, sinteticamente, alcuni dati significativi:

	Anno 2017	Anno 2018
Visualizzazioni di pagine in navigazione sul sito	760.941	4.352.783
Visualizzazioni di singola pagina sul sito	500.632	3.097.789
Accessi	388.279	1.451.637

Fonte: Ufficio Relazioni con il Pubblico

Inoltre la diffusione dei servizi online sul portale regionale della salute è stata effettuata anche attivando sin dal 2016 le operazioni di prenotazione, disdetta e pagamento sul portale della ASL Bari

- Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata

Dai dati rilevati dal Sistema Tessera Sanitaria (T.S.) relativi agli anni 2017-2018 si riscontra un deciso incremento del numero di prescrizioni dematerializzate tra i due anni come di seguito riportato:

	Num. prescrizioni dematerializzate
Anno 2017	57.220
Anno 2018	131.587

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

- Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi

Le UU.OO. interessate dall'obbligo informativo interno, ovvero nei confronti di altre strutture dell'Azienda, ed esterno, ovvero nei confronti di altre istituzioni quali Regione Puglia, Ministero dell'Economia e Finanza, Ministero della Salute, etc. hanno rispettato, nella quasi totalità, le scadenze previste dalle normative Nazionali e Regionali.

Macroarea “Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa”

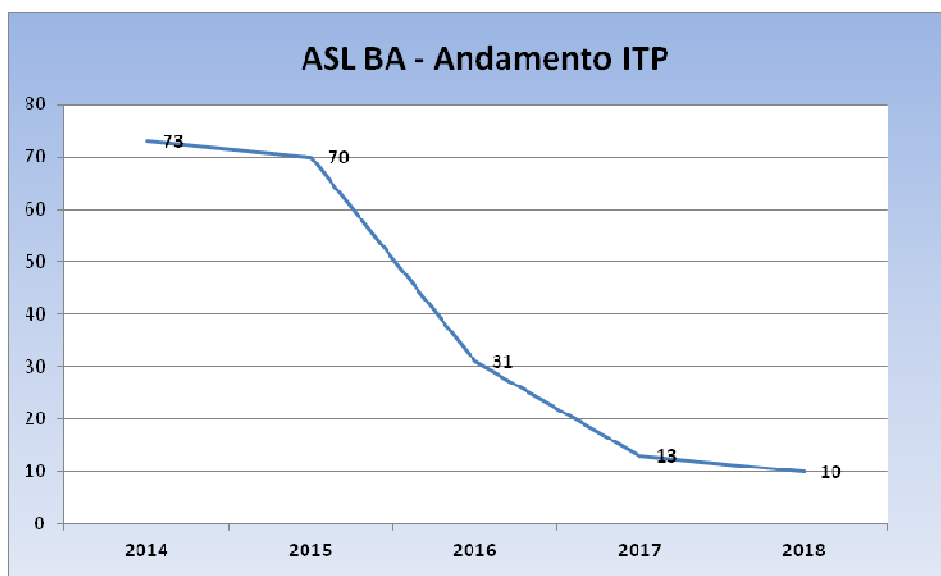
- Tempi di Pagamento dei fornitori

In ossequio alle disposizioni di legge, la Direzione Strategica nel corso del 2018 ha dato seguito alle misure per garantire la riduzione dei tempi di pagamento relativi a transazioni commerciali, già avviate nel corso dei precedenti esercizi.

Tali misure hanno contribuito a rendere maggiormente incisiva l'azione della Direzione Strategica, consentendo un **abbattimento**, come peraltro riconosciuto dalla Regione Puglia,

di **oltre il 23%** dell'indicatore di tempestività dei pagamenti, che è passato **dai 13 gg del 2017 ai 10 gg del 2018**.

Il trend di miglioramento della performance aziendale, con riferimento ai tempi di pagamento dei fornitori, grazie alle misure sopra richiamate è visibilmente rappresentato nel grafico di seguito riportato che evidenzia l'andamento tendenziale dell'ITP nell'ultimo quinquennio e come, lo stesso, sia passato **dai 73 gg. di ritardo del 2014 ai 10 gg. del 2018**.



Fonte: A.G.R.F.

- Costo assistenza ospedaliera

Di seguito si riporta il riepilogo dei Ricavi e dei Costi di tutti gli Ospedali aziendali a gestione diretta riferiti agli esercizi 2017 e 2018.

	ANNO 2018	ANNO 2017	Confronto 2018-2017	
			N.	%
<u>RICAVI OPERATIVI</u>	305 810 403	283 296 557	22 513 846	8%
<i>Ricoveri</i>	<i>143 008 261</i>	<i>149 094 103</i>	<i>-6 085 842</i>	<i>-4%</i>
Ricoveri Ordinari	129 975 290	136 093 999	-6 118 709	-4%
Ricoveri in Lungodegenza	193 917	71 579	122 338	171%
Ricoveri in Riabilitazione	422 864	526 771	-103 907	-20%
Ricoveri in Terapia Intensiva	9 345 271	8 778 719	566 552	6%
Ricoveri in Nido	2 484 204	2 811 822	-327 618	-12%
Ricoveri in day Hospital	586 715	811 213	-224 497	-28%
<i>Prestazioni Ambulatoriali</i>	<i>141 409 793</i>	<i>133 843 502</i>	<i>7 566 291</i>	<i>6%</i>
Prestazioni ad interni	47 246 904	47 278 408	-31 505	0%
Prestazioni ad esterni	75 585 982	74 733 791	852 191	1%
Prestazioni di Pronto Soccorso	18 576 907	11 831 302	6 745 605	57%
<i>Altri Ricavi</i>	<i>21 392 349</i>	<i>358 953</i>	<i>21 033 396</i>	<i>5860%</i>
<u>COSTI OPERATIVI</u>	437 461 338	423 386 382	14 074 956	3%
<i>Personale</i>	<i>261 394 835</i>	<i>261 426 887</i>	<i>-32 052</i>	<i>0%</i>
Ruolo Sanitario	215 865 775	215 474 411	391 364	0%
Ruolo Professionale	64 467	104 112	-39 645	-38%
Ruolo Tecnico	23 009 447	22 818 596	190 851	1%
Ruolo Amministrativo	7 250 733	7 791 814	-541 081	-7%
IRAP	15 204 412	15 237 953	-33 541	0%
<i>Acquisti di materiale</i>	<i>86 673 806</i>	<i>86 822 521</i>	<i>-148 715</i>	<i>0%</i>
<i><u>Materiale Sanitario</u></i>	<i><u>83 255 099</u></i>	<i><u>83 290 409</u></i>	<i><u>-35 309</u></i>	<i><u>0%</u></i>
Farmaci	19 638 686	20 327 218	-688 531	-3%
Sieri e vaccini	363	-38 466	38 829	101%
Sangue ed Emoderivati	222 544	37 905	184 639	487%
Materiale diagn. Laboratori	21 888 413	20 990 832	897 581	4%
Materiale per Radiologia	1 820 984	1 860 464	-39 480	-2%
Presidi chir. e materiale sanitario	21 319 185	22 798 722	-1 479 537	-6%
Materiale protesico	11 810 306	11 789 544	20 762	0%
Materiale per Emodialisi	3 060 554	3 248 261	-187 707	-6%
Altro materiale sanitario	3 494 064	2 275 928	1 218 136	54%
<i><u>Materiale non Sanitario</u></i>	<i><u>3 418 707</u></i>	<i><u>3 532 112</u></i>	<i><u>-113 405</u></i>	<i><u>-3%</u></i>
<i>Manutenzioni</i>	<i>14 803 769</i>	<i>13 496 752</i>	<i>1 307 016</i>	<i>10%</i>
<i>Servizi non sanitari</i>	<i>11 146 536</i>	<i>11 092 377</i>	<i>54 159</i>	<i>0%</i>
<i>Altri Costi</i>	<i>19 754 852</i>	<i>6 461 292</i>	<i>13 293 560</i>	<i>206%</i>
<i>Prestaz. ambulat. per interni</i>	<i>43 687 541</i>	<i>44 086 554</i>	<i>-399 013</i>	<i>-1%</i>
<u>DIFFERENZA</u>	-131 650 935	-140 089 825	8 438 890	6%

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

Si rileva che a fronte di un incremento dei costi pari al 3% nel 2018 rispetto al 2017, i ricavi aumentano del 8% configurando un miglioramento quali-quantitativo delle attività e delle

prestazioni erogate.

- Accordi contrattuali con le strutture sanitarie e sociosanitarie private accreditate

Per le R.S.S.A. ex art.66 del R.R.n.4/2007 (anziani non autosufficienti) il rinnovo degli accordi contrattuali previsto per il triennio 2017-2019 è bloccato per via di plurimi ricorsi al TAR avanzati da alcune strutture, relativi ad una divergente interpretazione sugli standard organizzativi richiesti dal regolamento citato e dalla D.G.R.n.1037/2012 che ha determinato le tariffe. Su tali ricorsi il TAR non si è ancora pronunciato.

Per le R.S.S.A. ex art.58 (disabili gravi) del R.R.n.4/2007 e s.m.i. la contrattualizzazione di tali strutture con la ASL Bari è demandata all'adozione di nuovi regolamento regionali sulle strutture sociosanitarie, previsti dalla L.R.n.9 del 2 maggio 2017 che ha innovato le procedure di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione delle strutture sanitarie e sociosanitarie. Tali regolamenti (n.4 per anziani e demenze; n.5 per disabili) sono stati pubblicati all'inizio del 2019.

Relativamente alle R.S.A. (Residenze Sanitarie Assistenziali), al fine di avviare nuove gare per il loro affidamento, è necessario considerare che i nuovi regolamenti regionali del settore prevedono un cambiamento delle tipologie di fabbisogni che impatta sulle tipologie di posti letto da assegnare alle R.S.A..

Potenziamento delle attività nell'ambito del Rischio Clinico

La Unità Gestione del Rischio Clinico e Qualità nell'ambito del potenziamento della sua attività ha svolto il monitoraggio della applicazione della *check list* di sala operatoria adottata nell'anno 2017 con verifiche a campione sulla piena adesione alla stessa nelle sale operatorie dei PP.OO. Di Venere, San Paolo, Murgia, Corato, Molfetta.

Le azioni di monitoraggio hanno coinvolto anche i 5 punti nascita della ASL.

Nell'anno 2018 sono stati segnalati al Ministero della Salute n. 20 eventi sentinella (erano stati 37 nel 2017): su tutti sono state svolte indagini conoscitive sommarie e su n. 4 sono stati tenuti Audit reattivi puntuali, 3 per eventi maggiori e 1 per riorganizzazione secondaria a evento avverso mortale oggetto di indagine penale accaduto anno precedente.

Al fine di affiancare le Unità Operative sulla corretta redazione di procedure, Percorsi Diagnostici Terapeutici Aziendali e protocolli è stata elaborata, proposta e adottata la "Procedura per l'elaborazione di procedure, protocolli e P.D.T.A." (Delibera DG n.497/2018).

Su tale base procedurale sono state validate e deliberate n.6 procedure pervenute:

- Adozione della "cartella ambulatoriale" per pazienti afferenti all'ambulatorio dedicato alla psoriasi
- Adozione della "*Check list* per la registrazione delle attività di verifica"
- Adozione protocollo operativo "Procedura per la medicazione di accessi venosi centrali con accesso diretto e periferico a medio e lungo termine (PICC, Tunnelizzati, Port)"
- Adozione procedura aziendale per la Partoanalgesia
- Adozione procedura aziendale per il trasporto dei campioni biologici citologici ed istologici
- Adozione del "Protocollo per lo screening del rischio biologico e la vaccinazione degli studenti della Scuola di Medicina"

Sono stati organizzati, inoltre, n. 3 Corsi formazione base ed avanzato per i dipendenti della ASL sul rischio clinico.

Prosecuzione delle attività per la realizzazione dell'Ospedale Monopoli-Fasano

Nel mese di maggio 2018 è stata disposta l'acquisizione della proprietà delle aree su cui dovrà sorgere il Nuovo Ospedale del Sud-Est barese. Con la stipula degli atti notarili è stato concluso l'iter relativo alla acquisizione degli immobili a titolo oneroso, effettuata dalla ASL Bari, per pubblica utilità consentendo l'avvio sia dei "Lavori di bonifica bellica" sia i "Lavori di espianto e re-impianto degli ulivi monumentali". In data 11/12/2018 sono stati consegnati definitivamente i lavori all'ATI appaltatrice fissandone la data di ultimazione al 06/09/2021.

Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico

L'Azienda ha complessivamente 11 Laboratori di Analisi che erogano prestazioni per esterni e che producono referti da riversare nel Fascicolo Sanitario Elettronico; nel corso del 2018 sono stati adeguati i sistemi software che vengono utilizzati salvo che per il laboratorio del PTA di Bitonto e del P.O. di Molfetta.

Da giugno 2018 è stato possibile riversare i referti nel FSE dei laboratori che utilizzano il software di DEDALUS (sia PowerLab che DNLAN) e di TESI (WinLab); sono stati distribuiti i *token* di firma digitale ed è iniziato il riversamento dei referti utilizzando come laboratori pilota quelli del P.O. San Paolo, che utilizza PowerLab, e del P.O. di Putignano che utilizza WinLab.

Deflazionamento del contenzioso

L'Area Gestione del Personale ha predisposto numerose note/circolari relative a problematiche ed istituti contrattuali con riferimento sia all'insorgendo contenzioso sia a quello già instauratosi: affidamento incarichi ex art. 27 CCNL 08-06-200, maneggio denaro, mansioni superiori, tempo di vestizione e svestizione, indennità di coordinamento personale non dirigenziale, differenze retributive per mansioni di Direttore Struttura complessa, personale a tempo determinato in scadenza al 31.10.2018, personale a tempo determinato in scadenza al 31.10.2018 disposizione fruizione ferie maturate e non godute.

Revisione sistematica delle procedure amministrative (*governance* aziendale)

L'Area Gestione Risorse Finanziarie, nel corso del 2018, ha provveduto alla revisione del manuale delle procedure amministrativo-contabili dell'ASL Bari al fine di rendere più coerenti e maggiormente aderenti alle articolazioni organizzative operanti nell'Azienda ed alle disposizioni di natura amministrativo-contabile emanate dalla Direzione Strategica nel corso del triennio di mandato. Il manuale è stato quindi adottato con la D.C.S.n.1358/2018.

L'Area Gestione Risorse Finanziarie ha, inoltre, elaborato, nel corso del 2018, elaborato il "Regolamento operativo interno di contabilità analitica" approvato con D.D.G.n.2077/2018. Tali attività sono inserite all'interno del Piano di Certificabilità dei bilanci della AA.SS.LL. Regionali.

Realizzazione del Piano degli Investimenti

Il Piano degli investimenti 2019-2021 è stato elaborato dai Direttori dell'Area Gestione Tecnica, dell'Area Gestione del patrimonio, della U.O.C. Ingegneria Clinica e della U.O.C. Analisi e Sviluppo del Sistema Informativo Aziendale ed approvato quale allegato del "Bilancio Economico Preventivo e Budget generale per l'esercizio 2019. Bilancio pluriennale di previsione per esercizi 2019-2020-2021" nel mese di novembre 2018.

Revisione e adozione del Regolamento Aziendale per l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia

In applicazione del Regolamento Regionale n.2 del 2016, che ha definito le linee guida sull'attività libero professionale intramuraria del personale dipendente della Dirigenza Medica del ruolo sanitario delle Aziende del S.S.R., l'Area Gestione delle Risorse Umane ha predisposto il nuovo regolamento aziendale sull'Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.) approvato dalla Commissione Paritetica A.L.P.I. nel gennaio 2018 e trasmesso alle Organizzazioni Sindacali per l'esame, ancora in corso, oltre alla prevista informativa.

Definizione ed adozione dell'Atto Aziendale

Sebbene la Regione abbia emanato le linee guida per la redazione degli Atti Aziendali delle Strutture Sanitarie, le intervenute nuove disposizioni regionali relative all'implementazione del Riordino Ospedaliero, delle Reti Cliniche, della Rete di Emergenza Urgenza e di quella Trasfusionale hanno indotto gli uffici regionali e le Strutture Sanitarie a concordare il differimento dell'adozione dell'Atto Aziendale in attesa della definizione degli assetti complessivi in coerenza con gli atti regionali.

10.Obiettivi annuali

Si rendicontano, nell'Allegato 1, i risultati ottenuti, con riferimento ai singoli obiettivi annuali, dalle Aree di Gestione, Uffici di Staff, Distretti Socio-Sanitari, Dipartimenti Ospedalieri e Territoriali, Direzioni Amministrative PP.OO. della Asl Bari.

11. Performance organizzativa complessiva ed individuale

Sulla base della valutazione espressa dall'O.I.V., si riportano nella successiva tabella i dati riepilogativi, raggruppati per fasce percentuali, del grado di raggiungimento degli obiettivi di **performance organizzativa**:

% Raggiungimento	Numero U.O.	%
≥80%	85	45%
40-79%	74	39%
<40%	30	16%
TOTALE	189	100%

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

Le schede di budget valutate saranno inviate ai Direttori/Responsabili delle Strutture Aziendali per la dovuta informazione e consentire eventuali istanze di revisione.

Si riportano inoltre il numero di valutazioni di performance individuale, raggruppati per categorie di personale oggetto della valutazione e i dati riepilogativi, raggruppati per fasce di valutazione, del grado di raggiungimento degli obiettivi di **performance individuale**:

	Direttori/ Dirigenti Responsabili	Dirigenti	Comparto	Totale
Valutati	26	1.417	6.775	8.218
Non Valutato	60	504	156	720
Non Valutabile	3	7	24	34
TOTALE	89	1.928	6.955	8.972

	Direttori/ Dirigenti Responsabili	Dirigenti	Comparto	Totale
Ottimo	24	1.279	6.351	7.654
Buono	-	100	302	402
Sufficiente	-	10	49	59
Insoddisfacente	2	28	73	103
TOTALE	26	1.417	6.775	8.218

Fonte: Elaborazioni C.d.G. su dati U.O.A.S.S.I.

12. Processo di misurazione e valutazione

Nel mese di dicembre 2017, nell'ambito del Ciclo della Performance relativo all'anno 2018, con Deliberazione del Direttore Generale n.2434/2017, sono stati assegnati gli obiettivi operativi, formulati sulla base degli indirizzi strategici aziendali, degli obiettivi di mandato e coerenti con gli obiettivi di salute e funzionamento della ASL Bari assegnati dall'Ente Regionale con D.G.R. n.2198 del 28/12/2016, secondo l'iter previsto nel "Regolamento di budget" di cui alla Delibera del Direttore Generale n. 2202/2017.

Il Ciclo della Performance per l'anno 2018 ha, infatti, avuto inizio con la convocazione, da parte del Direttore Generale, di un incontro, in data 04/12/2017, con tutti i Direttori di Dipartimento, i Direttori e Dirigenti Responsabili Medici e Amministrativi di PP.OO., i Direttori di Area e, i Direttori di Distretto per l'apertura della fase di negoziazione degli obiettivi operativi di budget relativi all'anno 2018, a seguito dell'istruttoria svolta dal Controllo di Gestione e la consegna delle schede contenenti la proposta di budget operativo con l'invito ad integrarla, ove previsto, con obiettivi specifici.

I Direttori di Macrostruttura hanno completato le schede di budget con le eventuali proposte di integrazioni, scaturite dal confronto con i Responsabili delle Unità Operative afferenti, trasmettendole al Controllo di Gestione, che ne ha effettuato l'analisi evidenziando le eventuali incongruenze con la programmazione aziendale e la sostenibilità economica e tecnica.

In data 21/12/2017 la negoziazione è stata perfezionata e conclusa con la sottoscrizione delle schede di budget per l'anno 2018, appositamente predisposte dal Controllo di Gestione, da parte del Direttore Generale ed i Direttori dei Dipartimenti Territoriali ed Ospedalieri, Direttori dei Distretti Socio Sanitari, le Direzioni Mediche e Amministrative dei PP.OO., Direttori di Aree di Gestione e i Direttori /Responsabili delle Strutture di staff.

Nel citato incontro di contrattazione del 21/12/2017, è stato precisato a tutti i Responsabili convocati che il raggiungimento degli obiettivi assegnati, come riportato nelle schede sottoscritte, riguarda l'intera equipe (Dirigenza e Comparto) e che il Direttore/Dirigente Responsabile è tenuto a comunicare e discutere gli obiettivi con tutto il personale assegnato alla propria Unità Operativa, formalizzando l'incontro con apposito verbale e definendo, con l'equipe stessa, il Piano Operativo per il raggiungimento degli obiettivi medesimi.

Nell'anno 2018 sono stati individuati oltre n.400 indicatori per la valutazione degli obiettivi di budget operativo. Di questi una parte consistente è stata misurata dal Controllo di Gestione sulla base di dati estratti dai Sistemi Informativi Regionali ed Aziendali e riportati trimestralmente nella reportistica direzionale pubblicata sulla *Intranet* aziendale. La misurazione dei restanti obiettivi specifici è avvenuta o sulla base di certificazioni fornite dalle Aree/Uffici proponenti gli stessi obiettivi o dalle Relazioni finali sulle attività svolte per il raggiungimento degli obiettivi supportate da riscontri informativi oggettivi e prodotte dalle UU.OO. entro il 30 aprile 2019.

L'istruttoria propedeutica alla valutazione della Performance Organizzativa da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione è stata svolta dalla Struttura Tecnica Permanente così come previsto dal Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (S.M.V.P.).

L'O.I.V. nel corso dei mesi di maggio e giugno 2019 ha effettuato la valutazione della Performance Organizzativa complessiva annuale attraverso il grado di raggiungimento dei singoli obiettivi delle n.189 UU.OO. dell'ASL Bari, concludendo i lavori entro il termine previsto dal S.M.V.P..

All'interno del Ciclo della performance la *performance organizzativa* è correlata ed integrata alla *performance individuale*.

Il processo di valutazione della *performance individuale* è a cura dei Direttori/Responsabili delle Strutture/UU.OO. ed è caratterizzato da due profili valutativi:

- a) il livello di conseguimento degli obiettivi concordati con il dirigente responsabile della Struttura (complessa o a valenza dipartimentale);
- b) il livello di professionalità espresso da ogni singolo operatore nell'attività di servizio.

Dalla duplice valutazione analitica dei risultati complessivi della Performance Organizzativa e della Performance Individuale si giunge ad una valutazione di sintesi della prestazione individuale direttamente connessa alla gestione del sistema premiante nel rispetto dei principi stabiliti nel CCNL della dirigenza e del comparto e della regolamentazione aziendale.

La valutazione della performance individuale avviene attualmente tramite l'utilizzo di un sistema *web-based* implementato dalla U.O. Analisi e Sviluppo del Sistema Informativo aziendale ed utilizzato dall'Area Gestione Risorse Umane per il calcolo della Retribuzione di Risultato dell'Area della Dirigenza e della Premialità dell'Area di Comparto.

Questa Relazione conclude il Ciclo della Performance per l'anno 2018 e rappresenta un importante strumento di miglioramento gestionale per il perfezionamento del ciclo stesso, per la riprogrammazione degli obiettivi e la riallocazione delle risorse, nonché uno strumento di approccio responsabile nella comunicazione, a tutti i portatori di interessi interni ed esterni, dei risultati raggiunti nel periodo di riferimento e degli eventuali scostamenti rispetto agli obiettivi programmati.

Allegato 1 – Obiettivi annuali

Obiettivo	Indicatore	N. UO	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
Acquisto di beni e servizi nel rispetto del regolamento aziendale di cui alla delibera n. 311/2016 e successive revisioni	N. procedure nel rispetto del regolamento nell'ambito del budget annuale	2			100%
Adeguamento del Portale Regionale della Salute	Produzione della documentazione degli aggiornamenti	1			100%
Adempimenti ANAC	Relazione ANAC annuale	1		100%	
Aderenza dei piani terapeutici alle linee guida nazionali e regionali in materia di appropriatezza prescrittiva	Report semestrale delle verifiche effettuate tra piani terapeutici e linee guida nazionali e/o regionali e sull'andamento della spesa farmaceutica per ciascuna LG da inviare ai Direttori DSS	1			100%
Aderenza piani terapeutici alle linee guida nazionali e regionali in materia di appropriatezza prescrittiva	Report semestrale delle verifiche effettuate tra piani terapeutici inseriti e linee guida nazionali e/o regionali	5	20%	20%	60%
Adozione di una modalità rendicontativa utile a facilitare l'accesso alle informazioni da parte del cittadino nella prospettiva della trasparenza istituzionale	Pubblicazione di un report delle attività svolto dagli SPESAL sul territorio provinciale	1			100%
Adozione Procedure e Buone Pratiche Cliniche aziendali	Approvazione procedure pervenute per UU.OO. Omogenee	1			100%
Aggiornamento e perfezionamento dei D.V.R., Documento di Valutazione dei Rischi Incendio, Piano di Emergenza dei PP.OO.	N. aggiornamenti per Presidio	1			100%
Aggiornamento multidisciplinare in tema di responsabilità professionale e gestione del rischio clinico	Partecipazione a eventi di rilevanza ordinistica o scientifica nazionale	1			100%
Aggiornamento professionale	Organizzazione di Corso di Formazione ECM per Medici e Comparto sulla Prevenzione HPV- Test primario	1			100%
Aggiornamento schede personali dosimetriche e registri di sorveglianza fisica	N.ro aggiornamenti effettuati/ N.ro schede istituite	1			100%
Alimentazione flusso Edotto PUA	Registrazione PAI in Edotto	12		17%	83%
Almeno un intervento di prevenzione primaria delle dipendenze nel territorio di ciascun raggruppamento Ser.D	Relazione del Coordinatore RSerD sull'intervento svolto	3			100%
Almeno un intervento di prevenzione terziaria delle dipendenze negli istituti penitenziari dell'ambito territoriale della ASL	Relazione del Coordinatore RSerD di competenza territoriale sull'intervento svolto	1			100%
Almeno un intervento di prevenzione terziaria delle dipendenze nell' istituto penitenziario di Bari	Relazione del Coordinatore RSerD sull'intervento svolto	2			100%
Analisi e riduzione del rischio nei flussi di pazienti interni e PS verso e dalle UU.OO. Diagnostiche	Stesura del documento di analisi e gestione	7		71%	29%
Analisi Mobilità Passiva	Relazione annuale	1			100%
Applicazione, ad almeno il 40% dei pazienti, di scale standardizzate di valutazione degli esiti	% di applicazione	2		50%	50%
Appropriatezza prescrittiva	Procedura per la definizione dei criteri di appropriatezza prescrittiva degli esami radiologici da parte delle UU.OO.	6		67%	33%
Appropriatezza prescrittiva riabilitazione domiciliare	Incontri tra MMG e Fisiatri/Neurologi di approfondimento sull'appropriata gestione dei bisogni riabilitativi domiciliari	12			100%
Appropriatezza setting assistenziale	N. Pazienti >65 anni n carico alle Strutture Riabilitative Psichiatriche inviati all'UVM del Distretto di appartenenza per la valutazione	12	33%		67%
Appropriatezza setting assistenziale	N. Pazienti >65 anni n carico alle Strutture Riabilitative inviati all'UVM del Distretto di appartenenza per la valutazione	8	25%		75%
Appropriato utilizzo dei setting assistenziali. DR > 20% di aberrazioni genomiche diagnosticate alla diagnosi invasiva mediante prelievo di villi coriali (villocentesi)	Percentuale aberrazioni genomiche	2			100%

Obiettivo	Indicatore	N. UO	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
Assegnazione dei posti letto residui (45) alle Strutture ex Art. 66 secondo il fabbisogno stabilito dalla Regione	Numero posti assegnati / Numero posti letto da assegnare	1	100%		
attivare almeno un gruppo di trattamento psicoterapico o di sostegno per utenti e/o familiari di utenti	Costituzione e conduzione del gruppo	2			100%
Attivazione Day Service Asma, BPCO, DRS (almeno 2 tipologie)	Numero Day Service	2		100%	
Attivazione Day Service Asma, BPCO, DRS (almeno 2 tipologie)	Numero Day Service	1		100%	
Attivazione della rilevazione online della qualità percepita	Analisi dei questionari compilati	1	100%		
Attivazione nuovo CUP	Attivazione e Monitoraggio nuova procedura CUP	1	100%		
Attività di socializzazione/riabilitative in SPDC	Realizzazione di due progetti di intervento	2		50%	50%
Attività di supporto soggetto aggregatore per Gare ossigenoterapia domiciliare e vaccini (escluso antiinfluenzali)	Report trimestrale sull'attività svolta e personale impiegato da inviare al Direttore Amministrativo e al Controllo di Gestione	1		100%	
Attività di vigilanza e controllo (Obiettivo LEA)	n. aziende ispezionate (aziende ispezionate tutti i comparti + aziende visitate per l'espressione di pareri) / tot. insediamenti produttivi con dipendenti censiti INAIL (PAT attive al 31/12 con n. addetti > 1 o artigiani > 2)*100	2			100%
Attività di vigilanza e controllo (Obiettivo LEA)	n. aziende ispezionate (aziende ispezionate tutti i comparti + aziende visitate per l'espressione di pareri)/tot. insediamenti produttivi con dipendenti censiti INAIL (PAT attive al 31/12 con n. addetti > 1 o artigiani > 2)*100	1			100%
Attività per Near Miss ed Eventi Sentinella	Audit, RCA o FMECA	1			100%
Attuazione della normativa sul N. di Repertorio per i dispositivi medici	Implementazione del N. di repertorio dei dispositivi medici attualmente privi di NDR	6	17%	83%	
Attuazione Piano dell'Alimentazione Animale	n. campionamenti effettuati / tot. campionamenti previsti	3			100%
Attuazione Piano Nazionale Residui	n. campionamenti effettuati / tot. campionamenti previsti	3			100%
Aumento attività ambulatoriale per esterni	Fatturato Prestazioni ambulatoriali per esterni	7		57%	43%
Aumento attività ambulatoriale per esterni	Fatturato Prestazioni ambulatoriali per esterni (compresa attività di Day Service)	1			100%
Aumento attività ambulatoriale per esterni (non Day Service)	Fatturato Prestazioni ambulatoriali per esterni	1			100%
Aumento complessità dei casi trattati in ricovero	Peso medio DRG	7			100%
Aumento dell'attività operatoria programmata	Numero ore disponibili di Sala Operatoria	7		14%	86%
Aumento procedure per indagini genetiche invasive e non invasive	N° procedure invasive e non invasive	1			100%
Azzeramento delle proroghe per servizi manutentivi e redazione di capitolati prestazionali	Manutenzione elettrico, edile, impianti speciali, gas medicali	1			100%
Azzeramento giudizi di ottemperanza e nomina commissario ad acta	N. giudizi per la parte di propria competenza	1			100%
Centro Cunegonda: lotta allo Stigma ed Inclusione Sociale	Almeno n. 1 evento rivolto a utenti, operatori, popolazione	1			100%
Clinical governance	Elaborazione e Adozione di almeno 1 protocollo operativo interno all'U.O.	2		50%	50%
Clinical governance	Elaborazione e Adozione di almeno 1 protocollo operativo interno all'U.O. e 1 procedura condivisa con altre UU.OO.	59		68%	32%
Clinical governance	Elaborazione e Adozione di almeno 1 protocollo operativo interno all'U.O. e 1 procedura condivisa con Chir. Senologica e Chir. Plastica nel percorso "Breast Unit"	2		100%	
Clinical governance	Elaborazione e Adozione di almeno 2 protocolli operativi interni all'U.O.	1	100%		

Obiettivo	Indicatore	N. UO	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
Clinical governance	Elaborazione e Adozione di almeno 2 protocollo operativo interno all'U.O	1		100%	
Clinical governance	Elaborazione e Adozione di un protocollo operativo per la definizione dell'approccio diagnostico-terapeutico cardiovascolare nei pazienti da sottoporre a chirurgia vascolare	2			100%
Clinical governance	Elaborazione ed adozione della procedura per la gestione del trauma cranico	2			100%
Codice di Comportamento Aziendale	Aggiornamento e pubblicazione del documento	1			100%
Collaborazione alla Redazione del Piano della Performance 2018-2020	Elaborazione Documento	1			100%
Collaborazione a Corsi di Formazione Base in tema di Salute e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro dei Lavoratori (A) e a Corsi di Formazione Rischi Specifici (B) organizzati da S.P.P.	N. edizioni N. dipendenti formati	1		100%	
Collaborazione con l'Area Socio Sanitaria per il corretto conferimento dei dati anagrafici, delle strutture di propria competenza su sistema Informativo Edotto, per l'indispensabile conferimento dei dati riguardanti il flusso ministeriale FAR	Relazione	1			100%
Collaborazione con STP nella stesura della Relazione annuale sulla Performance	Elaborazione Documento	1			100%
Collaborazione per la realizzazione del registro regionale delle malformazioni	N° casi inseriti nel registro	1			100%
Compilazione corretta e completa delle cartelle elettroniche attive	Verifica periodica da parte dei dirigenti SS della correttezza delle cartelle	3			100%
Compilazione del tracciato record per il monitoraggio delle prescrizioni nell'ambito del progetto CCM PREVIS	Percentuale delle prescrizioni immesse nel sistema rispetto a quelle effettivamente comminate	3			100%
Compilazione e chiusura delle schede AIFA relative ai farmaci soggetti a monitoraggio	Chiusura schede AIFA a fine trattamento	4	50%	25%	25%
Complessità dei casi trattati	Report semestrale e annuale su tipologia acuta e cronica e n. pazienti trattati secondo le LG della società scientifica SIMSI	1			100%
Consolidamento protocollo di riabilitazione neurologica in pazienti con patologia spastico-contratturale	N. pazienti trattati	1	100%		
Controlli delle Strutture Psichiatriche Riabilitative previste dal Reg.Reg. n.7/2002	Numero controlli per struttura con verbali	8			100%
Controlli sugli allevamenti.	allevamenti controllati per BR ovi-caprina / totale allevamenti ovi-caprini	3			100%
Controlli sugli allevamenti.	allevamenti controllati per TBC e LEB bovina / totale allevamenti bovini	3			100%
Controlli sugli allevamenti.	allevamenti controllati semestralmente per BR bovina / totale allevamenti bovini	3			100%
Controlli sugli allevamenti.	allevamenti ovini controllati per Scrapie classica / totale allevamenti ovini	3			100%
Controlli sugli allevamenti.	modello 4 elettronico / modello 4 movimentazione equidi richiesti	3			100%
Controlli sugli allevamenti.	allevamenti equini controllati / tot. allevamenti equini presenti in anagrafe	3		33%	67%
Controllo appropriatezza cartella clinica/congruità SDO ex art 56 (Strutture Osped. Private - IRCCS Maugeri e EE Miulli)	numero SDO verificate/numero SDO pervenute	1			100%
Controllo della spesa	Collaborazione con i DSS, AGRF e AGP per il completamento della procedura per il controllo della spesa per l'Assistenza protesica (gestione degli ordini informatizzati tramite i sistemi aziendali)	1			100%
Controllo della spesa	Collaborazione con i DSS, AGRF e U.O.A.S.S.I. per il completamento della procedura per il controllo della spesa per l'Assistenza protesica (gestione degli ordini informatizzati tramite i sistemi aziendali)	1	100%		

Obiettivo	Indicatore	N. UO	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
Controllo della spesa	Monitoraggio accessi ai Centri Diurni ex Art. 60 e 60 ter informatizzato su Intranet	1			100%
Controllo della Spesa	Monitoraggio periodico, per macrostruttura, delle spese afferenti i servizi di vigilanza, ristorazione e lavanderia	2			100%
Controllo della spesa	Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Protesi/Presidi/Ausili da privato e in distribuzione diretta e completa gestione degli ordini informatizzati tramite i sistemi aziendali	12	100%		
Controllo dell'appropriatezza dei ricoveri in IRCSS Maugeri - EEMiulli	numero SDO verificate/numero SDO pervenute	1			100%
Controllo dell'appropriatezza dei ricoveri in Strutture Pubbliche a gestione diretta	numero SDO verificate/numero SDO pervenute	1			100%
Controllo dell'appropriatezza dei ricoveri/congruità SDO in Strutture Osped. Private	numero SDO verificate/numero SDO pervenute	1			100%
Controllo di qualità su apparecchiature complesse (T.C., R.M., Angiografi, Gamma camere)	N.ro apparecchi complessi controllati/N.ro apparecchi installati	1	100%		
Controllo di qualità su apparecchiature di nuova acquisizione	N.ro nuovi controlli / N.ro nuove apparecchiature	1			100%
Controllo di qualità su apparecchiature radiologiche tradizionali	Numero apparecchiature controllate/apparecchiature installate	1			100%
Controllo e contenimento randagismo.	cani randagi catturati identificati ed iscritti Anagrafe Canina Regionale / cani randagi catturati	3			100%
Controllo implementazione procedure di servizio	personale Dirigente e TdP sottoposto a supervisione sul campo e a posteriori / totalità personale Dirigente e TdP	3		33%	67%
Controllo su ricoveri con T.C., con protesi, DRG potenz. Inappr. e trattam. con cyberknife in IRCSS Maugeri - EEMiulli	numero SDO verificate/numero SDO pervenute	1			100%
Controllo su ricoveri con T.C., con protesi, DRG potenz. Inappr. e trattam. con cyberknife in Strutture Osped. Private	numero SDO verificate/numero SDO pervenute	1			100%
Controllo su ricoveri con T.C., con protesi, DRG potenz. Inappr. e trattam. con cyberknife in Strutture Pubbliche a gestione diretta	numero SDO verificate/numero SDO pervenute	1			100%
Controllo sulla appropriatezza prescrittiva dei MMG come disposto dalle DGR Regionali e DD 16/2016 Assessorato	Report trimestrale sui casi di inappropriatezza riscontrati e comunicati alla Direzione Generale e ai Direttori di Distretto	1			100%
Coordinamento, supporto, formazione del personale distrettuale per l'inserimento dei dati necessari all'invio dei flussi ministeriali SIAD e FAR, per il raggiungimento degli adempimenti LEA	Atti	1	100%		
Corretta e tempestiva trasmissione dei dati relativi ai flussi informativi interni (es. ved nota) ed esterni (es. Edotto e AIFA)	Rispetto dello scadenziario per il 100% dei flussi informativi	6			100%
Corretta e tempestiva trasmissione dei dati relativi ai flussi informativi interni ed esterni	Rispetto del 100% dei flussi informativi	1			100%
Corretta e tempestiva trasmissione dei dati relativi ai flussi informativi interni ed esterni verso Controllo di Gestione e U.O.S.E. (SDO, P.L., prestazioni interne ed esterne, ore di sala operatoria, flussi ministeriali, ecc.)	Rispetto delle scadenze stabilite	7			100%
Corretta e tempestiva trasmissione dei flussi informativi di competenza	flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	18		11%	89%
Corsi formazione gestione rischio clinico	N. Corsi organizzati	1			100%
Dati attività UOSVD DCA – Ambulatorio Intensivo diurno tipo Day Service ad attività diurna, dati accorpati	Report semestrale su attività UOSVD DCA	1			100%
Deflazionamento del contenzioso	Attività del Nucleo Contenzioso del Lavoro	1			100%
Deflazionamento del contenzioso	Attività del Nucleo Contenzioso del Lavoro e del Nucleo Contenzioso Civile	1		100%	
Diagnostica citologica del carcinoma cervice uterina	Tempo di refertazione	1			100%
Diagnostica istologica del carcinoma cervice uterina	Tempo di refertazione	1			100%

Obiettivo	Indicatore	N. UO	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
Difesa giudiziaria azienda in ambito medico legale su incarichi DG e SBL	Partecipazione attività peritali e redazione osservazioni medico legali	1			100%
Diffusione della cultura delle donazioni di organo	Organizzazione di almeno due eventi con il coinvolgimento dei pazienti	4			100%
Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	N. ricettari cartacei consegnati	7		86%	14%
Diffusione utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	Invio referti al FSE	5		40%	60%
Diffusione utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	Percentuale di laboratori invianti dati al FSE	2			100%
Documento unico di valutazione rischi da Interferenze	Intervallo tra richiesta e consegna del Documento alle Strutture competenti	1	100%		
Documento/protocollo sulla diagnostica medico Nucleare in Neurologia destinato a tutte le UU.OO. E ambulatori di Neurologia della ASL	Realizzazione del documento	1			100%
Donazione Organi e/o Tessuti	N. donazioni	7	43%	57%	
Effettuazione di almeno un evento formativo su procedure giuridiche, normativa e modelli che riguardano il paziente psichiatrico autore di reato	Effettuazione di una giornata di formazione	11			100%
Effettuazione di almeno un evento informativo su procedure giuridiche, normativa e modelli che riguardano il paziente in carico al Tribunale dei Minori	Effettuazione di una giornata di formazione	1			100%
Effettuazione di almeno un evento su prevenzione specifica primaria dei DCA su target a rischio (giovani 12-25 aa)	Numero Eventi in collaborazione con scuole e associazioni	1			100%
Effettuazione di almeno un evento sulla lotta allo stigma e promozione della salute	Effettuazione di un Evento	12			100%
Effettuazione screening su due scuole campione segni precoci disturbi psicopatologici	Analisi degli esiti	2	100%		
Efficienza operativa	Accordi contrattuali con le Strutture Sociosanitarie accreditate private (R.S.A. e R.S.S.A.)	1	100%		
Efficienza operativa	Aggiornamento Regolamento Incentivazione ai sensi della normativa vigente	1			100%
Efficienza operativa	Attivazione di sistema PACS	1			100%
Efficienza operativa	Avvio nuova procedura informatizzata di controllo direzionale (D.D.G. 1570/2017)	1	100%		
Efficienza operativa	Monitoraggio dei blocchi operatori secondo la procedura adottata nel 2017	1			100%
Efficienza operativa	Produzione di un protocollo per l'adeguamento del Portale Regionale della Salute	1			100%
Efficienza operativa	Revisione Regolamento Aziendale per acquisti di beni e Servizi ai sensi del D.Lgs. 50/2016	2			100%
Efficienza operativa	Sperimentazione order entry di materiale sanitario da Reparto	1			100%
Efficienza operativa	Supporto all'AGT come RUP	1	100%		
Efficienza operativa	Utilizzo del software CartSan presso tutte le sedi e unificazione degli archivi	1		100%	
Efficienza organizzativa	Adozione della Cartella Clinica Unificata e Monitoraggio della corretta compilazione	7			100%
Efficienza organizzativa	Analisi comparativa per Distretto dei costi per Assistenza protesica da privato	2			100%
Efficienza organizzativa	Analisi dell'attività anni 2016-2017 e proposta di riorganizzazione per miglioramento dell'efficienza del Servizio	1		100%	
Efficienza organizzativa	Applicazione della Procedura di decurtazione stipendiale in presenza di debito orario per il Comparto e per la Dirigenza	1			100%
Efficienza organizzativa	Attuazione proposta di riorganizzazione informatica della rete dei Laboratori nelle more della gara LIS	4			100%

Obiettivo	Indicatore	N. UO	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
Efficienza organizzativa	Avviamento ed implementazione dei contratti a seguito dell'aggiudicazione della gara regionale per i Serv. Integrati di manutenzione delle apparecchiature elettromedicali ovvero, in mancanza, attivazione dei contratti ponte	1		100%	
Efficienza organizzativa	Avvio della riorganizzazione della rete dei Laboratori (DGR 985/2017)	4			100%
Efficienza organizzativa	Completa attuazione Piano Riordino Rete Emergenza Urgenza (118/PPIT) nel rispetto della Normativa Regionale	1			100%
Efficienza organizzativa	Comunicazione all'U.O. Sorveglianza Sanitaria del personale di prossima quiescenza ai sensi del D.L. 81/2008	1			100%
Efficienza organizzativa	Corretta alimentazione della nuova procedura informatica per la rilevazione di turni, comprese le prestazioni aggiuntive	2	100%		
Efficienza organizzativa	Effettuazione esami e refertazione di TAC e RMN, ove presente, entro le 72 h dalla richiesta per pazienti ricoverati	6		83%	17%
Efficienza organizzativa	Elaborazione e adozione della Procedura per la gestione della raccolta e trasferimento dei campioni dai singoli Stabilimenti al centro di raccolta aziendale	5		80%	20%
Efficienza organizzativa	Elaborazione e adozione di Procedura aziendale per il governo delle liste di attesa	1			100%
Efficienza organizzativa	Elaborazione e Adozione di un protocollo operativo delle procedure amministrative per l'accesso dei pazienti alle Strutture Sociosanitarie	15			100%
Efficienza organizzativa	Espletamento delle procedure relative a tutti gli avvisi pubblici quinquennali disposti dalla Direzione Strategica per Direttore di Struttura Complessa	1	100%		
Efficienza organizzativa	Espletamento visite obbligatorie del personale di prossima quiescenza ai sensi del D.L. 81/2008	1			100%
Efficienza organizzativa	Implementazione di un archivio informatizzato per la gestione dei pazienti ospitati nelle Strutture Residenziali e Semiresidenziali	1			100%
Efficienza organizzativa	Implementazione web del sistema di gestione del personale dipendente, inclusa la rilevazione di turni per prestazioni aggiuntive	2	50%		50%
Efficienza organizzativa	Monitoraggio del Piano degli Investimenti esercizio 2018	1			100%
Efficienza organizzativa	Monitoraggio periodico dell'andamento degli ordini per acquisti di Materiale Sanitario per magazzino ordinante e Conto economico con analisi degli scostamenti	1			100%
Efficienza organizzativa	Numero di procedure di Litotrissia extracorporea	4		25%	75%
Efficienza organizzativa	Percentuale di nuovi assunti a tempo determinato sul totale degli assunti	1		100%	
Efficienza organizzativa	Piano di Comunicazione 2018	1			100%
Efficienza organizzativa	Piena applicazione nuovo Regolamento ALPI	1			100%
Efficienza organizzativa	Predisposizione capitolati tecnici per acquisto ulteriori attrezzature con utilizzo di economie derivanti dalle procedure di gara relative al P.O. della Murgia	1			100%
Efficienza organizzativa	Procedura di integrazione con l'U.O. Epilessia ed EEG Età Evolutiva per la gestione dei pazienti con patologia epilettica/neurologica	1			100%
Efficienza organizzativa	Procedura di integrazione con l'U.O. Pediatria "San Paolo" per la gestione dei pazienti con patologia epilettica/neurologica	1	100%		

Obiettivo	Indicatore	N. UO	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
Efficienza organizzativa	Produzione di un protocollo operativo delle attività relative alle apparecchiature radiologiche, condiviso con Fisica Sanitaria e Ingegneria Clinica	1			100%
Efficienza organizzativa	Produzione di un protocollo operativo delle attività relative alle apparecchiature radiologiche, condiviso con Fisica Sanitaria e S.P.P.	1			100%
Efficienza organizzativa	Produzione di un protocollo operativo delle attività relative alle apparecchiature radiologiche, condiviso con Ingegneria Clinica e S.P.P.	1			100%
Efficienza organizzativa	Progetto di integrazione tra 118 e P.S. per completamento debito orario Medici	1	100%		
Efficienza organizzativa	Proposta alla Direzione Strategica di una riorganizzazione per competenze e responsabilità dell'attività dell'AGT e Ingegneria Clinica	2			100%
Efficienza organizzativa	Quadratura definitiva DURC Aziendale	1			100%
Efficienza organizzativa	Redazione del Regolamento operativo interno di Contabilità Analitica	1			100%
Efficienza organizzativa	Redazione Piano degli Investimenti 2019-2020 per la predisposizione del Bilancio di Previsione 2019 e Piano Pluriennale 2019-2020	1			100%
Efficienza organizzativa	Revisione della Procedura operativa aziendale per la gestione delle Agende CUP	1			100%
Efficienza organizzativa	Supporto alle attività ARESS per Hub logistico di Magazzino	1			100%
Elaborazione report attività	presentazione report semestrale al DG , DS e UCG	1			100%
Erogazione diretta di farmaci alla dimissione dei pazienti	Numero di pazienti ai quali vengono erogati i farmaci direttamente	5			100%
Esecuzione titoli gestione liquidatoria	Predisposizione rendiconto trimestrale della gestione liquidatoria	1			100%
Evento formativo ECM	Corso ECM su EEGrafia clinica pediatrica rivolto a Neuropsichiatri infantili, neurologi e Tecnici di Elettrofisiologia	1			100%
Formazione Base in tema di Salute e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro dei Lavoratori (A) Corso di Formazione Rischi Specifici (B)	N. edizioni N. dipendenti formati	1		100%	
Formazione BLSD e ALS	Organizzazione corsi BLSD e ALS per le UU.OO. dei Presidi Ospedalieri	1			100%
Formazione in materia di radioprotezione del personale radioesposto	Organizzazione evento con ufficio Formazione	1			100%
Formazione per lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione dell'emergenza nei luoghi di lavoro	N. edizioni N. dipendenti formati	1	100%		
Formazione Referenti URP	N. di Referenti formati	1			100%
Formazione sulla sicurezza sul lavoro per il personale dell'U.O.	Organizzazione di almeno 2 eventi su temi diversi da quelli del 2016 e 2017	1			100%
Formulazione di Protocollo Operativo per Disturbi dello Spettro Autistico	Elaborazione PDTA per DSA del CAT aziendale	2			100%
Gara Tesoreria	Definizione capitolato per il servizio di Tesoreria dell'Ente	1			100%
Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Istruzioni operative dei sistemi di gestione di allarme	1			100%
Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Istruzioni operative procedure cliniche PMA	1			100%
Gestione delle liste di attesa	Coordinamento dei processi per la pubblicazione sul Portale aziendale dei posti letto disponibili nelle RSSA	1			100%
Gestione delle liste di attesa	Percentuale di liste di attesa informatizzate per tipologia di Struttura	1			100%

Obiettivo	Indicatore	N. UO	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
Gestione fondi finalizzati	Ricognizione fondi finalizzati e implementazione di una procedura per la corretta gestione (istituzione e utilizzo)	1			100%
Gestione pagina Facebook aziendale	Produzione documentazione	1			100%
Implementazione Day Service HIV	Numero di Day Service	1		100%	
Implementazione del Sistema per la sorveglianza e il controllo delle patologie dell'uomo causate da Anisakis spp.	DIA presentate da OSA per la vendita e/o somm. di pesce crudo o praticamente crudo, sottoposte a controllo per la verifica delle procedure di bonifica sanitaria preventiva / nuove DIA presentate per vendita e/o somm. di pesce crudo o praticamente crudo	3			100%
Implementazione PBM (Patient Blood Management)	Istituzione e funzionamento "Anemia clinic"	4			100%
Implementazione Piano regionale CC.UU. di residui di prodotti fitosanitari	Controlli ispettivi e documentali e prelievo campioni operati / totale controlli ispettivi e documentali e prelievo campioni	3			100%
Implementazione Piano straordinario regionale di prevenzione e controllo MVS	allevamenti controllati per MVS / totale allevamenti suini	3			100%
Implementazione strumenti di sorveglianza epidemiologica	Aggiornamento casistica Registro Tumori	1			100%
Incontri con Associazioni dei Familiari presenti sul territorio per verifica modalità di collaborazione	Almeno due incontri in un anno	12		8%	92%
Incontro formativo congiunto con i Neurologi su un argomento di comune interesse	Realizzazione dell'incontro	1			100%
Incremento della distribuzione diretta primo ciclo terapeutico a seguito di visita ambulatoriale	% di prescrizioni sul sistema Edotto per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	1		100%	
Incremento Attività in Day Service PCA 46-49-50-51	Numero di Day Service	1			100%
Incremento della complessità della casistica	Aumento Indice Chirurgico (% casi chirurgici / tot. DRG)	29		28%	72%
Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	64		47%	53%
Incremento dell'efficienza assistenziale	Attivazione ambulatorio Idrosadenite suppurativa	1		100%	
Incremento dell'efficienza assistenziale	Attivazione dei Day Service PCCA 64 e PCCA 65	1		100%	
Incremento dell'efficienza assistenziale	Coerenza tra numero di SDA e numero di prestazioni di Day Service su CUP	1			100%
Incremento dell'efficienza assistenziale	Degenza Media	31		35%	65%
Incremento dell'efficienza assistenziale	Degenza Media Pre Operatoria	29		7%	93%
Incremento dell'efficienza assistenziale	Fatturato prestazioni ambulatoriali	24	4%	33%	63%
Incremento dell'efficienza assistenziale	Incremento attività ambulatoriale per esterni	1			100%
Incremento dell'efficienza assistenziale	Incremento dell'attività di Day Service	1		100%	
Incremento dell'efficienza assistenziale	Indice di Rotazione	1		100%	
Incremento dell'efficienza assistenziale	N. prestazioni per pazienti interni e prestazioni operatorie	1	100%		
Incremento dell'efficienza e qualità assistenziale	Report semestrale e annuale sulle patologie trattate con indicazione indilazionabili urgenti e primarie distinte per tipologia e provenienza ASL del paziente	1			100%
Incremento produzione di plasma da destinare alla lavorazione industriale	Produzione unità di plasma	4		75%	25%
Indagine AGENAS: Valutazione del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero	Implementazione piani di miglioramento scaturiti dall'Indagine AGENAS 2017 (tranne Triggiano e Terlizzi)	1			100%
Informatizzazione Protocollo e work flow documentale	Attivazione Protocollo e work flow documentale	1	100%		
Integrazione Ospedale Territorio	Elaborazione di un Protocollo di integrazione per la gestione in ospedale dei pazienti in ADI 2°/3° livello	4		75%	25%

Obiettivo	Indicatore	N. UO	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
Integrazione Ospedale Territorio	N. prestazioni ospedaliere (accessi vascolari, sostituzioni cannule tracheostomiche ecc.) a favore di pz. In ADI	3	67%	33%	
Integrazione Ospedale-Territorio	Aumento del numero dei pazienti in dialisi peritoneale	4			100%
Integrazione Ospedale-Territorio	Presa in carico dei pazienti ricoverati per SCA e Scompenso Cardiaco	8	13%		88%
Integrazione Ospedale-Territorio	Proposta di organizzazione integrata Ospedale-Territorio dell'attività oftalmologica per il trattamento della degenerazione maculare senile con studio di fattibilità	4		100%	
Inventario semestrale deposito farmaceutico della UO Farmacia e delle singole UU.OO. del Presidio	Report semestrale	5		100%	
Inventario semestrale deposito farmaceutico delle Farmacie Territoriali	Report semestrale	1			100%
Linee Guida e Buone Pratiche Cliniche nazionali	Affiancamento per l'implementazione in tutte le strutture ospedaliere e PTA	1	100%		
Lotta allo Stigma	Promozione e attivazione di progetti di integrazione ed inclusione sociale sul territorio	1			100%
Mantenimento Degenza Media	Degenza Media	4			100%
Mantenimento dell'efficienza della attività produttiva del presidio	Costo beni non sanitari	2			100%
Mantenimento standard adeguati di sicurezza alimentare	Revisione ed e adeguamento delle analisi del rischio della totalità degli stabilimenti riconosciuti CE	3			100%
Manutenzione e sicurezza delle apparecchiature elettromedicali	Affidamento alla ditta aggiudicataria e avvio del servizio di manutenzione	1	100%		
Miglioramento della qualità assistenziale	Apertura agende CUP (prima visita e prestazioni successive) per ogni punto di erogazione di NPIA	1			100%
Miglioramento della qualità assistenziale	Apertura e alimentazione agende CUP (prima visita e prestazioni successive) per ogni punto di erogazione di NPIA	1			100%
Miglioramento della qualità assistenziale	Attivazione/Potenziamento Sportello Giovani rivolto alla fascia adolescenziale (fino a 18 aa)	12		8%	92%
Miglioramento della qualità assistenziale	Creazione di equipe multidisciplinare per realizzare accessi vascolari per emodialisi	4			100%
Miglioramento della qualità assistenziale	Elaborazione del Progetto di implementazione della diagnostica infettivologica	4		100%	
Miglioramento della qualità assistenziale	Elaborazione di 1 procedura condivisa con l'U.O. di Anestesia e Rianimazione per le cure palliative dei pazienti oncologici ambulatoriali	1		100%	
Miglioramento della qualità assistenziale	Elaborazione di 1 procedura condivisa con l'U.O. di Anestesia e Rianimazione per le cure palliative dei pazienti oncologici ricoverati e ambulatoriali	1			100%
Miglioramento della qualità assistenziale	Elaborazione e Adozione del protocollo operativo a tutela della salute dei lavoratori a seguito di contatto con pazienti affetti da TBC	1		100%	
Miglioramento della qualità assistenziale	Elaborazione e Adozione di 2 procedure condivise con altre UU.OO.	1		100%	
Miglioramento della qualità assistenziale	Elaborazione e Adozione di almeno 1 protocollo operativo interno al Dipartimento e 1 procedura condivisa con altre UU.OO. extradipartimentali	3			100%
Miglioramento della qualità assistenziale	Elaborazione e Adozione di almeno 1 protocollo operativo interno all'U.O. e 1 procedura condivisa con altre UU.OO.	44		34%	66%
Miglioramento della qualità assistenziale	Elaborazione e Adozione di almeno 2 procedure condivise con altre UU.OO.	6		67%	33%
Miglioramento della qualità assistenziale	Elaborazione e Adozione di almeno 2 protocolli operativi	12		25%	75%
Miglioramento della qualità assistenziale	Elaborazione e Adozione di almeno 2 protocolli operativi interni all'U.O.	2		100%	

Obiettivo	Indicatore	N. UO	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
Miglioramento della qualità assistenziale	Elaborazione e Adozione di almeno 2 protocolli operativo interno all'U.O.	1			100%
Miglioramento della qualità assistenziale	Elaborazione e adozione di un protocollo per la gestione diagnostica e terapeutica dello stato di male epilettico	4			100%
Miglioramento della qualità assistenziale	Elaborazione e adozione di un protocollo per la gestione diagnostica e terapeutica dello stato di male epilettico in età pediatrica	1	100%		
Miglioramento della qualità assistenziale	Elaborazione e Adozione di una procedura per la gestione dei casi di TBC in ambiente ospedaliero	17			100%
Miglioramento della qualità assistenziale	Elaborazione e Adozione di una procedura per la gestione dei pazienti con OSAS in applicazione del PDTA regionale	11			100%
Miglioramento della qualità assistenziale	Elaborazione ed adozione procedura per il trasporto secondario dei pazienti psichiatrici sul territorio	18			100%
Miglioramento della qualità assistenziale	Implementazione e messa a regime delle schedule vaccinali delle coorti 2000-2017 nel sistema informatizzato anagrafe vaccinale GIAVA	3			100%
Miglioramento della qualità assistenziale	Organizzazione di incontri sulla corretta prescrizione degli esami di RMN con i prescrittori ospedalieri e territoriali (Specialisti, MMG e PLS)	1		100%	
Miglioramento della qualità assistenziale	Per ogni U.O. del Dipartimento: Elaborazione e Adozione di almeno 1 protocollo operativo interno e 1 procedura condivisa con le altre UO del Dipartimento o extradipartimentali	1			100%
Miglioramento della qualità assistenziale	Redazione Carta dei Servizi dell'UOSVD PMA	1			100%
Miglioramento della qualità assistenziale	Screening pre-eclampsia	1			100%
Miglioramento della qualità assistenziale e dell'efficienza operativa	Definizione e Adozione del percorso clinico ed amministrativo per l'inserimento nelle Strutture Riabilitative dei pazienti in carico alla NPJA e per il successivo passaggio ad altro setting assistenziale in carico alla ASL	2			100%
Miglioramento della qualità clinica dell'assistenza	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	14		43%	57%
Miglioramento della qualità clinica dell'assistenza	Aumento della complessità chirurgica, con utilizzo di tecniche mininvasive	1			100%
Miglioramento della qualità clinica dell'assistenza	Elaborazione e adozione di un Protocollo per i trattamenti sanitari di fine vita in conformità alla normativa vigente	4		50%	50%
Miglioramento della qualità clinica dell'assistenza	Elaborazione e adozione procedura per la gestione dell'anestesia pediatrica nei PP.OO. della ASL Bari	7	100%		
Miglioramento della qualità clinica dell'assistenza	Fatturato Day Service	8		13%	88%
Miglioramento della qualità clinica dell'assistenza	N. Partoanalgesie/ N. parti vaginali	10	60%		40%
Miglioramento della qualità dei flussi informativi	Rispetto dello scadenziario dei flussi informativi di cui alla nota Prot. 39157 del 24/02/2016 del Direttore Amministrativo, giusta DDG n. 133 del 20/01/2016	1			100%
Miglioramento della qualità dei flussi informativi	Rispetto dello scadenziario dei flussi informativi di cui alla nota Prot. 39157 del 24/02/2016 del Direttore Amministrativo, giusta DDG n. 133 del 20/01/2016	24	8%	4%	88%
Miglioramento della qualità percepita	% Abbandoni da P.S.	7		43%	57%
Miglioramento della qualità percepita	% Dimissioni volontarie	70		26%	74%
Miglioramento della qualità percepita	Attuazione di Corso di formazione sulle modalità di accoglienza dell'utenza riservato al personale di Comparto della Direzione Amministrativa	2		50%	50%
Miglioramento della qualità percepita	Monitoraggio e verifica sulle Dimissioni	1		100%	

Obiettivo	Indicatore	N. UO	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
	volontarie presso gli S.P.D.C.				
Miglioramento della qualità percepita	Progetto "UTIN aperta"	1			100%
Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa	Fatturato Day Service	4		25%	75%
Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa	Fatturato Prestazioni ambulatoriali	1			100%
Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa	Percentuale Colectomie Laparoscopiche con D.M. postop. <3gg	6		67%	33%
Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa	Potenziamento attività di Day Service	4	25%	75%	
Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa	Quadrantectomia in Day Service	1	100%		
Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario	59	2%	41%	58%
Miglioramento dell'efficienza della attività produttiva	Costi Personale e Beni Sanitari / Totale Ricavi	95	1%	51%	48%
Miglioramento dell'efficienza della attività produttiva	Unità di sangue raccolte	4		50%	50%
Miglioramento qualità e appropriatezza Area Emergenza-Urgenza	% Ricoveri da P.S. in Reparti chirurgici con DRG Chirurgico alla dimissione	7		29%	71%
Miglioramento qualità e appropriatezza Area Emergenza-Urgenza	Accessi seguiti da ricovero/Totale accessi	7		14%	86%
Miglioramento qualità e appropriatezza Area Emergenza-Urgenza	Almeno 2 Protocolli gestione pazienti in OBI	1			100%
Miglioramento qualità e appropriatezza Area Emergenza-Urgenza	Attivazione OBI	6	100%		
Miglioramento qualità e appropriatezza Area Emergenza-Urgenza	Elaborazione di una proposta di organizzazione dell'attività della Medicina e Chirurgia d'Urgenza e Accettazione per ogni Stabilimento	7	29%	29%	43%
Miglioramento qualità e appropriatezza Area Emergenza-Urgenza	Elaborazione e adozione Procedura Aziendale attività assistenziale in OBI	7	14%	29%	57%
Miglioramento qualità e appropriatezza Area Emergenza-Urgenza	Elaborazione ed adozione del protocollo per la Gestione del dolore in P.S.	7	14%		86%
Miglioramento qualità e appropriatezza Area Emergenza-Urgenza	Riduzione del numero complessivo dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di urgenza alle UU.OO. di Area Medica	7			100%
Misure di esposizioni ambientali	N.ro misure/N.ro diagnostiche radiologiche	1			100%
Modello organizzativo Privacy	Aggiornamento delle nomine dei Responsabili di trattamento, Incaricati del trattamento, Amministratore di sistema	1			100%
Monitoraggio appropriatezza prescrittiva	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica	12		25%	75%
Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Presentazione relazione trimestrale per il raffronto dei dati dei volumi di attività istituzionale / dati dei volumi di attività in ALPI	2			100%
Monitoraggio del deposito farmaceutico nella UO Farmacia e nelle singole UU.OO. del presidio e gestione materiale sanitario in scadenza	Riduzione del valore economico di materiale sanitario scaduto	6		17%	83%
Monitoraggio della cronicità e relativo setting assistenziale	Analisi, per singolo Distretto, della cronicità per coorti di pazienti in base alla complessità e relativo setting assistenziale	13	46%		54%
Monitoraggio della erogazione farmaci soggetti a registrazione AIFA e della compilazione schede AIFA da parte del medico prescrittore	Report semestrale sul numero di schede di fine trattamento chiuse/aperte e sul numero di richieste di rimborso dei trattamenti chiusi	6		33%	67%
Monitoraggio della qualità dell'assistenza riabilitativa per tossicodipendenti da privato	Relazioni mensili di verifica dei trattamenti in comunità terapeutiche	2			100%
Monitoraggio della spesa annua per residenzialità riabilitativa per DCA rispetto al budget assegnato	Report teorico salvo conguaglio	1			100%
Monitoraggio della spesa dell'Assistenza Riabilitativa per malati e disturbati mentali da privato	Spesa 2018 nei limiti previsti dal Bilancio di Previsione	1			100%

Obiettivo	Indicatore	N. UO	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
Monitoraggio della spesa dell'Assistenza Riabilitativa per tossicodipendenti da privato	Relazioni delle attività e dei costi: - Relazione annuale 2017 entro il 15/04/2018 - Relazioni trimestrali 2018 entro 20 gg dalla fine del Trimestre	1		100%	
Monitoraggio delle attività delle associazioni di volontariato	Report trimestrale	1			100%
Monitoraggio procedure SIMES e incident reporting	Trasmissione report trimestrali	1			100%
Monitoraggio rispetto vincoli di finanza pubblica	Elaborazione del report per verifica rispetto vincoli	1			100%
Monitoraggio servizi esternalizzati	Adozione di Check List lavanolo mensile e Scheda monitoraggio vitto quindicinale, anche per una corretta liquidazione degli importi fatturati o per l'applicazione di penali da parte delle Direzioni Amministrative	7			100%
Monitoraggio servizi esternalizzati	Analisi trimestrale dei costi e degli scostamenti rispetto all'esercizio precedente, con indicazione delle motivazioni di eventuali scostamenti.	1			100%
Monitoraggio servizi esternalizzati	Analisi trimestrale dei costi e degli scostamenti, con verifica di congruità rispetto all'erogato	1			100%
Monitoraggio situazione debitoria e indice ITP per macrostruttura	Elaborazione periodica di tabelle riepilogative della situazione debitoria e dell'indice ITP per macrostruttura e caricamento su rete intranet aziendale	1			100%
Monitoraggio tempi di pagamento	Monitoraggio tempi di gestione del ciclo passivo per macrostruttura	1		100%	
Monitoraggio trimestrale per DSS dei costi per beni sanitari con scostamento e dei costi della farmaceutica convenzionata per ATC	Report trimestrale con relazione da inviare ai Direttori DSS e al Controllo di Gestione	1			100%
Obblighi informativi	Redazione Relazione trimestrale delle attività svolte, con indicazione degli scostamenti rispetto all'anno precedente	1		100%	
Organizzazione di almeno 2 audit (clinici e/o organizzativi) con la partecipazione del personale della Dirigenza e del Comparto	Realizzazione degli audit	133	98%		2%
Organizzazione di almeno 2 momenti formativi per il personale su problematiche di competenza per la Dirigenza e il Comparto	Realizzazione dell'evento	2			100%
Organizzazione di giornate di formazione in tema di anticorruzione, trasparenza e comportamento aziendale	Organizzazione evento	1			100%
Organizzazione di incontri di formazione estesi ai Medici di Medicina Generale su tematiche di competenza	Numero incontri	1			100%
Organizzazione di incontri trimestrali con le singole UU.OO. Sull'andamento della spesa per beni sanitari	Verbale incontri	9			100%
Organizzazione di incontri trimestrali con le singole UUOO sull'andamento della spesa per beni sanitari	Verbale incontri	5			100%
Organizzazione di una giornata di studio sulle metodiche di genetica medica applicate alla diagnostica	Incontro rivolto ad operatori e pazienti con malattie rare	1		100%	
Organizzazione eventi aziendali	Produzione documentazione	1			100%
Organizzazione incontri multidisciplinari sovra-aziendali per gestanti con malformazioni fetali cardiache ed extra-cardiache	Numero di sedute di counselling	1			100%
Partecipazione a incontri multidisciplinari sovra-aziendali per gestanti con malformazioni fetali cardiache ed extra-cardiache	Partecipazione a sedute di counselling	2			100%
Partecipazione ai programmi di Formazione per i futuri medici di Medicina Generale.	Relazione	1			100%
Partecipazione del 50% degli operatori a ciascun momento formativo organizzato dalla Direzione DDP	Partecipazione all'evento	2			100%
Percorso Attuativo Certificabilità	Revisione del manuale delle procedure amministrativo contabili	1			100%
Piano Aziendale per la prevenzione e repressione	Aggiornamento e pubblicazione del	1			100%

Obiettivo	Indicatore	N. UO	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
della corruzione	documento e delle misure organizzative				
Piano di Riordino della Rete di Emergenza-Urgenza (DGR 1933/2016)	Applicazione	1			100%
Potenziamento attività di controllo	Controllo condizioni igieniche degli edifici ad uso scolastico e ricreativo /asili nido - micronido - scuole dell'infanzia - scuola primaria di 1° grado - triennale (2° anno)	3			100%
Potenziamento attività di controllo della sicurezza alimentare	caseifici riconosciuti e registrati controllati / totalità caseifici riconosciuti e registrati	3			100%
Potenziamento attività di controllo della sicurezza alimentare	centri imballaggio uova controllati semestralmente / totalità centri di imballaggio	6			100%
Potenziamento attività di controllo. Verifica adempimenti LR n.9/2017 inerente la nuova disciplina dell'accreditamento istituzionale	strutture sanitarie accreditate verificate / totale strutture sanitarie accreditate	3			100%
Potenziamento attività di controllo. Verifica adempimenti LR n.9/2017 inerente la nuova disciplina dell'accreditamento istituzionale	strutture socio-sanitarie accreditate verificate / totale strutture socio-sanitarie accreditate	3			100%
Potenziamento controlli ufficiali sulle strutture di cure veterinarie	ambulatori e cliniche veterinarie controllate / tot. ambulatori e cliniche veterinarie autorizzate	3			100%
Potenziamento del controllo ufficiale sui mangimifici e determinazione del profilo di rischio dello stabilimento	mangimifici controllati / totale mangimifici	3		33%	67%
Potenziamento dell'attività di prevenzione del rischio correlato alle attività lavorative	Monitoraggio delle prescrizioni/limitazioni dei giudizi di idoneità per ogni P.O.	1		100%	
Potenziamento delle azioni relative al contrasto della corruzione ed al rispetto della trasparenza amministrativa	Implementazione delle misure preventive mirate alla riduzione del rischio corruzione, per le attività specifiche di U.O.C. come previsto dal PTPRC vigente	18		17%	83%
Potenziamento delle azioni relative al contrasto della corruzione ed al rispetto della trasparenza amministrativa	Presentazione proposta di aggiornamento delle misure preventive mirate alla riduzione del rischio corruzione, per le attività specifiche di U.O.C. come previsto dall'Allegato B del PTPRC aziendale vigente, entro il 19 gennaio 2018	1			100%
Potenziamento screening oncologici	Estensione: % donne invitate allo screening cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25-64 aa)	1			100%
Potenziamento screening oncologici	Estensione: % donne invitate allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (50-69 aa)	1		100%	
Potenziamento screening oncologico	Esecuzione Screening mammografico secondo programma del Dipartimento di Prevenzione	4		100%	
Potenziamento screening oncologico (solo per P.O. Molfetta)	Esecuzione Screening mammografico secondo programma del Dipartimento di Prevenzione	1		100%	
Predisposizione di un piano mirato per la sicurezza nelle aree portuali nell'ambito del progetto BRIC con l'Istituto Superiore "Sant'Anna" di Pisa	Adozione del piano mirato alla sicurezza delle aree portuali	3			100%
Predisposizione di una procedura per la gestione dei software ricevuti in donazione o in comodato d'uso	Redazione della procedura	1	100%		
Predisposizione Obiettivi di budget per ciascuna struttura complessa e/o centro di responsabilità	Elaborazione schede Obiettivi 2019	1			100%
Prevenzione della patologia muscoloscheletrica	Istituzione e avvio di un Gruppo di lavoro per l'analisi del rischio MSK nella ASL BA	1			100%
Prevenzione della patologia muscoloscheletrica	Istituzione e avvio di un Gruppo di lavoro per l'analisi del rischio MSK nella ASL BA	9			100%
Prevenzione delle patologie muscoloscheletriche negli operatori sanitari	Istituzione e avvio di un Gruppo di lavoro per l'analisi del rischio MSK nella ASL BA	1			100%
Prevenzione e promozione del Benessere psicologico	Incontri di Informazione/Coinvolgimento territorio (es.Scuole, Enti etc) su tematiche riguardanti la Salute Mentale con particolare	1			100%

Obiettivo	Indicatore	N. UO	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
	riferimento a problematiche di disagio giovanile				
Prevenzione malattie suscettibili di vaccinazione	Chiamata attiva per IPV (quinta dose) coorte di nascita 2000	3			100%
Prevenzione rischi individuali	Indizione Gara per la fornitura di tutti i Dispositivi di protezione individuale e collettiva	3			100%
Procedura Acquisto Arredi Sanitari	Indizione gara	1			100%
Procedura Acquisto Ventilatori	Aggiudicazione gara	1		100%	
Produzione scientifica	Articoli scientifici e/o pubblicazioni	1			100%
Progettazione e realizzazione di un evento formativo sul contrasto alla corruzione e sul rispetto della trasparenza amministrativa, a favore di tutto il personale della Dirigenza e del Comparto	personale della Dirigenza e del Comparto formato / totale personale della Dirigenza e del Comparto	1			100%
Progetti per l'Informatizzazione/Comunicazione mediante utilizzo Fondi Finalizzati (FESR, POR ecc.)	Predisposizione Capitolati/Progetti	1			100%
Progetto Autismo	Monitoraggio dell'attività assistenziale erogata dalla Struttura Riabilitativa Convenzionata "S. Agostino" relativa al 100% dei pazienti inviati	1			100%
Progetto Autismo	Relazione al Direttore Sanitario sul monitoraggio dell'attività assistenziale erogata dalla Struttura Riabilitativa Convenzionata "S. Agostino" ai pazienti inviati dalla NPJA	1			100%
Progetto di Informatizzazione dell'S.P.P.	Acquisizione e attivazione del software di gestione entro il 2018	2		50%	50%
Progetto di informazione/formazione sull'epilessia con le scuole medie e superiori	Proposta di progetto "Epilessia nella scuola" per convenzione con Provveditorato agli Studi	1	100%		
Progetto MAPO	Avvio formazione su PP.OO. Murgia e Putignano Completamento formazione e applicazione sugli altri PP.OO. (tranne Triggiano e Terlizzi)	1		100%	
Progetto Regionale "Screening molecolare prenatale non invasivo: validazione clinica e modelli di implementazione"	Rispetto fase II del cronoprogramma	1			100%
Programma Aziendale per la Trasparenza e relativo Albero	Aggiornamento e pubblicazione del documento e delle misure organizzative	1			100%
Promozione della Salute	Campagna di comunicazione per la diffusione degli screening oncologici (cervice, mammella e colon)	1			100%
Promozione della sicurezza nutrizionale al fine di ridurre i disordini di carenza iodica	Controlli mirati al rilevamento della presenza di sale iodato presso i punti vendita	3			100%
Promozione della sicurezza nutrizionale al fine di ridurre i disordini di carenza iodica	Controlli mirati al rilevamento della presenza di sale iodato presso la ristorazione collettiva	3		33%	67%
Proporzione di neonati sottoposti a screening audiologico neonatale	N° di neonati sottoposti a screening audiologico neonatale/N° tot. Di bambini nati vivi	5			100%
PRP 2014 - 2018 Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: piani mirati di Vigilanza sugli obblighi aziendali per la valutazione dei rischi e l'adozione delle misure di prevenzione in agricoltura	Numero di aziende agricole o zootecniche con dipendenti vigilate nell'anno	1		100%	
PRP 2014 - 2018 Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: piani mirati di Vigilanza sugli obblighi aziendali per la valutazione dei rischi e l'adozione delle misure di prevenzione in edilizia	Percentuale di cantieri ispezionati sul territorio aziendale/Tot. Cantieri notificati sul territorio aziendale nell'anno precedente	1			100%
PRP 2014 - 2018 Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro:effettare piani Mirati di Vigilanza sugli obblighi aziendali per la valutazione dei rischi e l'adozione delle misure di prevenzione in agricoltura	Numero di aziende agricole o zootecniche con dipendenti vigilate nell'anno	1			100%
PRP 2014 - 2018 Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro:effettare piani Mirati di Vigilanza sugli obblighi	Percentuale di cantieri ispezionati sul territorio aziendale/Tot. Cantieri notificati sul	1			100%

Obiettivo	Indicatore	N. UO	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
aziendali per la valutazione dei rischi e l'adozione delle misure di prevenzione in edilizia	territorio aziendale nell'anno precedente				
PRP 2014 - 2018 Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: monitoraggio del rispetto delle condizioni di sicurezza nelle aziende - piano cancerogeni	Numero di aziende verificate sul rischio cancerogeni	1			100%
PRP 2014 - 2018 Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: monitoraggio del rispetto delle condizioni di sicurezza nelle aziende - piano cancerogeni	Numero di aziende verificate sul rischio cancerogeni	1			100%
PRP 2014-2018 Salute e sicurezza luoghi di lavoro: piani mirati di Vigilanza su obblighi aziendali per valutaz. dei rischi e adozione delle misure prevent. In edilizia	Percentuale di cantieri ispezionati sul territorio aziendale/Tot. Cantieri notificati sul territorio aziendale nell'anno precedente	1			100%
PRP 2014-2018 Salute e sicurezza luoghi di lavoro: piani mirati di Vigilanza sugli obblighi aziendali per valutaz. rischi e l'adozione misure prevent. in agricoltura	Numero di aziende agricole o zootecniche con dipendenti vigilate nell'anno	1			100%
PRP 2014-2018 Salute e sicurezza luoghi di lavoro: monitoraggio del rispetto delle condizioni di sicurezza nelle aziende - piano cancerogeni	Numero di aziende verificate sul rischio cancerogeni	1			100%
Punti di ascolto DCA a cura dell'Associazione familiari ed utenti DCA	Sostegno a punto di ascolto attivato da associazione. Avvio nuovo solo dopo disponibilità ed assegnazione di finanziamento dedicato	1			100%
Raggiungimento standard adeguati di formazione nell'ambito della sicurezza alimentare	% del Personale addetto al C.U. formato entro l'anno nei percorsi formativi 1 e 2 previsti al capitolo 2 dello Standard di Funzionamento dell'Intesa Stato-Regioni del 07.02.13	9		11%	89%
Razionalizzazione e concentrazione lavorazione Emocomponenti	Realizzazione Centro lavorazione emocomponenti	4		100%	
Realizzazione nuovo Ospedale Monopoli-Fasano	Ricerca residui bellici ed espanto ulivi Cantierizzazione lavori	1	100%		
Redazione D.V.R., Documento di Valutazione dei Rischi Incendio, Redazione Piano di Emergenza nei Dipartimenti Territoriali	N. Edizioni per documento per sede/Struttura	1			100%
Redazione D.V.R., Documento di Valutazione dei Rischi Incendio, Redazione Piano di Emergenza nei Distretti	N. Edizioni per documento per sede/Struttura	1		100%	
Regolamentazione aziendale in tema di codice di comportamento aziendale	Almeno 2 documenti per le Aree e basso/medio/alto rischio	1		100%	
Regolamentazione aziendale in tema di prevenzione e repressione della corruzione	Almeno 2 documenti per le Aree e basso/medio/alto rischio	1		100%	
Regolamentazione aziendale in tema di trasparenza	Almeno 2 documenti per le Aree e basso/medio/alto rischio	1		100%	
Revisione e Miglioramento delle Procedure per l'inserimento dei pazienti autori di reato nelle CRAP dedicate	Revisione documento	9			100%
Revisione e Miglioramento delle Procedure per l'inserimento dei pazienti nelle strutture riabilitative	Revisione del documento	7			100%
Revisione sistematica delle procedure amministrative	Regolamento per la definizione dei compensi degli avvocati interni	1		100%	
Riabilitazione ex art 26 (Strutture private)	Verifica correttezza procedure autorizzative - Aderenza al piano riabilitativo	1			100%
Riabilitazione ex art. 25 L 833/1978: appropriatezza prescrittiva	N° prescrizione/Tot prescrizioni	1			100%
Ricognizione del contenzioso aziendale al fine di una corretta valutazione del fondo rischi aziendale e fondo gestione diretta e gestione liquidatoria	Report trimestrale per CE infra annuali	1			100%
Ricognizione delle liquidazioni arretrate per parcelle avvocati e per atti giudiziari	Report annuale	1		100%	
Ricognizione fitti attivi e Regularizzazione fascicoli immobili da reddito in proprietà e comodato d'uso	Completamento attività	1		100%	
Riconciliazione crediti/debiti con i Comuni	Riconciliazione partite creditorie e debitorie con i Comuni, eventuale definizione delle pendenze, stralcio e/o quantificazione del fondo svalutazione crediti	1			100%

Obiettivo	Indicatore	N. UO	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
Ricostituzione anagrafica aziendale Beni Economici	Relazione	1			100%
Riduzione costi	costi utilizzo mezzo proprio 2018 / costi utilizzo mezzo proprio 2017	13	8%	38%	54%
Riduzione degli importi da liquidare arretrati	Quantum richiesto/Quantum pagato	1		100%	
Riduzione del consumo di emazie	Elaborazione di un Protocollo condiviso con le U.O. Cliniche sull'utilizzo delle unità di sangue da sottoporre al COBUS	4	100%		
Riduzione del consumo di emoderivati	Elaborazione di un Protocollo condiviso con le U.O. Cliniche sull'utilizzo del Plasma da sottoporre al COBUS	4	100%		
Riduzione del ricorso al Parto Cesareo	% parti cesarei rispetto al totale dei parti	5		40%	60%
Riduzione tempi di attesa per visite di genetica medica programmabili	Dimezzamento dei tempi di attesa per visita ambulatoriale	1			100%
Rilevazione gradimento dell'utenza	n° questionari per la rilevazione della qualità percepita somministrati all'utenza	18		17%	83%
Rilevazione, correzione e validazione ed invio dei flussi ministeriali di competenza UOSE nel rispetto delle scadenze (Modelli NSIS)	Relazione	1			100%
Rilevazione, correzione, validazione ed invio dei flussi regionali di competenza UOSE nel rispetto delle scadenze (CEDAP, ISTAT D.11, ISTAT D.12, ISTAT D.14)	Attestazione trimestrale di adempimento agli obblighi informativi	1			100%
Riorganizzazione percorso Nascita	Completamento procedure interne attuative del Protocollo Operativo di cui alla DGR N. 1933/2016	1			100%
Riorganizzazione percorso Nascita	Rispetto Cronoprogramma di cui alla DGR n. 2198/2016	1			100%
Rispetto del vincolo di budget per prestazioni aggiuntive	Spesa Sostenuta /Budget Assegnato	2			100%
Rispetto delle scadenze per l'invio informatico dei flussi ministeriali di competenza UOSE Art 50 lex della legge 326/2003	Atti	1			100%
Sanità digitale	Protocollo per la gestione della Cartella Clinica informatizzata nel rispetto della Legge sulla Privacy	1			100%
Sanità Digitale - Efficienza organizzativa	Utilizzo cartella clinica informatizzata	8		13%	88%
Screening prevenzione carcinoma cervice uterina	Avvio diagnostica molecolare per HPV	1	100%		
Semplificazione e standardizzazione delle indagini propedeutiche agli esami di II livello con mdc	Elaborazione del Protocollo condiviso con altre UU.OO.	6		100%	
Semplificazione e standardizzazione delle indagini propedeutiche agli esami di II livello con mdc e radiofarmaci	Elaborazione del Protocollo condiviso con altre UU.OO.	1		100%	
Sensibilizzazione allo screening infettivologico	Pazienti non ancora sottoposti a screening periodico vengono indirizzati ai servizi di Patologia Clinica	3		67%	33%
Sensibilizzazione verso stakeholder esterni alle tematiche dell'Anticorruzione e Trasparenza	Verbale incontri	1		100%	
Sicurezza degli operatori rispetto all'aggressività e alla violenza degli utenti	Relazione trimestrale del Direttore OUC in riferimento agli eventi sentinella dell'aggressività	2			100%
Sorveglianza BSE dei Bovini di età 48 mesi morti in allevamento	prelievi obex/sul totale prelevabile	3			100%
Spending review	Costo annuo per acquisto Servizi	1			100%
Spending review	Riorganizzazione Servizi di Telefonia	1			100%
Supporto ad AGRF esecuzione titoli gestione liquidatoria	Trasmissione trimestrale all'AGRF Fondo Rischi vertenze giudiziarie gestione liquidatoria	1			100%
Supporto all'OIV per la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget annuale (Relazione del Presidente del Nucleo di Valutazione)	Partecipazione agli incontri e supporto operativo	1			100%
Svil. ed implement. di sist. informativo per monitoraggio aspetti qualitativi controlli effettuati sul territorio, coerente con il sist. di monitoraggio	Adozione del sistema informativo dedicato alla qualità delle prestazioni di controllo rese sul territorio	1			100%

Obiettivo	Indicatore	N. UO	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
performance aziendale					
Sviluppo competenze	Organizzazione e realizzazione di un corso abilitante alla vendita di prodotti fitosanitari	3			100%
Sviluppo competenze	Organizzazione e realizzazione di un corso per ristoratori ed albergatori, in materia di celiachia ed alimentazione senza glutine	3			100%
Sviluppo cultura benchmarking	Redazione Relazione sanitaria anno 2017 entro il 15 Aprile 2018	1		100%	
Technology assessment	Analisi costo/efficacia su devices ad alto costo	1		100%	
Tempestiva compilazione e chiusura delle schede AIFA a fine trattamento	Numero di schede relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	1	100%		
Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	Alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	15		100%	
Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	Liquidazione e trasmissione all'AGRF dei provvedimenti di liquidazione	1			100%
Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	Num. Giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	28		57%	43%
Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	Trasmissione bolle caricate in Euis alla Direzione Amministrativa nei modi e tempi utili all'alimentazione software WCP	5	20%		80%
Tempestività nella registrazione degli scarichi di beni sanitari	Registrazione scarichi entro un mese dalle chiusure trimestrali	1			100%
Tempestività nella registrazione degli scarichi di beni sanitari alle UU.OO.	Registrazione scarichi entro un mese dalle chiusure trimestrali	5		40%	60%
Terapia del dolore cronico oncologico e non oncologico	N. pazienti trattati in ambulatorio di terapia del dolore	3		33%	67%
Trattamento non invasivo delle gravi insufficienze respiratorie	Numero di ricoveri in UTI per gravi insufficienze respiratorie	3		33%	67%
Utilizzo del Sistema Informatico per la Registrazione diretta dei pazienti esenti ticket nelle UU.OO.	Percentuale pazienti esenti registrati	114		1%	99%
Utilizzo del Sistema Informatico per la Registrazione diretta dei pazienti esenti ticket nelle UU.OO.	Report trimestrale sul Monitoraggio sull'uso sistematico della Registrazione diretta dei pazienti esenti ticket nelle UU.OO.	7		14%	86%
Utilizzo Fondi Anti-incendio FSC	Cantierizzazione presso PP.OO. "San Paolo", "Di Venere" e Putignano	1		100%	
Utilizzo Fondi FESR 2014-2020	Predisposizione capitolati tecnici dopo la sottoscrizione dei relativi disciplinari con la Regione Puglia	1			100%
Utilizzo Fondi FESR 2014-2020	Raggiungimento del target degli Obiettivi Regionali	1			100%
Valutazione della qualità percepita ai sensi della DGR 300/2016	Analisi dei questionari compilati nei PP.OO. E nei Distretti	1		100%	
Valutazione dosimetri individuali	Relazione sullo scostamento dosi rilevate e dosimetri restituiti e non restituiti da inviare alle DPO	1	100%		
Valutazione e predisposizione con monitoraggio di PTR residenziali riabilitativi DCA di competenza ASL BA (compreso proroghe)	Relazione specialistica finale su PTR residenziali/utenti 2017 e confronto aa precedenti	1			100%
Valutazioni medico legali per responsabilità professionali su richieste SBL	N. pareri redatti entro 90 giorni sul totale	1			100%
Verifica congruità protocollo Regionale IMA-SCA in Strutture Private e EEMiulli	verbale di congruità	1			100%
Verifica di prestazioni ambulatoriali in Day Service SDA in IRCSS Maugeri + EEMiulli	numero SDA verificate/numero SDA pervenute	1			100%
Verifica di prestazioni ambulatoriali in Day Service SDA in Strutture Osped. Private	numero SDA verificate/numero SDA pervenute	1			100%
Verifica di prestazioni ambulatoriali in Day Service SDA in Strutture Pubbliche a gestione diretta	numero SDA verificate/numero SDA pervenute	1			100%