

Piano Triennale della Performance – Sottosezione 2.2 del:

**PIANO INTEGRATO ATTIVITA' E  
ORGANIZZAZIONE  
PIAO  
AZIENDA SANITARIA LOCALE BT  
Anni 2025 – 2027**

*ai sensi art. 6 del Decreto Legge n. 80/2021, convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113  
approvato con deliberazione n. 146 del 31/01/2025)*

## Sommario

SEZIONE 1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE.....	3
SEZIONE 2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	5
Sottosezione 2.1 - Valore Pubblico .....	5
Sottosezione 2.2 - Performance .....	19
Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e Trasparenza ..	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
SEZIONE 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
Sottosezione 3.1 - Struttura Organizzativa .....	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
Sottosezione 3.2 - Organizzazione del Lavoro Agile	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
Sottosezione 3.3 - Piano Triennale del Fabbisogno di Personale e Formazione.....	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
SEZIONE 4 MONITORAGGIO .....	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
Allegati P.I.A.O. 2025 - 2027 .....	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>

## SEZIONE 1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

L'Azienda Sanitaria Locale BT, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 1-bis, del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, è costituita in Azienda con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale.

Il Sito Istituzionale è il seguente: <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-barletta-andria-trani/>, accessibile attraverso la consultazione del Portale Regionale della Salute della Regione Puglia <https://www.sanita.puglia.it/homepugliasalute> - Sezione "Sistema Sanitario Pugliese".

L' Azienda Sanitaria Locale BT ha sede legale in Andria, via Fornaci n. 201, Codice Fiscale 90062670725 e Partita IVA 06391740724. Il Legale Rappresentante dell'Azienda è il Direttore Generale pro - tempore.

Con la **L.R. del 28.12.2006 n.39** la Regione Puglia, nelle norme per il contenimento della spesa sanitaria, ha modificato gli ambiti territoriali delle Aziende Sanitarie Locali esistenti (art.5) riducendole ad una per ciascuna delle Provincie e con nuova denominazione: Bari (ASL BA), Barletta – Andria – Trani (ASL BAT ora BT), Brindisi (ASL BR), Lecce (ASL Lecce), Foggia (ASL FG) e Taranto (ASL TA); le preesistenti ASL, di seguito incorporate nel processo di fusione, perdevano la personalità giuridica dal 1° gennaio 2007.



La costituzione di un'Azienda ASL su base provinciale ha inteso perseguire obiettivi collegati sia alle prospettive di sviluppo e di ulteriore qualificazione del sistema di servizi delle Aziende USL preesistenti, sia all'equilibrio economico dell'intero Servizio Sanitario Regionale.

L'Azienda ha come **scopo** la promozione e la tutela della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente e comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio ambito territoriale, per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo i livelli essenziali di assistenza come previsto dalla normativa nazionale e regionale. L'Azienda concorre, inoltre, alla realizzazione della più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione, anche integrando i servizi sociali e socio-assistenziali degli enti locali di pertinenza per quanto espressamente previsto o delegato.

L'Azienda, per la realizzazione del proprio scopo, assume quali **principi guida**: il "*rispetto della persona*" e la "*centralità del cittadino*", in quanto titolare del diritto alla salute; l'equità, la trasparenza e l'etica professionale; la tutela della privacy; la qualità clinico-professionale e la gestione del rischio individuale e collettivo; l'appropriatezza e l'adozione di strumenti che favoriscano la valutazione dei servizi e la partecipazione alle scelte assistenziali da parte dei cittadini; la sostenibilità economica e finanziaria.

Nell'attuale contesto socio economico nazionale e regionale, i principali capisaldi del Mandato istituzionale dell'Azienda riguardano la **sostenibilità economico finanziaria**, lo **sviluppo in efficacia, efficienza e qualità dei servizi**, l'**innovazione tecnologica e organizzativa**.

## SEZIONE 2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

### ***Sottosezione 2.1 - Valore Pubblico***

#### **VALORE PUBBLICO**

La ASL BT persegue le finalità di promozione e tutela della salute, per la salvaguardia e il recupero dello stato di benessere psicofisico fornendo prevalentemente e direttamente a cittadini tutte le prestazioni sanitarie in regime di emergenza-urgenza e programmate secondo quanto atteso dai LEA (Livelli Essenziali di Assistenza definiti in sede regionale e nazionale) e a cittadini e imprese le attività volte alla prevenzione, al controllo e al supporto al tessuto produttivo territoriale attraverso i propri servizi/strutture o, alternativamente, acquistando le prestazioni fornite da strutture pubbliche o private accreditate che operano sotto il controllo del Sistema Sanitario Nazionale (SSN).

La salute è riconosciuta universalmente essere un bene primario che assurge a diritto fondamentale della persona ed impone piena ed esaustiva tutela. Da questa premessa discende che creare "Valore Pubblico" significa aumentare il benessere dei cittadini/utenti, del personale e degli stakeholder sul territorio in senso ampio.

Creare Valore Pubblico significa quindi riuscire ad utilizzare le risorse a disposizione programmando la propria attività con efficienza, economicità ed efficacia, per la tutela la promozione della salute, sviluppando una rete integrata di servizi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione e una rete di servizi socio-sanitari in ambito ospedaliero, ambulatoriale e domiciliare.

Nell'attuare i suoi compiti la ASL BT è guidata dai principi fondamentali e dai criteri ispiratori riconducibili ai LEA (Livelli Essenziali di assistenza), che prescrivono le attività, i servizi e le prestazioni garantite ai cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione del Servizio sanitario nazionale.

L'A.S.L. ispira il proprio funzionamento secondo i seguenti **principi** fondamentali :

- il rispetto della dignità umana;
- l'equità delle condizioni di accesso e omogenea distribuzione dei servizi sul territorio dell'azienda;
- l'etica professionale;
- la centralità dell'utente, intesa come punto di riferimento per la rilevazione del bisogno di salute

I **criteri** a cui si ispira il funzionamento dell'azienda per creare il valore pubblico sono :

- la trasparenza interna ed esterna, nel rispetto delle normative a tutela delle informazioni e dei dati, per una migliore comprensione delle scelte aziendali da parte degli interlocutori interni ed esterni;
- l'organizzazione e la formalizzazione dei processi di analisi, valutazione, decisione e monitoraggio anche quale presupposto per la prevenzione dei rischi corruttivi;
- l'utilizzo prioritario nei processi decisionali di evidenze esplicite e costante orientamento allo sviluppo e all'utilizzo dei criteri di misurazione della performance, dei risultati produttivi e dei processi produttivi stessi;
- l'orientamento alla flessibilità e al miglioramento continuo;



- lo sviluppo di metodiche lavorative che favoriscano la revisione dei processi produttivi di carattere amministrativo favorendo, nel rispetto dei principi di efficienza ed efficacia dell'azione dell'amministrazione, il cd Lavoro Agile, ove consentito dalla norma, con conseguente riduzione degli spostamenti degli operatori, riduzione dei consumi e contestuale miglioramento della qualità della vita soprattutto per chi risiede lontano dalle strutture aziendali;
- il rispetto della "Parità di genere" già ampiamente evincibile in tutte le attività e in tutti gli incarichi aziendali;

Gli obiettivi di "valore pubblico" vanno ricercati, in accordo con la logica di costruzione del PIAO, attraverso una visione strategica che detti le linee di una ponderata pianificazione delle risorse umane economiche e strumentali, un efficiente e coerente sistema di misurazione e valutazione della "performance dell'amministrazione" e un sistema di prevenzione della corruzione e tutela della trasparenza che, operando in stretto collegamento, rappresenti il garante della legalità e accessibilità alle informazioni.

Per programmare le attività e dar corso alla strategia per la creazione del valore pubblico ASL persegue i **suoi Obiettivi** strategici nel rispetto e promozione dei **valori sociali** individuati, declinabili come:

- qualità clinico-assistenziale;
- appropriatezza organizzativa;
  - coinvolgimento e la qualificazione continua delle risorse umane, da sostenere attraverso la formazione ed il costante aggiornamento anche sulle tematiche inerenti il *project management*, la gestione del rischio e la revisione organizzativa, utili anche per la prevenzione della corruzione;
  - gestione responsabile delle risorse;
  - organizzazione efficiente e razionale del lavoro;
  - attenzione alla dimensione relazionale improntata alla collaborazione ed all'ascolto reciproco tra personale sanitario, pazienti e loro familiari;
  - tutela di salute e sicurezza sul lavoro anche attraverso idonei strumenti organizzativi;
  - sviluppo dei processi di comunicazione e informazione, riconoscendone la valenza strategica, rivolta agli interlocutori esterni e interni, finalizzati ad illustrare i servizi e le attività offerte dall'Azienda e la loro fruibilità;
  - semplificazione e trasparenza dell'azione amministrativa, prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità;
  - mantenimento dello stato dell'arte ed evoluzione della dimensione tecnologica ed organizzativa

Alla luce delle evidenze gli **obiettivi strategici relativi al triennio 2025-2027** sono volti a garantire:

- la continuità con quelli individuati nei mandati precedenti ed inerenti il soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione e le attese degli stakeholder;
- la realizzazione dei progetti finanziati dal PNRR anche per lo sviluppo dei servizi sanitari di prossimità sviluppando o reingegnerizzando strutture idonee individuate.
- il perseguimento degli obiettivi fissati dalla Regione Puglia;
- la riorganizzazione dell'offerta ospedaliera volta all'aumento della capacità attrattiva nei confronti dei professionisti e degli assistiti;
- un incremento del livello di complessità ambulatoriale con percorsi dedicati in particolari situazioni clinico-assistenziali;

- l'ottimizzazione dei processi di presa in carico dei pazienti provenienti dal pronto soccorso limitando il così detto *boarding*;
- investimenti in nuove tecnologie per il mantenimento allo stato dell'arte del livello di modernità ed evoluzione;
- garanzia, attraverso le attività manutentive e di pronto intervento tecnico effettuate sui beni immobili gestiti dall'ASL, del corretto funzionamento di impianti e strutture, direttamente correlate con lo svolgimento delle attività sanitarie;
- ridefinizione dei percorsi assistenziali con utilizzo di tecnologia digitale;

Gli ambiti regionali di intervento strategico individuati risultano alla data essere:

- perseguire le indicazioni nazionali inerenti il contenimento della spesa farmaceutica, le campagne vaccinali e gli interventi preventivi;
- migliorare la mobilità e liste di attesa;
- provvedere all'assunzione del personale necessario per far fronte al *turn over* ;
- garantire continuità assistenziale Ospedale – Territorio, per una maggior efficienza, tramite una riorganizzazione gestionale di presa in carico dei pazienti, di percorsi dimissioni complesse facilmente fruibili, di servizi di cura per sub-acuti e post-acuti diversificati tra domicilio e ospedale, di nuovi percorsi di offerta (es: posti letto cure intermedie);
- recuperare le prestazioni sospese e liste d'attesa ed ottimizzare la presa in carico degli utenti con un focus su quelli di Pronto Soccorso.

Alla pianificazione strategica segue un'attenta programmazione per obiettivi operativi specifici e di obiettivi operativi trasversali .

Nell'ambito degli **obiettivi operativi** le strategie vengono declinate in obiettivi assegnati alle singole strutture attraverso lo strumento del Budget. In alcuni casi gli obiettivi sono formalizzati in termini di scadenze, in altri sono misurati attraverso indicatori specifici. Tramite il Budget, secondo una logica top-down, gli obiettivi strategici aziendali vengono declinati a livello di singole strutture operative e, attraverso la produzione di reportistica, l'andamento della gestione viene monitorato al fine di porre in essere tempestivamente eventuali correttivi in caso di criticità o scostamenti dai programmi.

Anche gli **obiettivi operativi trasversali** come la semplificazione, la digitalizzazione, la piena accessibilità, le pari opportunità e l'equilibrio di genere, la produzione di una comunicazione esterna e interna sono efficaci e funzionali alle strategie di generazione del Valore Pubblico.

Per sostenere e tutelare gli obiettivi di Valore pubblico, l'Azienda programma anche misure, specifiche e generali, di gestione dei rischi corruttivi e della trasparenza, di miglioramento della salute organizzativa adeguando l'organizzazione alle strategie pianificate e innovando le metodologie di Lavoro Agile e della salute professionale.

In questo contesto si evidenzia la costituzione del "Servizio Ispettivo aziendale" che, ai sensi dell'art.1, comma 62, della Legge 23 dicembre 1996 n. 662 e ss.mm.ii., svolge attività dirette ad accertare l'osservanza delle disposizioni in materia di incompatibilità del rapporto di lavoro, a tempo pieno e a tempo parziale, di divieto di cumulo di impieghi e incarichi relativamente al personale dipendente, anche a tempo determinato, e al personale Convenzionato.

Anche la promozione del benessere organizzativo costituisce un *asset* importante per lo sviluppo di valore pubblico nel contesto della propria organizzazione. Gli interventi dell'ASL BT per il raggiungimento di un adeguato livello di benessere organizzativo sono rivolte a:

- favorire il confronto e la condivisione delle conoscenze, realizzando all'interno dell'Azienda la più ampia informazione ai diversi livelli organizzativi, come nell'ambito del **"Comitato Unico di**



**Garanzia per le pari opportunità, la non discriminazione, il benessere di chi lavora**”( costituito ex art. 57, comma 3 , del D:Lgs. N. 165/2001) sulle scelte programmatiche, sugli indirizzi, sugli atti normativi e organizzativi, sui processi di sperimentazione e innovazione, in modo da promuovere e supportare lo sviluppo del sistema aziendale;

- promuovere l'apporto alle scelte aziendali e la responsabilizzazione dei dirigenti, dei professionisti e degli operatori a tutti i livelli, in relazione ai rispettivi compiti e ruoli;
- creare un clima di collaborazione e condizioni di contesto favorevoli per facilitare la progettazione, l'attuazione e il sostegno degli interventi di cambiamento e miglioramento.

Le suddette azioni sono volte a realizzare all'interno dell'Azienda le pari opportunità per tutti i lavoratori nonché quelle dirette a contrastare le situazioni di mobbing e discriminazione. Adotta, pertanto, politiche e stili relazionali improntati alla lealtà, alla chiarezza e alla trasparenza dei propri comportamenti, nonché al costante coinvolgimento delle organizzazioni sindacali, nel rispetto della normativa prevista nei vigenti contratti di lavoro e delle funzioni e responsabilità proprie dei sindacati.

## **PIANO AZIONI POSITIVE**

La direttiva n.2/2019 "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche", richiamando l'articolo 48 del d.lgs. n.198/2006, ribadisce che le amministrazioni pubbliche devono predisporre Piani triennali di azioni positive "tendenti ad assicurare la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità sul lavoro".

Nel corso del 2024 sono state organizzate iniziative, anche in collaborazione con la rete regionale dei CUG, volte a sostenere i tre macroobiettivi del PAP della Asl Bt deliberato nel 2021:

- 1) **Pari opportunità**
- 2) **Valorizzazione del benessere**
- 3) **Contrasto alle discriminazioni**

Nel corso del 2025 ogni macro obiettivo sarà declinato in singole azioni:

### **OBIETTIVO 1. PARI OPPORTUNITA'**

#### **Azione 1. Sensibilizzazione su attività obiettivi e materie di competenza del Cug**

**Obiettivo:** Condividere con i dipendenti informazioni di dettaglio sul Cug, sulle sue funzioni e sui suoi compiti, nonché sulle materie di competenza.

**Strutture coinvolte:** Cug, Formazione

**Monitoraggio e indicatori:** Numero di giornate di form azione organizzate, numero di dipendenti formati.

#### **Azione 2. Adozione di un linguaggio rispettoso delle differenze di genere**

**Obiettivo:** Adozione di un linguaggio corretto, rispettoso delle differenze di genere in tutti i documenti (atti, regolamenti, delibere e determine) attraverso la revisione dei documenti in uso e la predisposizione di linee-guida da condividere con tutti i dipendenti della Asl.

**Strutture coinvolte:** Cug, UOSVD Affari Generali, Area del Personale

**Monitoraggio e Indicatori:** Numero di documenti revisionati e pubblicati nella rete intranet aziendale; predisposizione e pubblicazione delle linee guida

#### **Azione 3. Individuazione di un Responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità**

**Obiettivo:** Promuovere e sostenere l'individuazione del Responsabile dei Processi di inserimento delle persone con disabilità al fine di favorire e facilitare l'inserimento lavorativo dei dipendenti con disabilità nei diversi contesti di lavoro

**Strutture coinvolte:** Area del Personale

**Monitoraggio e indicatori:** Avvio e conclusione della procedura per l'individuazione del Responsabile dei Processi di inserimento delle persone con disabilità; revisione degli inserimenti lavorativi già effettuati al fine di individuare le procedure più idonee a facilitare l'inserimento nei diversi contesti di riferimento.

## **OBIETTIVO 2. VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE**

### **Azione 2. Codice di comportamento, diritti e doveri del dipendente.**

**Obiettivo:** Conoscenza dettagliata del Codice di Comportamento aziendale, dei diritti e dei doveri del dipendente.

**Strutture coinvolte:** RPCT, Area del Personale, Formazione

**Monitoraggio e indicatori:** Numero di giornate di formazione organizzate, numero di dipendenti formati.

### **Azione 3. Accoglienza e presentazione per i nuovi dipendenti**

**Obiettivo:** Organizzare e gestire le fasi di accoglienza dei nuovi dipendenti attraverso la predisposizione di materiale informativo di presentazione dell'azienda, con informazioni sulla articolazione dei servizi e sui contatti di interesse

**Strutture coinvolte:** Area del Personale, UOSVD Informazione e Comunicazione, Affari Generali

**Monitoraggio e indicatori:** Predisposizione del materiale informativo, numero di opuscolo informativi distribuiti

### **Azione 4. Corretti stili di vita**

**Obiettivo:** Orientare i dipendenti verso i corretti stili di vita (alimentazione equilibrata e corretta, attività fisica regolare, benessere psicologico) attraverso eventi divulgativi dedicati al tema, predisposizione di convenzioni con centri sportivi o associazioni sportive o centri per alimentazione equilibrata; sostegno ai centri di assistenza psicologica per dipendenti

**Strutture coinvolte:** Cug, Affari Generali, Area del Patrimonio, Psicologia clinica

**Monitoraggio e indicatori:** Numero convenzioni sottoscritte, numero giornate di divulgazione o di eventi organizzati

### **Azione 5. Conciliazione di tempi vita/lavoro**

**Obiettivo:** Predisposizione di convenzioni con asili nido, centri ricreativi per bambini, centri estivi per garantire un equilibrio tra il tempo di vita e di lavoro dei dipendenti; analisi dei fondi a disposizione per la predisposizione di asili nido o centri ricreativi aziendali

**Strutture coinvolte:** Cug, Affari generali, Area del Patrimonio, Area Tecnica

**Monitoraggio e indicatori:** Numero di convenzioni sottoscritte, numero di contratti con convenzione sottoscritti

### **Azione 6. Liberoteca: dai dipendenti ai pazienti**

**Obiettivo:** Sostenere iniziative di coinvolgimento dei dipendenti sulla gestione condivisa degli spazi di salute attraverso la progettazione e la donazione di libri "dal dipendente al paziente" per creare un legame attraverso la lettura, la condivisione di pensieri e visioni

**Strutture coinvolte:** Cug, Area del Patrimonio, UOSVD Informazione e Comunicazione



ASL BT

PugliaSalute

**Monitoraggio e indicatori:** Redazione e organizzazione del progetto, individuazione di luoghi adatti, numero avvio Liberoteche

#### **Azione 8 L'ambiente è di tutti**

**Obiettivo:** Sensibilizzare i dipendenti alla difesa dell'ambiente attraverso una riflessione sulle piccole grandi azioni quotidiane a tutela dell'ambiente attraverso la realizzazione di campagne di comunicazione dedicate; individuazione di aree verdi adiacenti agli edifici Asl (ospedali, distretti, poliambulatori) attrezzabili

**Strutture coinvolte:** Cug; UOSVD Informazione e Comunicazione

**Monitoraggio e indicatori:** Realizzazione campagna di comunicazione dedicata (poster, vademecum), inserimento sezione dedicata nel Codice del Comportamento del dipendente.

### **OBIETTIVO 3. CONTRASTO ALLE DISCRIMINAZIONI**

#### **Azione 1. Tutela delle lavoratrici gestanti, puerpere o in periodo di allattamento**

**Obiettivo:** Attività di formazione sulla tutela delle lavoratrici gestanti, puerpere o in periodo di allattamento fino a sette mesi dopo il parto sulla base della normativa vigente

**Strutture coinvolte:** R.S.P.P., Servizio di sicurezza e Protezione, Formazione

**Monitoraggio e indicatori:** Numero di dipendenti formate e aggiornate sulla normativa in vigore

## **ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE**

La ASL BT nel corso del 2024 ha dato avvio a un percorso di Change Management con attività specifiche di coordinamento e gestione dei Processi Clinico Organizzativi ed elaborazione e applicazione di modelli organizzativi di Lean Management e di Clinical Governance (miglioramento della qualità e razionalizzazione di risorse) e Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali finalizzati anche a efficientare i percorsi di presa in carico multidisciplinare, la continuità assistenziale ospedale-territorio e la didattica e ricerca inserite nell'ambito della innovazione organizzativa, con produzione e ricerca scientifica in ambito organizzativo anche nel contesto "Ospedale-Università".

Nelle suddette attività rientra il Processo di Accreditamento Istituzionale ai sensi della normativa di riferimento nazionale e regionale (Regolamento Regione Puglia n. 16/2019).

Con DDG n. 2295 del 23.12.2024 è stata approvata una metodologia organizzativa applicata al tema dell'Accreditamento Istituzionale e in particolare all'adeguamento dei processi clinico-organizzativi in relazione agli 8 criteri e 28 requisiti essenziali previsti dalla normativa nazionale (CSR/2012) e regionale in materia (Regolamento Regionale 23 luglio 2019, n. 16 e ss.mm.ii.ad oggetto "Disposizioni in materia di accreditamento - approvazione manuali di accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie") che ha consentito di elaborare e approvare le Griglie di autovalutazione requisiti per la fase PLAN, DO ex Reg. Reg. n. 16/2019.

Il Processo di Adeguamento in tema di Accreditamento dovrà completarsi nel corso del 2025 e, quindi, aggiornarsi periodicamente e continuamente.

L'Accreditamento Istituzionale presuppone, infatti, una attenzione continua alla Gestione dei Processi Clinico-Organizzativi con la realizzazione di modelli che rispondano agli 8 criteri e 28 requisiti essenziali previsti dalla normativa nazionale (CSR/2012) e regionale in materia.

I suddetti processi e modelli organizzativi si concretizzano praticamente in molteplici attività, le seguenti già avviate nel corso del 2024 e in itinere, da perfezionarsi e completarsi nel corrente 2025:

- -istituzione delle Reti Clinico-Assistenziali e dei Team Multidisciplinari operativi con un sistema di monitoraggio puntuale delle attività;
- -implementazione della telemedicina come strumento di innovazione operativo;
- -definizione di percorsi di presa in carico per patologia e di strumenti utili ad assicurare appropriatezza e sicurezza delle cure;
- -coinvolgimento di pazienti e caregiver con la condivisione dei modelli con le Associazioni di Volontariato e con la figura Paziente esperto, nonché con la rilevazione di PREMS e PROMS;
- - implementazione di Didattica e di progetti sperimentali in linea con le esigenze clinico assistenziali e manageriali.

## IL PIANO DI TRASFORMAZIONE DIGITALE

Nell'ottica del miglioramento continuo, il RTD dell'ASL, nominato con Delibera n. **1486 del 08/08/2018** ha proceduto alla realizzazione del **Piano di Trasformazione Digitale dell'ASL BT**, adottato con Delibera n. **2326 del 31/12/2024**.

Il Piano si inserisce nel contesto del programma strategico dell'Unione Europea per il decennio digitale, che mira a migliorare le competenze digitali, le infrastrutture, la trasformazione digitale delle imprese e la digitalizzazione dei servizi pubblici. Il documento delinea l'architettura organizzativa e tecnologica dell'ASL BT, descrivendo le relazioni con i servizi, piattaforme e infrastrutture nazionali e regionali, e fornendo una visione del percorso di evoluzione nel triennio di riferimento.

Il Piano introduce alcuni ulteriori ed importanti elementi connessi sia all'attuazione del PNRR (alcune piattaforme abilitanti, nonché la condivisione di azioni, obiettivi e risultati), e una vigilanza attiva e collaborativa sulle violazioni degli obblighi di transizione digitale, coerentemente al mandato affidato dal CAD ad AGID, oltre alle direttive sulla sicurezza informatica. Include anche riferimenti a normative regionali specifiche della Regione Puglia, come il Piano per la Sanità Elettronica e il Piano Triennale di Riorganizzazione Digitale.

Il Piano mira a raggiungere i seguenti obiettivi:

- Potenziamento dell'accoglienza e centralità dell'assistito
- Dematerializzazione dei processi
- Incremento delle competenze digitali del personale
- Potenziamento della Postura di Sicurezza Aziendale

Il 74% del Piano è finanziato dal PNRR, in particolar modo le missioni che impattano sul Piano sono:

- M6.C2 - 1.1.1**. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione delle strutture ospedaliere DEA -- Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di Livello I e II);
- M1.C1 - 1.2** "Abilitazione e facilitazione migrazione al Cloud";
- M1.C1 - 1.4.3 e 1.4.4** "Servizi e Cittadinanza digitale".

## ACCESSIBILITÀ DIGITALE

Dando seguito a quanto già realizzato negli anni passati sui temi relativi l'accessibilità digitale, questa azienda ha intrapreso nel corso del 2024 le iniziative atte a potenziare l'accessibilità del cittadino. Nello specifico sono state intraprese le seguenti progettualità:

- Digitalizzazione dell'**URP** mediante l'implementazione e *deploy* di un sistema **CRM**;
- Miglioramento del processo di accoglienza;
- Implementazione del sistema **pagOPA** su Cartella clinica con possibilità di pagamento degli episodi di PS attraverso l'uso del codice triage;
- Implementazione di una piattaforma Open Data per valorizzare e rendere disponibile ai cittadini e alle imprese il patrimonio informativo aziendale;
- Implementazione dell'integrazione che consente il conferimento dei referti di radiologia. Tale integrazione permette la consultazione del referto di radiologia dal cittadino su FSE.

Nel corso del **triennio 2025-2027**, al fine di proseguire il potenziamento dell'accessibilità dei servizi in ottica digitale, l'Azienda intende perseguire i seguenti obiettivi mirati al miglioramento dell'accessibilità digitale:

Implementazione e rilascio dell'applicazione per la quale è prevista l'integrazione con l'URP digitale e l'accesso tramite SPID, permetterà al cittadino un migliore accesso ai sistemi di prenotazione e pagamento delle prestazioni. Una migliore gestione dei tempi di attesa attraverso la prenotazione del posto in coda, accesso diretto al portale FSE per il download della documentazione, un supporto utile all'orientamento all'interno delle strutture.

Infatti, con l'applicazione, l'assistito verrà guidato fino al presidio oltre che al suo interno grazie ad apposito sistema di **wayfinding** anche per le persone non vedenti.

Di seguito si riportano gli obiettivi che questa azienda intende traguardare per incrementare i servizi di valore pubblico verso il cittadino:

Obiettivo del Piano	Progetto	Obiettivo valore pubblico
<p><b>Potenziamento dell'accoglienza e centralità del cittadino e imprese</b></p>	<p><b>Accoglienza Digitale:</b> Implementazione di applicazione, integrata con l'URP, per l'accesso ai sistemi di prenotazione e pagamento delle prestazioni. L'applicazione permette il monitoraggio dei tempi di attesa attraverso la prenotazione del posto in coda, accesso diretto al portale FSE per la consultazione ed il supporto utile all'orientamento interno delle strutture con integrazione di un sistema di supporto <i>wayfinding</i> per le persone non vedenti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miglioramento del processo di prenotazione appuntamento presso gli sportelli;</li> <li>• Miglioramento dell'esperienza del cittadino nell'accesso ai servizi offerti.</li> </ul>
	<p><b>URP Digitale:</b> Digitalizzazione dell'URP, con implementazione di un sistema <i>omni-channel</i> che consenta l'accesso 24/7 del cittadino.</p>	<p>Miglioramento dell'esperienza del cittadino nell'interazione con le strutture aziendali (Assistenti virtuali/AI Generativa).</p>



	<p><b>URC (Ufficio Recupero Crediti):</b> Tracciabilità dei flussi finanziari e miglioramento notifiche al cittadino attraverso l'adozione di piattaforme abilitanti;</p> <p><b>pagopa:</b> implementazione del sistema di pagamenti digitali verso la PA</p>	<p>Miglioramento gestione delle risorse finanziarie; potenziamento interazione con il cittadino attraverso l'uso di piattaforme abilitanti (app IO)</p> <p>Agevolazione nel processo di pagamento. Miglioramento della efficienza amministrativa e semplificazione nella gestione dei pagamenti dei servizi pubblici.</p>
<b>Dematerializzazione dei processi</b>	<p><b>Gestione Protesica:</b> Gestione e monitoraggio dei flussi di richiesta protesi.</p>	<p>Maggiore trasparenza nella gestione della protesica.</p>
	<p><b>Open Data:</b> Implementazione di una piattaforma Open Data per valorizzare e rendere disponibile ai cittadini e alle imprese il patrimonio informativo aziendale.</p>	<p>Incremento della trasparenza verso il cittadino.</p>

Di seguito si riportano gli obiettivi che questa azienda intende traguardare per incrementare i servizi di valore pubblico verso il personale aziendale:

Obiettivo del Piano	Progetto	Obiettivo valore pubblico
<b>Dematerializzazione dei processi</b>	<p><b>Ciclo performance:</b> Implementazione del sistema informativo del Ciclo delle Performance del personale per tracciare e monitorare le performance.</p>	<p>Miglioramento nella valorizzazione delle competenze ed incremento delle performance.</p>
	<p><b>Evoluzione del Protocollo Informatico - Documentale:</b> Implementazione del modulo documentale per la conservazione e fascicolatura dei documenti.</p>	<p>Miglioramenti dei tempi di accesso ai documenti, riducendo i tempi di attesa e aumentando la trasparenza delle operazioni amministrative.</p>
	<p><b>Migrazione in Cloud</b> di parte del Parco Applicativo aziendale: La migrazione in Cloud di alcuni dei sistemi informativi verso il PSN e il CSP di Innovapuglia consente all'amministrazione di potenziare la sicurezza dei Sistemi Informativi e dei relativi Dati, oltre che ridurre le risorse necessarie per la tenuta delle Macchine Virtuali all'interno del proprio datacenter.</p>	<p>Potenziamento della Cybersecurity, ovvero il rafforzamento della protezione dell'infrastruttura oltre che dei Dati.</p>

	<b>Potenziamento BI:</b> Evoluzione e potenziamento del <b>Datawarehouse</b> aziendale.	Miglioramento dei processi decisionali aziendali.
<b>Incremento delle competenze digitali del personale</b>	<b>Digital Academy:</b> Percorsi di formazione digitale per il personale aziendale	Miglioramento delle competenze con impatti importanti sull'efficienza delle attività amministrative digitali e sulla <i>cybersicurezza</i> . Incremento della <i>Digital Awareness</i> .
	<b>Piattaforma Syllabus:</b> Iscrizione all'hub per la crescita del capitale umano delle pubbliche amministrazioni tramite la Piattaforma Syllabus.	Miglioramento delle conoscenze, della produttività e delle competenze digitali. Incremento di servizi online più efficienti per cittadini e imprese.
<b>Potenziamento della Postura di Sicurezza Aziendale</b>	Dispiegamento del <b>SOC</b> (Security Operations Center) per la gestione della sicurezza informatica.	Miglioramento della gestione della sicurezza.
	Implementazione politiche per la protezione avanzata degli <i>endpoint</i> . Affiancamento all'attività di <i>Detection &amp; Response</i> tramite la piattaforma di <i>Incident Response</i> .	Miglioramento della postura di sicurezza informatica aziendale e gestione di risposta agli <i>Incident</i> di natura informatica.
<b>Potenziamento della Postura di Sicurezza Aziendale</b>	Simulazione di attacchi cyber per migliorare la sicurezza tramite la mappatura dei punti deboli infrastrutturali.	Miglioramento della postura di sicurezza informatica aziendale.
	Definizione ed adozione del Regolamento ICT per il corretto utilizzo degli strumenti aziendali.	Miglioramento delle competenze relative il corretto uso degli strumenti aziendali.
	Consolidamento delle procedure di <i>Data Breach, Business Continuity &amp; Disaster Recovery</i> .	Miglioramento delle procedure di gestione della sicurezza aziendale.
	Implementazione di un sistema PAM ( <i>Privileged Access Management</i> ) per la gestione degli accessi privilegiati.	Miglioramento della postura di sicurezza informatica aziendale
	Implementazione della piattaforma NAC (Network Access Control) per verificare la postura dei dispositivi e proteggere la rete.	Miglioramento della postura di sicurezza informatica aziendale



## RE-INGENIRIZZAZIONE DEI PROCESSI

Nell'ambito dei processi di digitalizzazione sono in corso di sviluppo quei progetti volti alla dematerializzazione della documentazione clinica e alla re- ingegnerizzazione dei flussi di lavoro. La presente azienda ha re-ingegnerizzato il processo relativo l'evento operatorio per il quale si prevede il dispiegamento del modulo di Blocco Operatorio, integrato con la Cartella Clinica Elettronica, e quello di tracciabilità dei Tempi Chirurgici.

Il *deployment* del modulo di Blocco Operatorio è stato avviato nel corso del 2024 presso la struttura ospedaliera di Andria. Si procederà con la sua diffusione presso i PP.OO. di Barletta e Bisceglie.

Nell'ottica di un miglioramento continuo nell'ambito della re-ingegnerizzazione dei processi, l'azienda porterà avanti le seguenti progettualità:

- **Gestione della protesica:** Il processo della gestione delle richieste di protesi segue attualmente un iter di approvazione su cartaceo. Nel corso del triennio 25-27, tale processo verrà re-ingegnerizzato attraverso la gestione dei flussi di richiesta ed approvazione attraverso un apposito modulo implementato su CCE.
- **Tracciabilità Tempi Chirurgici:** L'azienda punta a consolidare e rafforzare la gestione del paziente chirurgico. In particolare, il tracciamento automatico dei pazienti lungo tutto il percorso chirurgico al fine di monitorare le varie fasi del processo. Nel corso del 2024 sono state intraprese le azioni di progettazione del nuovo processo di tracciabilità. In particolare, il contenuto informativo minimo derivante dall'introduzione della soluzione sarà composto, attraverso l'identificazione del paziente, dalla **rilevazione di data ed ora almeno dei seguenti eventi:**
  - Ingresso e uscita dal reparto di degenza;
  - Ingresso e uscita dal blocco operatorio;
  - Ingresso e uscita dalla sala operatoria;
  - Eventuale ingresso e uscita dalla Recovery Room;
  - Eventuale ingresso e uscita dalla Terapia Intensiva.

Il progetto di Tracciabilità dei Tempi Chirurgici si innesta su un sistema di Blocco Operatorio già collaudato.

Nel corso del prossimo triennio questa Asl proseguirà nella attività necessarie al completamento di tale progetto.

- **pagoPA:** Nel corso del 2024 sono state collaudate le attività di integrazione fra CUP e Nodo regionale dei pagamenti (MyPay) che proseguiranno nel corso del triennio 25-27. Tale collaudo ha permesso il test delle seguenti funzionalità:
  - pagare i **diritti previsti per richiesta copia cartella clinica** attraverso il circuito pagoPA, andando così a implementare ulteriormente tale modalità di pagamento previsto dalla normativa vigente; la notifica di pagamento viene notificata anche tramite APP IO;
  - pagare il Ticket Pronto Soccorso con codice dimissione "bianco", attraverso il circuito pagoPA, o recandosi direttamente ad uno sportello CUP: il Sistema, tramite modalità di cooperazione con Edotto PS, riconoscerà direttamente sia l'ID episodio che l'assistito; è stata altresì realizzata la notifica del pagamento anche su APP IO, immediatamente dopo la dimissione dal PS, così come già avviene con la notifica di prenotazione prestazioni sanitarie.
- **FSE:** Implementazione delle integrazioni dei sistemi aziendali con il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0. Allo stato attuale e secondo quanto prevede il c.d. DM Riparto, tutti i documenti facenti parte del nucleo minimo di documenti da conferire a FSE (referti LIS, RIS, LDO e VPS).
- **URC:** La tracciabilità, effettuata da parte dell'URC, viene supportata attraverso l'adozione di piattaforme abilitanti quale pagoPA. Ogni fase del processo, dalla registrazione dei crediti alla

loro riscossione, viene monitorata e documentata digitalmente, garantendo una maggiore visibilità e controllo. La digitalizzazione e le integrazioni adottate permettono di identificare rapidamente eventuali anomalie o comportamenti sospetti, facilitando l'adozione di misure correttive tempestive.

- **Open Data:** L'ASL implementerà una piattaforma open data al fine di valorizzare e rendere disponibile ai cittadini e alle imprese il proprio patrimonio informativo per lo sviluppo della collettività. Le "Linee guida recanti regole tecniche per l'apertura dei dati e il riutilizzo dell'informazione del settore pubblico" (Linee guida Open Data) forniscono elementi utili di data *governance* in relazione ad aspetti organizzativi che possano abilitare un processo di apertura ed interoperabilità dei dati efficiente ed efficace.
- **Piattaforma di interoperabilità aziendale (ESB):** Il progetto propone di potenziare l'ESB (Enterprise Service Bus) aziendale, ossia accentrare tutti i flussi dati clinici scambiati tra i sistemi informativi aziendali e regionali in un unico dominio o "nodo". Nel nodo vengono esposti i servizi (e-service) forniti da ogni applicativo per l'interoperabilità con gli altri sistemi. I servizi dovranno essere razionalizzati e standardizzati al fine di evitare un'eccessiva proliferazione di specificità di filiera. La re-ingegnerizzazione di tale processo mira alla ottimizzazione e condivisione delle soluzioni, atte al reperimento di informazioni utili nei procedimenti clinici per la piena attuazione del principio **once only**. Nello specifico l'ESB sarà evoluto con una nuova versione e con l'implementazione di un apposito cruscotto dal quale sarà possibile osservare l'aggiornamento lo stato dei messaggi.
- **Processi HR e Sorveglianza Sanitaria:** Al fine di poter migliorare i processi di gestione delle risorse umane, nel corso del triennio verranno analizzati i processi in essere al fine poter valutare eventuali miglioramenti degli stessi. L'ASL ha la necessità di implementare il **Fascicolo del Dipendente**, attraverso l'implementazione di un nuovo sistema di Gestione delle Risorse Umane, in cui il dipendente è l'entità centrale attorno alla quale costruire la sua esperienza all'interno dell'Azienda.

In tal modo sarà possibile raccogliere all'interno di un unico strumento tutte le informazioni e i documenti relativi all'intero ciclo di vita lavorativo del singolo dipendente, consentendo gli accessi alle varie informazioni solamente agli utenti che saranno abilitati. Tale gestione centralizzata, focalizzata sul dipendente, permetterà di implementare efficacemente la gestione delle risorse umane considerando le loro competenze nonché tutti gli altri fattori che confluiranno nel fascicolo.

- **Evoluzione Protocollo Informatico - Documentale:** Il Sistema Informativo del Protocollo (*Seedoo*, basato su ERP *open source Odo*), sarà evoluto con l'implementazione del modulo Documentale (denominato *Metafora*).

Il Protocollo Informatico permette già adesso di gestire l'assegnazione, l'anagrafica, l'organigramma (e la sua storicizzazione), unità organizzativa, domicili digitali, uffici-team di lavoro, lo smistamento per competenza e conoscenza.

Il Documentale consentirà la fascicolatura dei protocolli e conseguente organizzazione dei fascicoli creati.

Per cui il Protocollo Informatico, che si integrerà con il documentale, può leggerne il titolare al fine di garantire la corretta gestione archivistica dei documenti protocollati.

All'interno del documentale si potranno effettuare le ricerche dei protocolli, oltre che dei fascicoli, tramite apposita funzione di ricerca che utilizza appositi filtri, quali ad es. il numero di protocollo, l'oggetto del documento, il mittente, il destinatario, ecc. Inoltre, all'interno della ricerca sia dei fascicoli che dei protocolli si potrà filtrare per data i fascicoli o protocolli di interesse.

Con l'implementazione del modulo Documentale Metafora si garantisce la copertura digitale delle tre fasi principali della gestione documentale dei protocolli:

- ✓ Formazione, già realizzata dai moduli del sistema di Protocollo;



- ✓ Gestione, parzialmente già realizzata dal sistema esistente di Protocollo: sarà garantita del tutto con il modulo Documentale;
- ✓ Conservazione, anch'essa già implementata attraverso integrazioni attive verso il conservatore qualificato (Trust Technology), al quale viene inviato sia il registro di protocollo giornaliero che quello annuale, come previsto da normativa vigente in ambito di protocollo informatico;
- ✓ Fascicolazione, già implementata e presente con il Protocollo Informatico presente.

In questo modo all'interno del sistema di gestione informatica, sino dalla formazione del documento, si garantisce la tenuta dei documenti e la conservazione a lungo termine all'interno del sistema.

## **Sottosezione 2.2 - Performance**

Con Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, il legislatore ha previsto l'introduzione del **Piano integrato di attività e organizzazione** (P.I.A.O.) avente durata triennale, e che aggiornato annualmente integra ai sensi dell'art. 6 co 2 lett. a), il Piano delle Performance di cui al citato articolo 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 prevedendone l'adozione sempre entro il 31 gennaio di ciascun anno.

Il Piano della Performance è un Documento di Programmazione, previsto dal Decreto Legislativo 27 Ottobre 2009, n. 150, così come modificato dal Decreto Legislativo n. 74/2017. In aderenza all'art. 10 del citato D.Lgs. n.150/2009, il Piano della Performance viene adottato in coerenza con il ciclo della programmazione economico-finanziaria, di Bilancio dell'Azienda e con quello della programmazione strategica. La finalità di tali contenuti è quella di assicurare e garantire elevati standard qualitativi ed economici del servizio erogato, tramite la valorizzazione dei risultati e della performance organizzativa ed individuale e rendere partecipe il personale e gli utenti.

Con Decreto Ministeriale del 30/06/2022 si è proceduto alla definizione puntuale del contenuto del PIAO, mediante la predisposizione di un Piano Tipo, che definisce la composizione del Piano e i contenuti minimi delle singole sezioni e sottosezioni.

Secondo quanto previsto dall'art. 10 del D. Lgs. n. 150/2009, così come integrato nel cd Piano Tipo, la sottosezione Performance riporta:

- gli indirizzi e gli obiettivi generali e specifici dell'Azienda;
- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione;
- gli obiettivi assegnati al personale ed i relativi indicatori.

L'Azienda, pertanto, intende far proprio il dettato normativo avviando un percorso innovativo anche rispetto alle indicazioni e contenuti forniti inizialmente dalla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT) con la *delibera 28 Ottobre 2010 n. 112*, nonché dall'ANAC (Autorità Nazionale Anticorruzione), e successivamente dalle Linee Guida n. 1/2017 del Dipartimento delle Funzione Pubblica – Ufficio per la valutazione della performance.

Il Piano della Performance si ispira al principio di trasparenza, tanto in coerenza dell'art. 11 del D. Lgs. n. 150/2009, che richiede alle Amministrazioni Pubbliche di garantire, in ogni fase del ciclo della performance la massima trasparenza, intesa come accessibilità totale alle informazioni riguardanti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il conseguimento delle funzioni gestionali e istituzionali, ai risultati dell'attività di

misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo nel rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità.

E' opportuno sottolineare che i contenuti del Piano delle Performance per il triennio 2024-2026 potranno essere successivamente rivisti e/o integrati coerentemente con gli eventuali nuovi indirizzi di pianificazione definiti dalla Direzione Strategica ovvero sulla base di nuove e/o ulteriori disposizioni/norme stabilite dalla programmazione regionale e nazionale e delle azioni da svolgere per l'attuazione degli obiettivi strategici dalla Missione 6 Salute del PNRR. Pertanto, sulla base degli obiettivi di performance ed economico – gestionali definiti per le Aziende Sanitarie Locali del S.S.R. da parte della Regione Puglia, si ritiene che gli obiettivi generali aziendali di riferimento sono costituiti, in linea di massima, dagli obiettivi vincolanti di mandato e da quelli previsti dal contratto di prestazione d'opera intellettuale sottoscritto dal Direttore Generale pro – tempore e dagli obiettivi correlati al rispetto dei L.E.A..

Il Piano della Performance definisce gli obiettivi che intende raggiungere con il coinvolgimento di tutte le UU.OO. aziendali e dei Dipartimenti aziendali.

Gli obiettivi generali e specifici individuati dall'ASL BT mirano a migliorare la qualità della vita e di salute del cittadino/paziente, attore principale nell'erogatore delle prestazioni cui sono orientati gli obiettivi specifici-operativi.

L'Azienda vigilerà sul rispetto dei vincoli di buona prassi di gestione dei servizi sanitari e di qualità delle prestazioni in quanto elementi necessari al conseguimento degli obiettivi di output.

## **CONTENUTI**

Il Piano della Performance risulta articolato nel rispetto di quanto previsto dalle Linee Guida n. 1/2017 del Dipartimento delle Funzione Pubblica – Ufficio per la valutazione della performance nonché dei contenuti minimi previsti dal cd Piano Tipo.

La prima parte del documento rappresenta l'Azienda, con l'esplicazione delle informazioni utili ad identificare chi e che cosa fa. Viene descritto, altresì, il **contesto esterno ed interno** nel quale opera l'Azienda, con particolare riferimento alla struttura dell'offerta e ai livelli assistenziali assicurati alla popolazione di riferimento. Il contesto interno viene rappresentato attraverso la fotografia delle risorse umane ed economiche gestite, la descrizione dell'attuale assetto organizzativo e dei principi di riferimento.

La parte seguente riguarda gli **obiettivi generali** (strategici) per la realizzazione del mandato della Direzione, declinati coerentemente con gli indirizzi di programmazione regionale.

La terza parte del Piano descrive il **ciclo e le fasi della performance organizzativa ed individuale**, ponendo attenzione agli elementi di integrazione tra i due ambiti e all'individuazione di azioni di miglioramento del processo, nonché gli strumenti per la valutazione del personale.

## **PRINCIPI DI REDAZIONE**

Il Piano Triennale della Performance dell'ASL BT è redatto in conformità con le indicazioni del D.Lgs. n. 150/2009 e ss.mm.ii., e di quelle contenute nelle Linee Guida n. 1/2017 del Dipartimento della Funzione Pubblica, nonché dei contenuti minimi previsti dal cd Piano Tipo, ispirandosi ai seguenti principi generali:

**Trasparenza:** l'ASL BT pubblica il Piano della Performance sul proprio sito istituzionale nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente"; inoltre il Piano sarà presentato, nelle sedi e nelle forme ritenute più opportune, nell'ambito di apposite giornate dedicate alla trasparenza, alle associazioni degli utenti e alle organizzazioni sindacali.

**Immediata intellegibilità:** al fine di garantire facilità di comprensione agli stakeholders esterni (istituzioni, utenti, cittadini, associazioni di categoria, ecc.) il Piano viene proposto in forma schematica.

**Veridicità e verificabilità:** Per ciascun indicatore di misurazione e di valutazione della performance individuato nel Piano, viene indicato la fonte di provenienza dei dati. I dati che alimentano gli indicatori sono tutti tracciabili. Al fine di garantire la verificabilità del processo seguito, vengono inoltre definite le fasi, i tempi, e le modalità del processo per la predisposizione del Piano e per la sua eventuale revisione infra-annuale nel caso in cui intervenissero situazioni o eventi straordinari. Vengono altresì individuati gli attori coinvolti (organi di indirizzo politico-amministrativo, dirigenti e strutture) e i loro ruoli.

**Partecipazione.** Il Piano viene definito attraverso la partecipazione attiva del personale dirigente nonché attraverso l'interazione con gli stakeholders esterni, dei quali vengono individuate, raccolte e recepite aspettative ed attese, al fine di favorire la promozione partecipativa, le pari opportunità ed il miglioramento del benessere organizzativo nonché gli esiti attesi dell'attività assistenziale erogata.

**Coerenza interna ed esterna.** Al fine di rendere il Piano effettivamente attuabile, i contenuti dello stesso sono coerenti con il contesto di riferimento (coerenza esterna) e con gli strumenti e le risorse (umane, strumentali, finanziarie) disponibili (coerenza interne).

**Orizzonte pluriennale.** L'arco temporale di riferimento del Piano è il triennio, con scomposizione in obiettivi annuali, secondo una logica di scorrimento. La struttura del documento consente il confronto degli anni del Piano con la Relazione sulla Performance di cui all'art. 10, comma 1 lettera b), del D.Lgs. n. 150/2009 e ss.mm.ii., che evidenzia a consuntivo e con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali conseguiti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse disponibili, con la rilevazione degli eventuali scostamenti ed il bilancio di genere realizzato.

## Il Contesto Nazionale

Strumenti di grande rilevanza sono stati introdotti nel recente passato, a livello nazionale ed in accordo con le Regioni, al fine di determinare un vero e proprio processo di efficientamento del sistema sanitario, attraverso la eliminazione di sprechi e di inappropriately prescrittive, cliniche ed organizzative, mediante la riorganizzazione del sistema di *governance* e dei processi organizzativi e gestionali, il rafforzamento dell'azione di monitoraggio e di controllo della qualità e della sicurezza delle cure, ad ogni livello di erogazione.

Inoltre, lo stato di emergenza nazionale causato dalla pandemia per Covid-19 ha evidenziato uno squilibrio fra risorse immediatamente disponibili e le necessità, improvvisamente insorte, nella popolazione coinvolta. Di certo ha completamente modificato l'organizzazione funzionale aziendale, coinvolgendo la resilienza di tutti gli operatori coinvolti, sanitari e non. Pertanto, le risposte tecniche - organizzative, logistiche e gestionali devono essere sempre più efficaci, mirate e precise, tenendo conto dei seguenti aspetti strategici:

- Coordinamento nazionale/regionale, pianificazione, e monitoraggio delle azioni di intervento;
- Comunicazione del rischio e coinvolgimento della popolazione residente;
- Sorveglianza, team di risposta rapida, indagine sui casi;
- Punti di ingresso/sanità transfrontaliera e/o extra-regionale;
- Rete laboratori nazionali e regionali;
- Infection prevention and control (IPC);
- Gestione clinica dei casi;
- Supporto operativo e logistica, piano vaccinale.

Obiettivo del legislatore è, attraverso questi strumenti, quello di garantire la sostenibilità del sistema sanitario in un periodo storico nel quale tutti i sistemi di welfare risentono della riduzione di risorse e finanziamenti, attraverso un processo di revisione della spesa che utilizzi un sistema di monitoraggio omogeneo per tutte le regioni rispetto ad un comune sistema di indicatori (di struttura, di organizzazione e di funzionamento) accettato da tutte le Regioni. Questa intesa presuppone quindi

la partecipazione del sistema sanitario della Regione Puglia, consapevole, misurabile e misurata, al processo di uniformazione tendenziale agli standard definiti, e comporta la conseguente adozione di provvedimenti regionali cogenti per le Aziende sanitarie.

Inoltre, sempre in questa visione di confronto con le altre realtà regionali, risulta quanto mai importante per le aziende sanitarie pugliesi, dunque per la ASL BT, orientare i propri obiettivi di produzione in forma coerente con gli obiettivi e gli indicatori contenuti nel nuovo sistema di garanzie (NSG) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (LEA) di cui al Decreto Ministero della Salute del 12 marzo 2019, nel Programma Nazionale Esiti dell'Agenas e nel cruscotto – bersagli per il monitoraggio delle performances regionali (Laboratorio Management & Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa) strutturato in relazione all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza nel quale sono contenuti numerosi obiettivi di produzione direttamente riconducibili alla *governance* della Azienda Sanitaria, rispetto ai quali è possibile anche un'azione di auto-controllo e di confronto-benchmark con le altre aziende sanitarie regionali ed extra-regionali.

Infine, viene dato impulso ad implementare azioni tese a migliorare l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni sanitarie erogate, il governo delle liste di attesa, la cultura del risk management e/o assessment, attuazione di PDTA e Reti Cliniche al fine del raggiungimento di target sempre più sfidanti.

## Il Contesto Regionale

Con Deliberazione di G.R. n. 1558 del 13 novembre 2023, sono stati definiti gli obiettivi per l'anno 2023 e 2024. Nelle more della definizione dei nuovi obiettivi per l'anno 2025, sono stati provvisoriamente confermati gli obiettivi già presenti nella citata deliberazione, sostanzialmente in linea con quelli fissati con DGR 684/2022 per l'anno 2022, riguardano nello specifico:

**Macro-Area Obiettivi Assistenza Ospedaliera** n. 13 obiettivi in cui l'attenzione è posta in particolare sugli indicatori di attività (Degenza Media Pre-Operatoria, Appropriata Chirurgica, Inappropriata ecc.) e obiettivi correlati al n. di interventi per tumore maligno alla mammella, Fratture del collo del femore operate entro 2 gg, riduzione dei parti cesarei, interventi colon, rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni previsti dal PNGLA ecc.

**Macro-Area Obiettivi Assistenza Territoriale** n.6 obiettivi in cui l'attenzione è posta in particolare sugli indicatori relativi all'incremento dell'assistenza domiciliare, tempi di intervento del 118, rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni previsti dal PNGLA, ricoveri ripetuti in psichiatria, tasso di ospedalizzazione per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco.



**Macro-Area Obiettivi Rischio Clinico** n. 3 obiettivi in cui si pone particolare attenzione al rispetto delle raccomandazioni attraverso audit semestrali, al monitoraggio degli eventi avversi e alla costituzione di Board aziendali dedicati alla sicurezza.

**Macro-Area Obiettivi Prevenzione** n. 20 obiettivi in cui si pone particolare attenzione sulle vaccinazioni, screening, e sui controlli ispettivi.

**Macro-Area Obiettivi Assistenza Farmaceutica** n. 4 obiettivi in cui si pone particolare attenzione sulle spesa farmaceutica diretta e convenzionata, e sul consumo di dispositivi.

**Macro-Area Obiettivi Aspetti Economici Finanziari e Controllo di Gestione** n. 6 obiettivi in cui si pone particolare attenzione sui tempi di pagamento, sull'implementazione del nuovo sistema MOSS e di sistemi di Contabilità Analitica.

**Macro-Area Obiettivi Sanità Digitale** n. 7 obiettivi in cui si pone particolare attenzione su aspetti che riguardano la Digitalizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e sulla Digitalizzazione della Cartella Clinica oltre al monitoraggio dei Flussi.

**Macro-Area Investimenti Strutturali** n. 3 obiettivi in cui si pone particolare attenzione sul rispetto degli obblighi previsti dai finanziamenti PNRR e FESR.

**Macro Area Assistenza Residenziale e Semiresidenziale** n. 3 obiettivi in cui si pone particolare attenzione ai trattamenti socio-sanitari della popolazione anziana e al trattamento dei pazienti oncologici oltre al monitoraggio relativo alla sottoscrizione dei contratti.

**Macro Area Rapporti con gli erogatori privati** n. 2 obiettivi in cui si pone particolare attenzione alla riorganizzazione dell'assistenza sanitaria privata e alla sottoscrizione dei contratti con erogatori privati.

**Macro Area Accredimento strutture pubbliche** n. 1 obiettivo in cui si pone particolare attenzione al processo di certificazione delle strutture pubbliche.

**Macro Area Medicina di Genere** n. 1 obiettivo in cui si pone particolare attenzione al processo formativo per operatori in medicina di genere.

E' di tutta evidenza che tale indicazione vincolante della Giunta Regionale assume una rilevanza strategica prioritaria, aggiuntiva rispetto al mandato vincolante già conferito al Direttore Generale con

l'atto di nomina. Pertanto l'Azienda deve attuare radicali modifiche dei tradizionali sistemi organizzativi ed operativi al fine di rendere raggiungibile l'obiettivo. Peraltro, il processo di revisione della spesa deve essere contestuale alla ricerca di ulteriori soluzioni nei seguenti ambiti, quali ad esempio:

- controllo degli acquisti (centrale unica di acquisto, unione di acquisto, monitoraggio dei prezzi, revisione dei contratti di fornitura, eliminazione delle forniture non derivanti da procedure di pubblica evidenza);
- controllo dei consumi (nuove modalità di gestione dei magazzini, sia virtuali che logistiche, introduzione e implementazione di strumenti informativi, distribuzione diretta del primo ciclo di terapia alla dimissione da ricovero o a seguito di visita specialistica ambulatoriale);
- gestione del patrimonio immobiliare (eliminazione progressiva e totale delle spese per locazioni mediante la messa a norma di strutture proprie e la realizzazione di nuove strutture usufruendo dei fondi europei);
- razionalizzazione dei costi per le utenze (analisi dei contratti in essere, efficientamento energetico per la riduzione dell'impatto ambientale);
- sviluppo delle competenze e delle pratiche di management (rischio clinico, A.B.M., ecc.) e di controllo della gestione (analisi trasparente e partecipata dei ricavi rapportata ai costi e ai processi organizzativi che li generano).

La Regione Puglia, inoltre, con Regolamento n. 14/2020 ha aggiornato i criteri di riordino e potenziamento della rete ospedaliera e con Regolamento Regionale n. 7/2019 ha definito il modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza/Presidi Post Acuzie.

Con tali provvedimenti la Regione Puglia ha sostanzialmente inteso:

- classificare le strutture ospedaliere in P.O. di base, di I livello e di II livello, secondo gli standard fissati in merito alla distribuzione delle specialità per bacini di popolazione, quindi secondo criteri di carattere epidemiologico e di accessibilità alle cure per la popolazione;
- implementare l'organizzazione della rete ospedaliera applicando il modello hub e spoke alle reti assistenziali per patologia, tra le quali soprattutto infarto del miocardio, ictus, trauma, emergenza-urgenza e quelle cliniche specifiche;
- potenziare l'offerta di assistenza territoriale attraverso la riconversione di strutture ospedaliere in Presidi Territoriali di Assistenza, all'interno dei quali allocare anche una nuova offerta di residenzialità sanitaria di tipo intermedio, per le persone gravemente non autosufficienti e affette da patologie croniche;

Le suddette innovazioni disegnano uno scenario in cui l'orizzonte organizzativo delle Aziende sanitarie della regione Puglia muta in maniera significativa, anche in relazione alla contestuale presenza di altre importanti variabili nel sistema quali, ad esempio, la fase di sofferenza sociale non ancora regredita a fronte della crisi del *welfare*, il trend di progressivo invecchiamento della popolazione, l'introduzione

di tecnologie sanitarie e di farmaci in grado di incidere drasticamente su alcune importanti malattie generando dunque forti attese nei cittadini e nelle associazioni di ammalati a fronte però di costi esorbitanti per il sistema sanitario, una pressante richiesta di garantire il benessere delle persone e delle comunità attraverso lo svolgimento di un ruolo più attivo da parte del sistema sanitario nella sorveglianza dei determinanti di salute ambientali.

Tutte queste dinamiche esterne all'Azienda impattano fortemente sul contesto interno all'Azienda stessa, la cui conoscenza diventa a questo punto di fondamentale importanza per definire lo spazio strategico nel quale l'Azienda si posiziona.

### **Dimensione strategica della ASL BT**

Per poter definire il Piano della Performance aziendale 2024-2026, risulta decisivo per la ASL BT individuare il proprio spazio strategico all'interno dei principali fattori di contesto, sia interni che esterni all'Azienda, onde poter assumere le proprie scelte strategiche ed orientare tutte le aree di funzionamento e di produzione verso obiettivi di performance per il medio-lungo periodo.

### **Analisi del contesto interno**

L'ASL BT si articola in **Dipartimenti strutturali e Dipartimenti di natura "trasversale"**.

Al fine di fornire una più completa rappresentazione dell'Azienda, si riportano nella seguente tabella, i dati relativi alla consistenza del **personale** dell'ASL BT alla data del 31/12/2024 raffrontato al dato del personale al 31/12/2023.

**Organico per Contratto e Ruolo al 31/12/2024 vs 31/12/2023**

Dirigenza		31/12/2023	31/12/2024	Variazioni	Variazioni %
		Nr.	Nr.	Nr.	%
	Sanitario	851	842	-9	-1,06%
	Amministrativo	26	25	-1	-3,85%
	Professionale	5	4	-1	-20,00%
	Tecnico	3	3	0	0,00%
<b>Dirigenza Totale</b>		<b>885</b>	<b>874</b>	<b>-11</b>	<b>-1,24%</b>

Comparto		31/12/2023	31/12/2024	Variazioni	Variazioni %
		Nr.	Nr.	Nr.	%
	Sanitario	2062	2058	-4	-0,19%
	Amministrativo	310	296	-14	-4,52%
	Professionale	4	4	0	0,00%
	Tecnico	238	221	-17	-7,14%
	Socio Sanitario	417	406	-11	-2,64%
<b>Comparto Totale</b>		<b>3031</b>	<b>2985</b>	<b>-46</b>	<b>-1,52%</b>

<b>Totale Personale</b>		<b>3916</b>	<b>3859</b>	<b>-57</b>	<b>-1,46%</b>
-------------------------	--	-------------	-------------	------------	---------------

Per quanto riguarda lo stato di **"salute finanziaria"** dell'Azienda, l'analisi organizzativa e la ricognizione quantitativa delle risorse strumentali, economiche e umane disponibili condizionano il raggiungimento degli obiettivi strategici e degli obiettivi operativi.

In tale contesto la cognizione dello "stato di salute finanziaria" deve essere inteso in termini di equilibri finanziari, economici e patrimoniali, tenendo conto dei vincoli di bilancio e del sistema contabile.

L'ASL elabora il proprio Bilancio di esercizio in ottemperanza alle disposizioni regionali in materia di contabilità ed ai principi contabili nazionali ed alle disposizioni civilistiche.

La valutazione delle voci di bilancio è stata, inoltre, effettuata ispirandosi ai criteri generali di prudenza e competenza. Il Bilancio viene redatto con chiarezza e rappresenta in modo veritiero e corretto la situazione patrimoniale e finanziaria dell'Azienda ed il risultato economico dell'esercizio.

Oltre al bilancio consuntivo annuale la ASL predispone il Bilancio Economico preventivo e i Conti Economici trimestrali, in conformità alle disposizioni nazionali e regionali.

Sono tutt'ora in corso di adozione i documenti contabili relativi al 4° trimestre 2024 e Bilancio preventivo 2025-2027 le cui scadenze sono state individuate rispettivamente al 3 febbraio 2025 (CE 4° trimestre) e 15 febbraio 2025 per il bilancio preventivo 2025 e pluriennale 2025-2027.

Al fine di migliorare nel prossimo triennio lo stato di salute finanziaria si intende intervenire sulle seguenti politiche gestionali:

- rafforzamento del sistema di programmazione, monitoraggio e controllo;
- la realizzazione di un sistema di budget più strutturato con la partecipazione attiva dei soggetti partecipanti la filiera produttiva, il rafforzamento della contabilità analitica anche attraverso l'utilizzo del nuovo sistema contabile MOSS;
- attenta revisione dell'utilizzo di appalti e servizi esterni, soprattutto a carattere non sanitario;
- specifiche politiche interne di contenimento dei costi;
- risparmi attraverso operazioni di centralizzazione degli acquisti;
- potenziamento controllo interno.

Le funzioni fondamentali svolte dalla ASL si articolano in **5 aree strategiche** che costituiscono la base sulla quale poggia la performance aziendale:

### **ASSISTENZA OSPEDALIERA**

Quest'Area è finalizzata all'organizzazione ed all'erogazione delle prestazioni in regime di ricovero, di "day service" (*pacchetti ambulatoriali complessi*) e delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, intra ed extraospedaliere, erogate al di fuori delle unità funzionali dei servizi territoriali.

L'attuale Regolamento Regionale n. 14/2020 prevede che l'attività assistenziale ospedaliera per acuti, venga svolta presso i seguenti Presidi Ospedalieri a gestione diretta per un totale di n. 771 posti letto afferenti alla rete pubblica:

<b>Presidio/Plesso Ospedaliero</b>	<b>Classificazione D.M. 70/2015</b>	<b>Totale Dotazione P.L. da Piano di Riordino Ospedaliero</b>	<b>Totale P.L. per attività Anno 2024 (*)</b>
Andria	Ospedale I Livello	224 posti letto	150 posti letto
Canosa di Puglia	Plesso Post Acuzie	60 posti letto	36 posti letto
Barletta	Ospedale I livello	305 posti letto	211 posti letto
Bisceglie	Ospedale di Base	182 posti letto	104 posti letto

(\*) Mod. HSP 22 Bis dati provvisori pre-consuntivo 2023

In aggiunta alla rete pubblica ospedaliera è prevista anche quella privata accreditata con il S.S.R. costituita da "Universo Salute" per le attività afferenti alla ex Casa di Cura "Casa Divina Provvidenza" di Bisceglie con una dotazione complessiva di n. 100 posti letto per le discipline di Medicina Fisica e Riabilitazione, compresa quella Respiratoria e Cardiologica, e di Medicina Generale (attività in regime di ricovero ed ambulatoriale in day service).

"Con deliberazione n.1666 del 23/09/2019 l'ASL BT indiceva una gara d'appalto per l'affidamento dei servizi tecnici di architettura ed ingegneria propedeutici alla realizzazione del Nuovo Ospedale di Andria.

A seguito dell'espletamento del procedimento di gara, con deliberazione n.1892 del 26/10/2020, l'ASL BT aggiudicava il servizio di progettazione al raggruppamento temporaneo di professionisti costituito da: Binini Partners s.r.l. (capogruppo) a tutt'oggi il raggruppamento temporaneo di professionisti, incaricato della progettazione, sta completando il progetto definitivo che dovrebbe essere consegnato all'Organismo di controllo accreditato - CAB dell'ASSET - per le operazioni di verifica ai fini della validazione del progetto da parte del RUP.

Il nuovo ospedale sarà di II livello con una dotazione di 400 posti letto, sarà dotato di 12 sale operatorie, Radiologia e diagnostica con 4 sale RX, 4 sale ECO, 2 sale TAC, 2 sale RMN, 1 sala Ortopantomografica, 1 sala Mammografica, 30 ambulatori; Pronto soccorso con 20 posti di medicina d'urgenza, 10 di sub-intensiva, 20 di OBI, e un'area diagnostica dedicata; avrà un blocco parto dotato di 3 sale travaglio, 1 sala operatoria e 1 sala per parto in acqua; Oltre ad altre unità funzionali sanitarie, quale Dialisi, Piastra endoscopica, Laboratorio di analisi, Centro prelievi e trasfusionale e Anatomia patologica".

Con Regolamento Regionale n. 7/2019 le ex strutture ospedaliere di Trani, Spinazzola, Minervino Murge e Canosa di Puglia, afferenti alla ASL BT, sono state riconvertite in Presidi Territoriali di Assistenza/Presidi post Acuzie.

Con deliberazione n.760 del 05/05/2023 è stata indetta la procedura di gara per l'affidamento dei servizi tecnici di architettura ed ingegneria propedeutici alla realizzazione del Nuovo Ospedale del Nord Barese.

Con deliberazione n.1656 del 12/10/2023, è stato aggiudicato il servizio di progettazione al raggruppamento temporaneo di professionisti costituito da: MANENS S.p.A. (capogruppo).

In data 01/02/2024 è stato stipulato il contratto con RTP con capogruppo la società MANENS S.p.A. (capogruppo).

A tutt'oggi il raggruppamento temporaneo di professionisti, incaricato della progettazione, sta completando il PFTE.

Si sta inoltre provvedendo a trasmettere gli elaborati progettuali all'Organismo di controllo accreditato – CAB dell'ASSET – per le operazioni di verifica ai fini della validazione del progetto da parte del RUP. Il nuovo ospedale, il cui piano clinico gestionale e dimensionamento è stato approvato dalla Regione Puglia con verbale del 06/04/2004, prevede la realizzazione di un ospedale di I livello con le seguenti dotazioni:

Posti letto (degenze) totali 268 suddivisi in:

- 42 nell'area funzionale materno infantile
- 10 nell'area funzionale emergenza urgenza (Pronto soccorso);
- 5 nell'area interventistica;
- 14 nell'area di Terapia Intensiva;
- 73 nell'area funzionale chirurgica;
- 78 nell'area funzionale medica;
- 24 degenze area funzionale medica;
- 16 nell'area funzionale psichiatrica;
- 6 nell'area funzionale post acuzie.

Saranno inoltre presenti:

- 11 sale di diagnostica
- n. 1 Blocco operatorio e interventistico con:
  - N. 1 Blocco parto
  - N. 1 Pronto soccorso con:
  - N. 1 Blocco ambulatoriale con 24 ambulatori specialistici;
- Centro prelievi e trasfusionale;
- Laboratorio di analisi;
- Area per personale e servizi generale (uffici amministrativi, cucina, mensa, spogliatoi, magazzini, servizio mortuario).

## **TERRITORIO E CONTINUITA' DELLE CURE**

Riassume al proprio interno l'assistenza territoriale sanitaria e socio-sanitaria, la funzione distrettuale, la gestione degli Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, la continuità assistenziale, le integrazioni e le forme di coordinamento a livello funzionale e territoriale.

I **Distretti Socio Sanitari** sono i seguenti:

- ❖ **Distretto n. 1 -Margherita di Savoia-San Ferdinando di Puglia-Trinitapoli**
- ❖ **Distretto n. 2- Andria**

- ❖ **Distretto n. 3- Canosa di Puglia-Minervino-Spinazzola**
- ❖ **Distretto n. 4- Barletta**
- ❖ **Distretto n. 5- Trani-Bisceglie**

## **INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA**

Afferiscono a questa area tutte le funzioni e le attività connesse alla peculiare dimensione dell'integrazione sociosanitaria secondo l'impostazione istituzionale progettata da Regione Puglia.

Il focus si concentra sull'approfondimento delle potenzialità dell'assistenza domiciliare integrata, del miglioramento dell'offerta dei consultori familiari, del miglioramento della fruibilità delle strutture sociosanitarie per anziani e disabili fisici e mentali, nonché il miglioramento dei servizi offerti nell'ambito della salute mentale e delle tossicodipendenze.

- ❖ **Dipartimento di Salute Mentale - Dipendenze Patologiche**
- ❖ **Struttura Sovradistrettuale della Riabilitazione**

## **PREVENZIONE**

Nel concetto di prevenzione rientrano, per l'ambito medico, le funzioni di profilassi delle malattie infettive e parassitarie, tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche in riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali, tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro, tutela igienico - sanitaria degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale, sicurezza negli ambienti di vita, promozione a stili di vita salubri, e per l'area veterinaria igiene degli alimenti di origine animale, igiene allevamenti e produzioni zootecniche, sanità animale.

## **FARMACEUTICA**

Presidio del monitoraggio e del contenimento della spesa farmaceutica, a quest' Area afferiscono la gestione del servizio farmaceutico, l'implementazione di progetti innovativi per il monitoraggio dell'erogazione del farmaco, la sicurezza del farmaco.

## **Analisi del contesto esterno**

L'analisi del contesto, sia esterno che interno, è un processo conoscitivo che l'azienda compie nel momento in cui si accinge a definire le proprie strategie ed ha lo scopo di:

1. fornire una visione integrata della situazione in cui l'amministrazione va ad operare;

2. stimare preliminarmente le potenziali interazioni e sinergie con i soggetti coinvolti nella attuazione delle strategie che si intendono realizzare;
3. verificare i vincoli e le opportunità offerte dall'ambiente di riferimento;
4. verificare i punti di forza e i punti di debolezza che caratterizzano la propria organizzazione rispetto alle strategie da realizzare.

Si riportano alcuni grafici che evidenziano fattori relativi al **contesto demografico** della Provincia BT.

La rappresentazione grafica mostra che la popolazione della Provincia BT al 01.01.2024 ammonta a **377.929 residenti**, di cui **186.733** maschi e **191.196** femmine.

### Popolazione Istat al 01 gennaio 2024

Provincia: Barletta-Andria-Trani				
Codice comune	Comune	Totale Maschi	Totale Femmine	Maschi + Femmine
110001	Andria	47.804	49.137	96.941
110002	Barletta	45.741	46.624	92.365
110003	Bisceglie	26.447	27.089	53.536
110004	Canosa di Puglia	13.730	13.971	27.701
110005	Margherita di Savoia	5.457	5.697	11.154
110006	Minervino Murge	3.962	4.088	8.050
110007	San Ferdinando di Puglia	6.837	6.788	13.625
110008	Spinazzola	2.881	3.013	5.894
110009	Trani	27.163	27.785	54.948
110010	Trinitapoli	6.711	7.004	13.715
<b>Totale</b>		<b>186.733</b>	<b>191.196</b>	<b>377.929</b>

### Popolazione Istat al 01 gennaio 2024 suddivisa per Distretto e Fascia di età

ETA'	DSS 1	DSS 2	DSS 3	DSS 4	DSS 5	TOTALE ASL
0-4	1.500	3.901	1.255	3.473	3.816	13.945
5-14	3.622	9.251	3.299	8.373	9.797	34.342
15-44 (M)	6.723	17.688	7.073	16.447	18.814	66.745
15-44 (F)	6.493	17.242	6.581	16.035	18.177	64.528
45-64	11.504	29.532	13.228	28.304	34.152	116.720
65-74	4.265	10.027	5.140	9.981	12.390	41.803
75 e oltre	4.387	9.300	5.069	9.752	11.338	39.846
<b>Totale</b>	<b>38.494</b>	<b>96.941</b>	<b>41.645</b>	<b>92.365</b>	<b>108.484</b>	<b>377.929</b>

### Percentuale Popolazione Istat al 01 gennaio 2024 suddivisa per Distretto e Fascia di età

ETA'	DSS 1	DSS 2	DSS 3	DSS 4	DSS 5	TOTALE ASL
0-4	3,90%	4,02%	3,01%	3,76%	3,52%	3,69%
5-14	9,41%	9,54%	7,92%	9,07%	9,03%	9,09%
15-44 (M)	17,47%	18,25%	16,98%	17,81%	17,34%	17,66%
15-44 (F)	16,87%	17,79%	15,80%	17,36%	16,76%	17,07%
45-64	29,89%	30,46%	31,76%	30,64%	31,48%	30,88%
65-74	11,08%	10,34%	12,34%	10,81%	11,42%	11,06%
75 e oltre	11,40%	9,59%	12,17%	10,56%	10,45%	10,54%
<b>Totale</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Anno	0-4	5-14	15-44 (M)	15-44 (F)	45-64	65-74	75 e oltre	Totale
2011	19.995	44.887	83.506	81.653	99.789	33.377	29.656	<b>392.863</b>
2012	19.389	44.440	81.975	80.035	101.503	34.625	29.803	<b>391.770</b>
2013	18.729	43.994	81.087	79.149	103.279	35.504	30.704	<b>392.446</b>
2014	18.144	43.591	80.100	78.317	105.073	36.853	31.691	<b>393.769</b>
2015	17.684	42.888	79.290	77.232	106.998	37.596	32.699	<b>394.387</b>
2016	16.936	42.006	78.138	76.107	108.558	38.057	33.732	<b>393.534</b>
2017	16.486	41.136	76.634	74.706	110.256	38.854	34.474	<b>392.546</b>
2018	16.207	39.984	75.448	73.424	111.809	39.260	35.092	<b>391.224</b>
2019	15.915	38.858	74.257	72.177	113.281	39.883	35.640	<b>390.011</b>
2020	15.221	37.713	71.987	69.853	113.744	40.502	35.781	<b>384.801</b>
2021	15.016	36.889	69.784	67.863	113.971	41.328	36.240	<b>381.091</b>
2022	14.634	36.083	68.951	66.802	115.570	41.266	37.310	<b>380.616</b>
2023	14.244	35.168	67.906	65.728	116.314	41.735	38.414	<b>379.509</b>
2024	<b>13.945</b>	<b>34.342</b>	<b>66.745</b>	<b>64.528</b>	<b>116.720</b>	<b>41.803</b>	<b>39.846</b>	<b>377.929</b>

La tabella evidenzia un costante decremento della popolazione residente e un incremento tendenziale della popolazione appartenente alle tre fasce d'età più elevate, sinonimo di un progressivo invecchiamento della popolazione. Ciò rappresenta un dato non trascurabile sotto il profilo dell'assistenza sanitaria.

## Il rapporto con gli Stakeholder

Il rapporto con gli *stakeholders* è elemento cruciale nella performance di ogni Azienda.

Le forme tradizionali di coinvolgimento come, ad esempio, il dialogo e la contrattazione con i dipendenti (*stakeholders* interni), sono stati istituzionalizzati attraverso politiche tendenti alla valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

E' attraverso questi approcci che le organizzazioni rendono conto ai propri *stakeholders*, li coinvolgono nei propri processi e pongono in modo prioritario non solo l'impegno nel dialogo con gli *stakeholders* prima ignorati, ma anche con quelli più noti, con i quali la relazione è più consolidata, coinvolgendoli su temi e nuove modalità di rapporto.

E' altresì vero che la Pubblica Amministrazione e le organizzazioni della società civile e del lavoro stanno approcciando in modo rinnovato utenti, servizi e modalità di comunicazione.

L'imperativo della crescita e dello sviluppo dell'Azienda rafforza l'urgenza di coinvolgere gli stakeholder per la realizzazione di precisi obiettivi organizzativi e strategici così come richiesto dall'attuale normativa.

La P.A afferma oggi il concetto che è necessario assicurare il diritto di essere ascoltati a coloro che sono influenzati, o possono influenzare, le attività di un'organizzazione obbligando quest'ultima a farsi carico di queste aspettative.

Tali modalità di approccio accresce la conoscenza e la legittimazione degli *stakeholders* da parte dell'Azienda Sanitaria.

I valori così affermati o creati dal dialogo, rafforzano l'immagine pubblica e la statura etica.

Perché ciò accada, tali diritti e doveri hanno bisogno di essere stabiliti e attuati in modo credibile ed efficace.

L'obiettivo di Performance affidato a questa Azienda, sull'indagine degli *stakeholders*, è quello di individuare in modo capillare e specifico nell'ambito del settore di competenza, "qualsiasi gruppo o individuo che possa influenzare o essere influenzato dall'ottenimento degli obiettivi da parte dell'organizzazione".

Questa sfida insieme con il miglioramento della qualità della comunicazione, progettazione, implementazione e verifica viene accolta facendo leva su tre principi chiave:

- la **trasparenza**, intesa come la capacità di "rendere conto" agli *stakeholder*;
- la **rispondenza**, intesa come capacità di dare risposta alle aspettative degli *stakeholder*;
- la **conformità** alle norme di legge, agli indirizzi del Piano Triennale della Performance ed al Piano sulla Trasparenza;

In tal senso lo scopo principale che la ASL BT intende raggiungere è un coinvolgimento trasversale che consentirà:

- *alle aree e strutture aziendali* di progettare, implementare l'indagine sugli stakeholder, seguendo principi e criteri chiari di informare gli stakeholder dell'approccio e consentire loro di avere una base certa per valutare le loro pratiche;
- *agli stakeholder* di identificare, valutare e commentare la qualità della comunicazione usando principi chiari e relativi criteri;
- *all'organo di verifica*, di valutare e commentare la qualità dell'indagine in termini di gestione e rilevanza e di come rispondono alle aspettative degli stakeholder.

Le recenti modifiche normative hanno rafforzato il principio della partecipazione dei cittadini e degli utenti (interni ed esterni) al processo di misurazione della performance organizzativa richiedendo alle amministrazioni di adottare sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione e di sviluppare le più ampie forme di partecipazione.

In tale senso l'ASL BT intende dare maggiore impulso a tali forme partecipative considerando le seguenti modalità:

- a) in modo sistematico ed organico attraverso le indagini di customer satisfaction volte a rilevare il grado di soddisfazione degli utenti in relazione alla qualità dei servizi erogati ed in ragione dello specifico contesto organizzativo al fine di poter rilevare gli eventuali elementi di criticità come possibili riferimenti per il miglioramento. Pertanto, dovrà essere garantita e predisposta un'adeguata e sistematica reportistica di monitoraggio periodico da parte degli uffici U.R.P., che consenta di analizzare i reclami e le segnalazioni (rilevanti e ricorrenti) acquisite al fine di individuare i punti di forza oppure di debolezza delle articolazioni/unità organizzative interessate. In tale senso potranno essere considerate anche le eventuali proposte e/o segnalazioni da parte del Comitato Consultivo Misto con le Associazioni di Volontariato iscritte nell'albo aziendale nonché di quanto previsto dal regolamento aziendale di Pubblica Tutela, approvato con deliberazione n. 1719 del 10 ottobre 2021;
- b) in modo diffuso ed aperto attraverso la comunicazione diretta degli utenti esterni ed interni all'O.I.V. attraverso segnalazioni sul proprio grado di soddisfazione per le attività e per i servizi erogati.

## **La ASL BT in cifre – Dati di attività**

### **Rete Ospedaliera e Ambulatoriale**

Nelle tabelle di seguito riportate si evidenziano i dati relativi all'attività ospedaliera dell'ASL BT. In particolari è stato estratto il numero dei ricoveri complessivi, sia in regime ordinario che in day hospital, riferito agli anni 2023 e 2022, atteso che non risultano ancora disponibili i dati definitivi riferiti all'anno 2024.

Di seguito si riportano i principali dati di attività relativi al 2023, concernenti l'assistenza ospedaliera, confrontati con quelli dell'esercizio 2022. I dati non includono quelli dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, evidenziati nel paragrafo dedicato al Dipartimento di Salute Mentale.

#### **Ricoveri ordinari (fonte: sistema inform. Reg. "EDOTTO")**

Anno 2023

Presidio	Posti letto	Ricoveri ordinari	gg. degenza	Degenza media	% utilizzo p.l.	Peso medio
P.O. Andria - Plesso di Canosa	36	483	9.269	19,2	70,5	1,09
P.O. Andria	148	8.586	47.393	5,5	87,7	1,45
P.O. Bisceglie	99	4.076	28.222	6,9	78,3	1,06
P.O. Barletta	191	8.894	65.009	7,3	93,2	1,15
<b>TOTALI</b>	<b>474</b>	<b>22.039</b>	<b>149.893</b>	<b>6,8</b>	<b>86,7</b>	<b>1,25</b>

Anno 2022

Presidio	Posti letto (*)	Ricoveri ordinari	gg. degenza	Degenza media	% utilizzo p.l.	Peso medio
P.O. Andria - Plesso di Canosa	30	389	7.161	18,4	65,4	1,14
P.O. Andria	154	8.139	46.133	5,7	82,1	1,41
P.O. Bisceglie	81	2.052	19.592	9,5	66,3	1,40
P.O. Barletta	198	8.381	61.801	7,4	85,5	1,10
<b>TOTALI</b>	<b>463</b>	<b>18.961</b>	<b>134.687</b>	<b>7,1</b>	<b>79,7</b>	<b>1,27</b>

Differenza 2023 vs. 2022

Presidio	Posti letto	Ricoveri ordinari	gg. degenza	Degenza media	% utilizzo p.l.	Peso medio
P.O. Andria - Plesso di Canosa	6	94	2.108	0,8		-0,05
P.O. Andria	-6	447	1.260	-0,1		0,04
P.O. Bisceglie	18	2.024	8.630	-2,6		-0,34
P.O. Barletta	-7	513	3.208	-0,1		0,05
<b>TOTALI</b>	<b>11</b>	<b>3.078</b>	<b>15.206</b>	<b>-0,3</b>	<b>7,0</b>	<b>-0,02</b>

Ricoveri diurni (fonte: sistema inform. Reg. "EDOTTO")

Anno 2023

Presidio	Posti letto	Ricoveri d.h.	Accessi	Accessi medi	Peso medio
P.O. Andria - Plesso di Canosa	0	0	0	0,0	0,00
P.O. Andria	7	36	75	2,1	0,73
P.O. Bisceglie	2	264	481	0,0	0,48
P.O. Barletta	20	916	2.286	2,5	0,65
<b>TOTALI</b>	<b>29</b>	<b>1.216</b>	<b>2.842</b>	<b>2,3</b>	<b>0,61</b>

Anno 2022

Presidio	Posti letto	Ricoveri d.h.	Accessi	Accessi	Peso
				medi	medio
P.O. Andria - Plesso di Canosa	0	0	0	0,0	0,00
P.O. Andria	5	20	46	2,3	0,65
P.O. Bisceglie	0			0,0	0,00
P.O. Barletta	20	906	2.302	2,5	0,60
<b>TOTALI</b>	<b>25</b>	<b>926</b>	<b>2.348</b>	<b>2,5</b>	<b>0,60</b>

*Differenza 2023 vs. 2022*

Presidio	Posti letto	Ricoveri d.h.	Accessi	Accessi	Peso
				medi	medio
P.O. Andria - Plesso di Canosa	0	0	0	0	0
P.O. Andria	7	36	75	2,1	0,08
P.O. Bisceglie	-3	244	435	-2,3	0,48
P.O. Barletta	20	916	2.286	2,5	0,04
<b>TOTALI</b>	<b>4</b>	<b>290</b>	<b>494</b>	<b>-0,2</b>	<b>0,01</b>

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ricov. ord.	33.346	30.387	29.909	28.732	27.734	26.910	24.969	18.736	17.777	18.961	22.039
Ricov. diurni	8.451	5.394	2.836	2.336	2.688	2.076	1.136	787	755	926	1.216
<b>Totale</b>	<b>41.797</b>	<b>35.781</b>	<b>32.745</b>	<b>31.068</b>	<b>30.422</b>	<b>28.986</b>	<b>26.105</b>	<b>19.523</b>	<b>18.532</b>	<b>19.887</b>	<b>23.255</b>

Dal confronto dei dati informativi di Edotto Gestionale rilevati per gli anni 2023 e 2022 si evidenzia un incremento dei casi trattati in regime di ricovero ordinario, pari a 16,2%, attribuibile principalmente alla ripresa dei ricoveri programmati e al recupero delle liste di attesa.

Analogo effetto si registra anche sull'attività in regime di Day Hospital/ Day Surgery, congiuntamente all'implementazione del "setting" assistenziale denominato "Day Service", le cui risultanze sono riportate nelle tabelle relative all'attività ambulatoriale. Il "Day Service" consiste in pacchetti di prestazioni ambulatoriali effettuabili in più accessi, ai fini diagnostici e/o terapeutici; tutto ciò ha, di fatto, trasformato, attraverso un percorso virtuoso, un consistente numero di ricoveri in pacchetti di prestazioni ambulatoriali complesse.

Il fenomeno sopra descritto, determinato anche da una maggiore attenzione all'appropriatezza dei ricoveri ed al maggiore filtro operato dalle strutture di emergenza/urgenza e di assistenza alla cronicità, possono purtroppo avere ripercussioni sull'incremento dei flussi migratori intra ed extra regionali, laddove non vengano applicate le medesime regole di appropriatezza, motivo per cui l'Azienda ha incrementato le attività di controllo da parte dell'UVAR.

**Tab MDC per sesso**

								<b>2023-2022</b>		
		<b>2023</b>			<b>2022</b>			<b>Diff. %</b>		
<b>MDC</b>	<b>DESC</b>	<b>Uomini</b>	<b>Donne</b>	<b>Totale</b>	<b>Uomini</b>	<b>Donne</b>	<b>Totale</b>	<b>Uomini</b>	<b>Donne</b>	<b>Totale</b>
1	malattie e disturbi del sistema nervoso	873	713	1.586	816	627	1.443	7,0%	13,7%	9,9%
2	malattie e disturbi dell'occhio	111	93	204	97	81	178	14,4%	14,8%	14,6%
3	malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	302	190	492	232	120	352	30,2%	58,3%	39,8%
4	malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	1.381	1.076	2.457	1.435	1.059	2.494	-3,8%	1,6%	-1,5%
5	malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	1.944	1.122	3.066	1.592	931	2.523	22,1%	20,5%	21,5%
6	malattie e disturbi dell'apparato digerente	1.581	909	2.490	1.265	749	2.014	25,0%	21,4%	23,6%
7	malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	524	563	1.087	478	424	902	9,6%	32,8%	20,5%
8	malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	1.093	1.535	2.628	1.056	1.448	2.504	3,5%	6,0%	5,0%
9	malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella	143	236	379	100	242	342	43,0%	-2,5%	10,8%
10	malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	375	442	817	392	473	865	-4,3%	-6,6%	-5,5%
11	malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	839	445	1.284	697	427	1.124	20,4%	4,2%	14,2%
12	malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	494		494	226		226	118,6%		118,6%
13	malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile		506	506		318	318		59,1%	59,1%
14	gravidanza, parto e puerperio		2.451	2.451		2.003	2.003		22,4%	22,4%
15	malattie e disturbi del periodo neonatale	827	759	1.586	669	649	1.318	23,6%	16,9%	20,3%
16	malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	50	65	115	49	63	112	2,0%	3,2%	2,7%
17	malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	244	221	465	201	230	431	21,4%	-3,9%	7,9%
18	malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	869	762	1.631	620	557	1.177	40,2%	36,8%	38,6%
19	malattie e disturbi mentali	319	183	502	279	187	466	14,3%	-2,1%	7,7%
20	abuso di alcol/droghe e disturbi mentali organici indotti	48	8	56	43	9	52	11,6%	-11,1%	7,7%
21	traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	114	70	184	123	71	194	-7,3%	-1,4%	-5,2%
23	fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	212	218	430	188	226	414	12,8%	-3,5%	3,9%
24	traumatismi multipli rilevanti	33	21	54	41	16	57	-19,5%	31,3%	-5,3%
25	infezioni da h.i.v.	10	4	14	6	2	8	66,7%	100,0%	75,0%
NA	DRG NON CLASSIFICABILI	165	90	255	143	85	228	15,4%	5,9%	11,8%
<b>Totale complessivo (Pubblico + Privato Accreditato)</b>		<b>12.551</b>	<b>12.682</b>	<b>25.233</b>	<b>10.748</b>	<b>10.997</b>	<b>21.745</b>	<b>16,8%</b>	<b>15,3%</b>	<b>16,0%</b>

La tabella evidenzia una leggera prevalenza dell'ospedalizzazione (Pubblica e Privata Accreditata) delle donne, rispetto agli uomini, con un incremento complessivo dei ricoveri effettuati nell'anno 2023 pari al 16%. Le maggiori patologie trattate non considerando gravidanza, parto e puerperio (MDC 14) e malattie del periodo neonatale (MDC 15), hanno riguardato prevalentemente, malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (MDC 5) n. 3.066 episodi di ricovero, malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (MDC 8) n.2.628 episodi di ricovero, malattie e disturbi dell'apparato digerente (MDC 6) n. 2.490 episodi di ricovero e malattie e disturbi dell'apparato respiratorio (MDC 4) n.2.457 episodi di ricovero;

Al fine di poter valutare i volumi di produzione e i principali indicatori di attività, attraverso un confronto con le restanti Asl pugliesi, si è proceduto ad incrociare le risultanze del 2024 con il dato anno 2019 (Pre COVID), raffrontando per disciplina, le risultanze delle singole Unità Operative con il dato medio delle restanti asl Pugliesi. Si riportano di seguito le risultanze emerse.

Una prima analisi effettuata ha riguardato i volumi di produzione, in termini economici, ed in particolare la variazione % registrata a tutto **settembre 2024** raffrontata al medesimo periodo del 2019 (Anno di riferimento pre-covid) (**Fonte Sistema Informativo Direzionale DISAR al 23 gennaio 2025 Dato Non consolidato**).

## DISCIPLINE CHIRURGICHE: Confronto con la media regionale delle restanti Asl

Come si evince dalla lettura del seguente report, in Regione Puglia si registra una **riduzione media a livello regionale** rispettivamente del **-9.8% del valore dei ricoveri** e del **-11.8% del valore delle prestazioni ambulatoriali e day service**. **Diversamente, per l'Asl Bt** si registra in controtendenza rispetto alla media regionale, un incremento del **11.3 % del valore dei ricoveri e del 42 % del valore delle prestazioni ambulatoriali e di day service**. Alla luce di quanto evidenziato in termini di volumi si può pertanto affermare che l'attività chirurgica di ricovero è riuscita a recuperare il gap dei precedenti anni dovuti alla pandemia, sebbene tale incremento di attività non si traduca anche in abbattimento delle liste di attesa stante la domanda crescente di prestazioni.

Si riporta di seguito il report per singola disciplina:

### Asl Regione Puglia Esclusa Asl BT

DISCIPLINA	Asl Regione Puglia Esclusa BT 2019		Asl Regione Puglia Esclusa BT 2024		Asl Regione Esclusa BT 2024/2019 Var %	
	Ricoveri	Specialistic	Ricoveri	Specialistic	Ricov	Specialis tica
09 - chirurgia generale	52.591.909,84	7.506.699,28	46.905.582,00	5.858.855,59	-10,8%	-22,0%
30 - neurochirurgia	13.773.930,40	550.524,15	9.645.777,00	1.934.445,71	-30,0%	251,4%
34 - oculistica	2.398.172,26	23.027.836,53	1.704.953,00	19.228.861,87	-28,9%	-16,5%
36 - ortopedia e traumatologia	56.193.690,07	8.484.266,81	55.249.537,95	7.643.951,56	-1,7%	-9,9%
37 - ostetricia e ginecologia	32.679.053,36	6.260.743,73	26.365.226,00	6.799.866,57	-19,3%	8,6%
38 - otorinolaringoiatria	7.332.179,54	2.768,30	6.444.614,50	929,64	-12,1%	-66,4%
43 - urologia	15.618.571,74	4.520.196,48	16.569.467,00	2.929.645,55	6,1%	-35,2%
	<b>180.587.507</b>	<b>50.353.035</b>	<b>162.885.157</b>	<b>44.396.556</b>	<b>-9,8%</b>	<b>-11,8%</b>

Nel report che segue, con riferimento a ciascuna disciplina, nelle ultime due colonne è possibile verificare in verde le strutture che hanno avuto nel 2024 sul 2019, una variazione %, migliore di quella registrata nelle medesime discipline dalle restanti asl pugliesi, ed in rosso le strutture che registrano un peggioramento.

DISCIPLINA	Asl Regione Esclusa BT 2024/2019 Var %		Asl BT 2019		Asl BT 2024		Asl BT 2024/2019 Var %		Performance Rispetto Alla Media Delle Restanti Asl Regionali	
	Ricov	Specialistica	Ricoveri	Specialistiche	Ricoveri	Specialistiche	Ricov	Specialistica	Ricoveri	Specialistica
09 - chirurgia generale	-10,8%	-22,0%	7.620.232,24	1.089.138,79	9.085.930,00	1.919.659,40	19,2%	76,3%	Migliore	Migliore
30 - neurochirurgia	-30,0%	251,4%	3.142.895,70	57.502,20	3.422.925,00	491.454,69	8,9%	754,7%	Migliore	Migliore
34 - oculistica	-28,9%	-16,5%	190.683,56	1.718.296,06	175.405,00	1.904.489,30	-8,0%	10,8%	Migliore	Migliore
36 - ortopedia e traumatologia	-1,7%	-9,9%	7.509.776,61	1.354.747,40	7.659.670,10	1.544.161,39	2,0%	14,0%	Migliore	Migliore
37 - ostetricia e ginecologia	-19,3%	8,6%	4.090.895,10	629.759,72	2.819.090,50	1.010.906,59	-31,1%	60,5%	Peggioro	Migliore
38 - otorinolaringoiatria	-12,1%	-66,4%	2.378.058,90	0,00	2.233.114,00	0,00	-6,1%		Migliore	Migliore
43 - urologia	6,1%	-35,2%	1.339.023,00	513.949,67	3.836.524,00	742.854,29	186,5%	44,5%	Migliore	Migliore
	<b>-9,8%</b>	<b>-11,8%</b>	<b>26.271.565</b>	<b>5.363.394</b>	<b>29.232.659</b>	<b>7.613.526</b>	<b>11,3%</b>	<b>42,0%</b>	<b>Migliore</b>	<b>Migliore</b>

### DISCIPLINE MEDICHE: Confronto con la media regionale delle restanti Asl

Anche per le discipline mediche, si registra un miglioramento dei volumi di produzione rispetto alla media regionale. Nello specifico, a fronte di una **riduzione media a livello regionale** rispettivamente del **-17,4% del valore dei ricoveri** e del **-30,4 % del valore delle prestazioni ambulatoriali e di day service**, è possibile evince **per l'Asl Bt un sostanziale riallineamento rispetto ai ricoveri con il 2019 attestandosi la riduzione all' -0.5% registrando di contro un significativo incremento + 28 % del valore delle prestazioni ambulatoriali e di day service.**

DISCIPLINA	Asl Regione Puglia Esclusa BT 2019		Asl Regione Puglia Esclusa BT 2024		Asl Regione Esclusa BT 2024/2019 Var %	
	Ricoveri	Specialistiche	Ricoveri	Specialistiche	Ricov	Specialistica
08 - cardiologia	51.010.783,28	12.363.005,16	43.693.521,00	8.194.846,94	-14,3%	-33,7%
18 - ematologia	9.808.091,60	1.662.931,14	6.682.873,00	2.508.887,11	-31,9%	50,9%
21 - geriatria	9.026.863,30	100.413,66	7.537.478,00	499.805,62	-16,5%	397,7%
24 - malattie infettive e tropicali	5.712.274,12	138.859,40	5.953.095,00	135.360,63	4,2%	-2,5%
26 - medicina generale	64.160.819,82	5.925.608,30	51.546.440,50	5.247.030,01	-19,7%	-11,5%
29 - nefrologia	12.251.304,58	40.003.054,98	9.316.163,00	21.234.410,14	-24,0%	-46,9%
31 - nido	6.097.105,28	0,00	5.628.495,00	0,00	-7,7%	
32 - neurologia	14.413.718,58	2.326.831,76	10.337.989,00	2.486.818,79	-28,3%	6,9%
39 - pediatria	17.778.182,32	1.136.252,99	12.676.322,00	1.185.038,32	-28,7%	4,3%
40 - psichiatria	5.528.721,94	1.053.926,22	4.827.529,00	336.968,84	-12,7%	-68,0%
49 - terapia intensiva	17.499.422,36	0,00	14.825.449,00	0,00	-15,3%	
50 - unità coronarica	6.454.860,16	0,00	5.512.189,00	0,00	-14,6%	
56 - recupero e riabilitazione funzioni	7.444.581,15	2.818.973,28	7.810.661,24	2.909.323,33	4,9%	3,2%
58 - gastroenterologia	4.330.033,02	2.832.364,08	2.726.802,00	3.061.033,25	-37,0%	8,1%
60 - lungodegenti	3.164.730,80	0,00	3.448.891,60	0,00	9,0%	
64 - oncologia	5.927.291,08	5.699.297,93	6.236.151,00	5.129.486,42	5,2%	-10,0%
	<b>240.608.783</b>	<b>76.061.519</b>	<b>198.760.049</b>	<b>52.929.009</b>	<b>-17,4%</b>	<b>-30,4%</b>

**DISCIPLINE MEDICHE**

DISCIPLINA	Asl Regione Esclusa BT 2024/2019 Var %		Asl BT 2019		Asl BT 2024		Asl BT 2024/2019 Var %		Performance Rispetto Alla Media Delle Restanti Asl Regionali	
	Ricov	Specialistica	Ricoveri	Specialistiche	Ricoveri	Specialistiche	Ricov	Specialistica	Ricoveri	Specialistica
08 - cardiologia	-14,3%	-33,7%	7.498.364,54	1.418.333,35	7.579.539,00	1.500.320,48	1,1%	5,8%	Migliore	Migliore
18 - ematologia	-31,9%	50,9%	2.002.785,08	232.486,72	2.103.445,00	1.732.008,29	5,0%	645,0%	Migliore	Migliore
21 - geriatria	-16,5%	397,7%	557.877,74	247,92	0,00	7.678,51	-100,0%	2997,2%	Peggior	Migliore
24 - malattie infettive e tropicali	4,2%	-2,5%	1.671.484,66	68.905,00	2.038.280,00	229.690,07	21,9%	233,3%	Migliore	Migliore
26 - medicina generale	-19,7%	-11,5%	7.617.010,80	777.002,17	7.707.124,00	815.760,70	1,2%	5,0%	Migliore	Migliore
29 - nefrologia	-24,0%	-46,9%	2.087.027,60	5.655.287,78	1.479.904,00	5.771.041,19	-29,1%	2,0%	Peggior	Migliore
31 - nido	-7,7%		1.032.514,28	0,00	771.085,00	0,00	-25,3%		Peggior	Peggior
32 - neurologia	-28,3%	6,9%	2.251.949,80	359.362,55	2.720.836,00	656.986,49	20,8%	82,8%	Migliore	Migliore
39 - pediatria	-28,7%	4,3%	2.894.045,84	176.029,74	1.917.731,00	181.823,70	-33,7%	3,3%	Peggior	Peggior
40 - psichiatria	-12,7%	-68,0%	698.942,86	12.696,50	691.520,00	20.821,51	-1,1%	64,0%	Migliore	Migliore
49 - terapia intensiva	-15,3%		3.830.581,86	0,00	3.544.072,00	0,00	-7,5%		Migliore	Peggior
50 - unità coronarica	-14,6%		1.037.846,46	0,00	1.653.932,00	0,00	59,4%		Migliore	Peggior
56 - recupero e riabilitazione funzior	4,9%	3,2%	0,00	313.504,60	267.465,60	517.428,30		65,0%	Migliore	Migliore
58 - gastroenterologia	-37,0%	8,1%	989.615,60	587.406,13	1.580.385,00	625.889,73	59,7%	6,6%	Migliore	Peggior
60 - lungodegenti	9,0%		145.992,00	0,00	572.418,00	0,00	292,1%		Migliore	Peggior
64 - oncologia	5,2%	-10,0%	1.148.806,82	143.287,11	663.942,00	414.279,38	-42,2%	189,1%	Peggior	Migliore
	<b>-17,4%</b>	<b>-30,4%</b>	<b>35.464.846</b>	<b>9.744.550</b>	<b>35.291.679</b>	<b>12.473.728</b>	<b>-0,5%</b>	<b>28,0%</b>	<b>Migliore</b>	<b>Migliore</b>

**ALTRE DISCIPLINE**

In ultimo per le restanti discipline e con riferimento alla sola attività ambulatoriale, si registra un risultato eccellente se si considera che, a fronte di un decremento **a livello regionale del -7% del valore delle prestazioni ambulatoriali e di day service**, si registra **per l'Asl Bt** un incremento del 16,4%. Tutte le discipline sono in miglioramento rispetto alla media delle restanti Asl come evidenziato nel seguente prospetto.

	Asl Regione Puglia Esclusa BT 2019	Asl Regione Puglia Esclusa BT 2024	Asl Regione Esclusa BT		Asl BT 2019	Asl BT 2024	Asl BT 2024/2019 Var %	
DISCIPLINA	Specialistica	Specialistica	Specialistica		Specialistica	Specialistica	Specialistica	Specialistica
12 - chirurgia plastica	2.762.625,64	1.876.498,46	-32,1%		330.194,73	268.881,25	-18,6%	Migliore
14 - chirurgia vascolare	1.788.617,71	1.316.233,00	-26,4%		17.224,21	186.580,92	983,2%	Migliore
19 - malattie endocrine, del ricambio e metabolismo	3.344.592,09	2.394.137,17	-28,4%		304.220,13	345.791,67	13,7%	Migliore
35 - odontoiatria e stomatologia	4.696.727,62	3.573.087,41	-23,9%		882.167,77	873.477,44	-1,0%	Migliore
52 - dermatologia	3.615.716,04	2.371.324,81	-34,4%		267.554,82	295.495,29	10,4%	Migliore
66 - attività di radiodiagnostica	47.348.284,75	38.134.058,44	-19,5%		8.114.729,38	7.625.848,11	-6,0%	Migliore
67 - attività di laboratorio	46.702.061,11	55.307.722,01	18,4%		4.455.675,41	5.947.267,71	33,5%	Migliore
68 - pneumologia	2.435.535,62	2.455.497,38	0,8%		443.553,67	951.875,21	114,6%	Migliore
70 - radioterapia	7.213.060,90	6.446.847,89	-10,6%		1.961.002,84	3.163.880,97	61,3%	Migliore
71 - reumatologia	529.365,07	478.246,06	-9,7%		43.948,09	63.287,49	44,0%	Migliore
96 - terapia del dolore	571.011,95	471.622,93	-17,4%		94.601,99	118.037,29	24,8%	Migliore
99 - Altre branche	5.022.229,92	2.425.895,13	-51,7%		399.538,65	316.243,63	-20,8%	Migliore
	<b>126.029.828,42</b>	<b>117.251.170,69</b>	<b>-7,0%</b>		<b>17.314.411,69</b>	<b>20.156.666,98</b>	<b>16,4%</b>	<b>Migliore</b>

**In ultimo si riporta una tabella che quantifica il valore delle prestazioni di ricovero e ambulatoriale prodotte da ciascuna Asl rapportato alla popolazione residente, che evidenzia per l'asl bt un dato superiore alla media regionale sia nel 2019 che nel 2024 con un significativo incremento nell'ultimo anno che consente all'Asl BT di attestarsi come fatturato per cittadino residente, prima a livello regionale.**



ASL BT

PugliaSalute

Anno 2019 Gennaio - Settembre					
Asl	Ricoveri	Specialistica	Totale	Popolazione	Produttività Per Residente
160106 - br	87.566.898	41.432.617	128.999.515	385.235	335
160112 - ta	101.698.782	53.545.037	155.243.819	563.995	275
160113 - bt	61.736.411	32.423.574	94.159.985	384.801	245
160114 - ba	109.076.795	67.159.667	176.236.461	1.230.205	143
160115 - fg	37.402.633	28.679.324	66.081.956	606.904	109
160116 - le	142.334.067	61.720.782	204.054.849	782.165	261
	<b>539.815.585</b>	<b>284.961.001</b>	<b>824.776.586</b>	<b>3.953.305</b>	<b>209</b>
Anno 2024 Gennaio - Settembre					
Asl	Ricoveri	Specialistica	Totale	Popolazione	Produttività Per Residente
160106 - br	63.832.772	41.357.281	105.190.053	399.394	263
160112 - ta	86.797.374	46.582.509	133.379.883	550.738	242
160113 - bt	64.547.313	40.251.006	104.798.319	376.799	278
160114 - ba	111.204.650	80.289.136	191.493.786	1.218.867	157
160115 - fg	31.721.715	17.886.716	49.608.430	591.013	84
160116 - le	116.479.778	28.507.949	144.987.726	767.356	189
	<b>474.583.601</b>	<b>254.874.597</b>	<b>729.458.198</b>	<b>3.904.167</b>	<b>187</b>



ASL BT

PugliaSalute

**ANALISI DEI PRINCIPALI INDICATORI DI ATTIVITÀ PER DISCIPLINA CONFRONTATI CON L'ANDAMENTO MEDIO DELLE MEDESIME DISCIPLINE PRESENTI NELLE RESTANTI ASL REGIONALI.**

Ultimata l'analisi sul valore della produzione, si riporta di seguito, per singola disciplina, una analisi dei principali indicatori di attività che confronta i primi 9 mesi del 2024 evidenziando altresì, per ciascun indicatore, il posizionamento rispetto alle U.O. afferenti alle restanti Asl Pugliesi.

## Degenza media

STRUTTURA	1 Deg Media			Performance
	Asl B	Asl Pug	Asl Bt2	
<b>S.Comp. P.O. Andria - Cardiologia</b>	4,01	5,69	3,73	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Chirurgia Generale	7,91	6,29	7,52	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Andria - Medicina Interna	5,67	11,25	6,98	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Neurochirurgia	8,14	9,47	8,59	Migliore della media
<b>S.Comp. P.O. Andria - Pediatria-Neonatologia</b>	2,94	3,57	2,87	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Neurologia	8,45	9,11	9,19	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Ortopedia	7,04	7,07	6,90	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Ostetricia-Ginecologia	3,15	3,83	3,13	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Urologia	4,85	5,01	4,39	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Anestesia-Rianimazione	9,98	13,74	11,75	Migliore della media
U.O.S.V.D. Riabilitazione cardiologica Canosa	15,49	31,33	17,06	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Medicina Interna	20,50	21,25	19,85	Migliore della media
<b>S.Comp. P.O. Barletta - Cardiologia</b>	7,09	5,69	5,86	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Chirurgia Generale	7,36	6,29	6,25	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Ematologia	16,30	14,50	15,97	Peggior della Media
S.Comp. Po Barletta - Medicina Interna	10,40	11,25	11,17	Migliore della media
S.Comp. Po Barletta - Nefrologia e Dialisi	9,22	10,36	9,95	Migliore della media
<b>S.Comp. P.O. Barletta - Pediatria-Neonatologia</b>	3,83	3,57	3,89	Peggior della Media
S.Comp. Po Barletta - Neurologia	8,26	9,11	8,26	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Oculistica	5,54	5,37	5,59	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Ortopedia	6,89	7,07	7,23	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Ostetricia-Ginecologia	3,55	3,83	3,62	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - O.R.L.	4,52	4,50	5,80	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Spdc	7,98	12,52	10,63	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Anestesia-Rianimazione	17,97	13,74	14,19	Peggior della Media
S.Comp. Po Barletta - Gastroenterologia	8,04	8,07	9,15	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Oncologia	6,05	9,67	7,09	Migliore della media
U.O.S.V.D. Cardiologia PO Bisceglie - Telecardiologia	5,02	5,64	5,35	Migliore della media
U.O.S.V.D. Chirurgia Generale P.O. Bisceglie	5,77	6,29	5,34	Migliore della media
S.Comp. P.O. Bisceglie - Malattie infettive	11,91	13,82	12,60	Migliore della media
U.O.S.V.D. Ostetricia e Ginecologia P.O. Bisceglie	3,52	3,83	3,44	Migliore della media
S.Comp. P.O. Bisceglie - Medicina Interna	13,91	11,25	13,88	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Bisceglie - Medicina Interna - Lungodeg	13,92	21,25		Migliore della media
<b>U.O.S.V.D. Pediatria-Neonatologia P.O. Bisceglie</b>	3,69	3,57	3,62	Peggior della Media
U.O.S.V.D. Ortopedia P.O. Bisceglie	6,37	7,07	6,73	Migliore della media
U.O.S.V.D. Anestesia-Rianimazione P.O. Bisceglie	10,35	13,74	12,13	Migliore della media
Terapia Semiintensiva	15,00	12,45	15,00	Peggior della Media

## Valore medio Drg

STRUTTURA	2 Valore Drg Medio			
	Asl Bt	Asl Pugl	Asl Bt2	Performance
<b>S.Comp. P.O. Andria - Cardiologia</b>	5.785	4.332	5.192	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Chirurgia Generale	5.548	3.902	4.956	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Medicina Interna	4.134	4.007	4.323	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Neurochirurgia	9.219	7.414	8.970	Migliore della media
<b>S.Comp. P.O. Andria - Pediatria-Neonatologia</b>	1.143	1.266	1.178	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Andria - Neurologia	3.816	3.611	4.263	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Ortopedia	5.813	5.362	6.472	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Ostetricia-Ginecologia	1.799	1.558	1.780	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Urologia	5.215	3.473	5.869	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Anestesia-Rianimazione	14.599	12.979	18.179	Migliore della media
U.O.S.V.D. Riabilitazione cardiologica Canosa	3.821	7.045	4.212	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Andria - Medicina Interna	3.135	3.191	2.997	Peggior della Media
<b>S.Comp. P.O. Barletta - Cardiologia</b>	3.633	4.332	3.217	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Chirurgia Generale	2.823	3.902	2.487	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Ematologia	13.202	10.222	14.746	Migliore della media
S.Comp. Po Barletta - Medicina Interna	3.799	4.007	3.754	Peggior della Media
S.Comp. Po Barletta - Nefrologia e Dialisi	3.381	3.745	3.400	Peggior della Media
<b>S.Comp. P.O. Barletta - Pediatria-Neonatologia</b>	1.421	1.266	1.254	Migliore della media
S.Comp. Po Barletta - Neurologia	3.905	3.611	4.170	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Oculistica	1.757	1.711	1.865	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Ortopedia	5.672	5.362	5.893	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Ostetricia-Ginecologia	1.182	1.558	1.232	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - O.R.L.	3.181	2.871	3.388	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Spdc	1.637	1.873	1.741	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Anestesia-Rianimazione	18.386	12.979	17.075	Migliore della media
S.Comp. Po Barletta - Gastroenterologia	3.049	3.012	3.132	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Oncologia	2.568	3.361	3.066	Peggior della Media
U.O.S.V.D. Cardiologia PO Bisceglie - Telecardiologia	3.460	4.351	3.664	Peggior della Media
U.O.S.V.D. Chirurgia Generale P.O. Bisceglie	3.973	3.902	3.323	Migliore della media
S.Comp. P.O. Bisceglie - Malattie infettive	4.598	4.586	5.064	Migliore della media
U.O.S.V.D. Ostetricia e Ginecologia P.O. Bisceglie	1.277	1.558	1.237	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Bisceglie - Medicina Interna	5.048	4.007	4.187	Migliore della media
S.Comp. P.O. Bisceglie - Medicina Interna - Lungodeg	2.144	3.191		Peggior della Media
<b>U.O.S.V.D. Pediatria-Neonatologia P.O. Bisceglie</b>	1.449	1.266	1.460	Migliore della media
U.O.S.V.D. Ortopedia P.O. Bisceglie	7.201	5.362	7.226	Migliore della media
U.O.S.V.D. Anestesia-Rianimazione P.O. Bisceglie	15.020	12.979	14.236	Migliore della media
Terapia Semiintensiva	5.744	8.513	5.453	Peggior della Media



## Peso Medio

	3 Peso Medio			
STRUTTURA	Asl	A	As	Performance
S.Comp. P.O. Andria - Cardiologia	1,71	1,40	1,62	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Chirurgia Generale	1,61	1,28	1,49	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Medicina Interna	1,36	1,29	1,38	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Neurochirurgia	2,52	2,08	2,43	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Pediatria-Neonatologia	0,32	0,36	0,31	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Andria - Neurologia	1,20	1,17	1,28	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Ortopedia	1,60	1,53	1,77	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Ostetricia-Ginecologia	0,63	0,60	0,62	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Urologia	1,61	1,11	1,70	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Anestesia-Rianimazione	4,09	3,67	4,92	Migliore della media
U.O.S.V.D. Riabilitazione cardiologica Canosa	0,79	0,87	1,12	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Andria - Medicina Interna	1,06	1,16	1,00	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Cardiologia	1,23	1,40	1,14	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Chirurgia Generale	1,05	1,28	0,97	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Ematologia	3,78	3,21	4,24	Migliore della media
S.Comp. Po Barletta - Medicina Interna	1,24	1,29	1,24	Peggior della Media
S.Comp. Po Barletta - Nefrologia e Dialisi	1,07	1,21	1,09	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Pediatria-Neonatologia	0,42	0,36	0,34	Migliore della media
S.Comp. Po Barletta - Neurologia	1,27	1,17	1,32	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Oculistica	0,83	0,87	0,84	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Ortopedia	1,59	1,53	1,60	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Ostetricia-Ginecologia	0,56	0,60	0,55	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - O.R.L.	1,05	1,03	1,10	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Spdc	0,69	0,72	0,71	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Anestesia-Rianimazione	4,87	3,67	4,60	Migliore della media
S.Comp. Po Barletta - Gastroenterologia	1,01	1,02	1,02	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Oncologia	1,11	1,14	1,13	Peggior della Media
U.O.S.V.D. Cardiologia PO Bisceglie - Telecardiologia	1,17	1,39	1,24	Peggior della Media
U.O.S.V.D. Chirurgia Generale P.O. Bisceglie	1,26	1,28	1,13	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Bisceglie - Malattie infettive	1,46	1,39	1,57	Migliore della media
U.O.S.V.D. Ostetricia e Ginecologia P.O. Bisceglie	0,54	0,60	0,52	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Bisceglie - Medicina Interna	1,57	1,29	1,34	Migliore della media
S.Comp. P.O. Bisceglie - Medicina Interna - Lungodeg	1,58	1,16		Migliore della media
U.O.S.V.D. Pediatria-Neonatologia P.O. Bisceglie	0,36	0,36	0,34	Peggior della Media
U.O.S.V.D. Ortopedia P.O. Bisceglie	1,83	1,53	1,79	Migliore della media
U.O.S.V.D. Anestesia-Rianimazione P.O. Bisceglie	4,08	3,67	3,94	Migliore della media
Terapia Semiintensiva	1,76	2,41	1,73	Peggior della Media

## Degenza Post Operatoria

	4 Deg Post Operatoria			
STRUTTURA	Asl B	Asl	Asl Bt	Performance
S.Comp. P.O. Andria - Chirurgia Generale	6,09	4,30	5,31	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Andria - Neurochirurgia	5,34	6,82	5,66	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Ortopedia	3,95	5,10	4,23	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Ostetricia-Ginecologia	3,02	3,00	2,93	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Andria - Urologia	3,68	3,73	3,40	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Chirurgia Generale	4,07	4,30	4,06	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Oculistica	3,38	2,24	3,84	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Ortopedia	5,24	5,10	5,36	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Ostetricia-Ginecologia	2,82	3,00	3,23	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - O.R.L.	3,58	3,57	4,77	Peggior della Media
U.O.S.V.D. Chirurgia Generale P.O. Bisceglie	3,84	4,30	3,26	Migliore della media
U.O.S.V.D. Ostetricia e Ginecologia P.O. Bisceglie	2,93	3,00	2,86	Migliore della media
U.O.S.V.D. Ortopedia P.O. Bisceglie	5,39	5,10	5,64	Peggior della Media

## Appropriatezza chirurgica

Percentuale dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici

	5 Appropriatezza Chirurgica			
STRUTTURA	Asl B	Asl Pug	Asl Bt	Performance
S.Comp. P.O. Andria - Chirurgia Generale	26,11	28,43	23,11	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Neurochirurgia	14,98	33,79	18,09	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Ortopedia	16,06	10,78	9,31	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Andria - Ostetricia-Ginecologia	57,91	74,01	59,50	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Urologia	10,40	23,47	8,78	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Chirurgia Generale	31,85	28,43	30,52	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Oculistica	31,25	24,88	33,77	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Ortopedia	14,99	10,78	14,44	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Ostetricia-Ginecologia	116,54	74,01	119,42	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - O.R.L.	22,03	25,36	22,99	Migliore della media
U.O.S.V.D. Chirurgia Generale P.O. Bisceglie	25,87	28,43	27,00	Migliore della media
U.O.S.V.D. Ostetricia e Ginecologia P.O. Bisceglie	94,32	74,01	94,40	Peggior della Media
U.O.S.V.D. Ortopedia P.O. Bisceglie	5,95	10,78	8,66	Migliore della media

## Appropriatezza Drg Lea

Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario.

	6 Appropriatezza Drg Lea/Drg Totali			
STRUTTURA	Asl Bt	Asl Pug	Asl Bt2	Performance
<b>S.Comp. P.O. Andria - Cardiologia</b>	2,49	5,12	1,63	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Chirurgia Generale	8,45	36,84	9,96	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Medicina Interna	1,65	6,65	1,10	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Neurochirurgia	1,94	8,06	3,63	Migliore della media
<b>S.Comp. P.O. Andria - Pediatria-Neonatologia</b>	4,99	9,55	1,80	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Neurologia	6,27	11,49	3,49	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Ortopedia	8,73	22,30	3,20	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Ostetricia-Ginecologia	2,09	12,39	2,92	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Urologia	6,00	20,96	3,14	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Anestesia-Rianimazione	0,00	1,51	0,00	Migliore della media
U.O.S.V.D. Riabilitazione cardiologica Canosa	0,00	37,55	0,00	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Medicina Interna	14,58	11,30	52,24	Peggior della Media
<b>S.Comp. P.O. Barletta - Cardiologia</b>	5,69	5,12	7,54	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Chirurgia Generale	86,96	36,84	114,26	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Ematologia	10,92	45,00	4,35	Migliore della media
S.Comp. Po Barletta - Medicina Interna	0,48	6,65	1,53	Migliore della media
S.Comp. Po Barletta - Nefrologia e Dialisi	1,50	2,88	3,30	Migliore della media
<b>S.Comp. P.O. Barletta - Pediatria-Neonatologia</b>	7,97	9,55	6,48	Migliore della media
S.Comp. Po Barletta - Neurologia	9,11	11,49	4,56	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Oculistica	447,62	419,69	268,09	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Ortopedia	14,94	22,30	15,53	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Ostetricia-Ginecologia	9,24	12,39	16,65	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - O.R.L.	14,88	63,12	23,88	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Spdc	10,37	9,22	5,79	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Anestesia-Rianimazione	0,00	1,51	0,00	Migliore della media
S.Comp. Po Barletta - Gastroenterologia	13,93	17,62	8,61	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Oncologia	79,41	22,30	43,16	Peggior della Media
U.O.S.V.D. Cardiologia PO Bisceglie - Telecardiologia	4,53	5,19	4,69	Migliore della media
U.O.S.V.D. Chirurgia Generale P.O. Bisceglie	31,49	36,84	45,89	Migliore della media
S.Comp. P.O. Bisceglie - Malattie infettive	4,62	6,66	2,64	Migliore della media
U.O.S.V.D. Ostetricia e Ginecologia P.O. Bisceglie	9,30	12,39	11,52	Migliore della media
S.Comp. P.O. Bisceglie - Medicina Interna	0,46	6,65	1,23	Migliore della media
S.Comp. P.O. Bisceglie - Medicina Interna - Lungodeg	0,00	11,30	#N/D	Migliore della media
<b>U.O.S.V.D. Pediatria-Neonatologia P.O. Bisceglie</b>	3,65	9,55	2,16	Migliore della media
U.O.S.V.D. Ortopedia P.O. Bisceglie	10,04	22,30	15,50	Migliore della media
U.O.S.V.D. Anestesia-Rianimazione P.O. Bisceglie	0,00	1,51	0,00	Migliore della media
Terapia Semiintensiva	0,00	0,00	0,00	In linea con la media

## Dimissioni Volontarie

	7) Dimissioni Volontarie			
STRUTTURA	Asl B	Asl	Asl Bt	Performance
<b>S.Comp. P.O. Andria - Cardiologia</b>	1,52	2,17	1,32	Migliore della
S.Comp. P.O. Andria - Chirurgia Generale	5,26	2,44	4,41	Peggior della
S.Comp. P.O. Andria - Medicina Interna	1,02	3,85	2,41	Migliore della
S.Comp. P.O. Andria - Neurochirurgia	1,27	3,03	2,14	Migliore della
<b>S.Comp. P.O. Andria - Pediatria-Neonatologia</b>	0,49	2,37	0,63	Migliore della
S.Comp. P.O. Andria - Neurologia	2,31	2,10	1,83	Peggior della
S.Comp. P.O. Andria - Ortopedia	0,35	1,35	0,65	Migliore della
S.Comp. P.O. Andria - Ostetricia-Ginecologia	2,06	2,59	0,62	Migliore della
S.Comp. P.O. Andria - Urologia	1,16	0,94	0,63	Peggior della
S.Comp. P.O. Andria - Anestesia-Rianimazione	0,00	0,89	0,00	Migliore della
U.O.S.V.D. Riabilitazione cardiologica Canosa	1,43	3,05	1,29	Migliore della
S.Comp. P.O. Andria - Medicina Interna	0,45	3,06	1,96	Migliore della
<b>S.Comp. P.O. Barletta - Cardiologia</b>	2,23	2,17	3,12	Peggior della
S.Comp. P.O. Barletta - Chirurgia Generale	3,30	2,44	2,71	Peggior della
S.Comp. P.O. Barletta - Ematologia	0,52	1,68	0,46	Migliore della
S.Comp. Po Barletta - Medicina Interna	4,96	3,85	4,85	Peggior della
S.Comp. Po Barletta - Nefrologia e Dialisi	3,16	2,61	4,79	Peggior della
<b>S.Comp. P.O. Barletta - Pediatria-Neonatologia</b>	2,07	2,37	1,99	Migliore della
S.Comp. Po Barletta - Neurologia	1,62	2,10	1,71	Migliore della
S.Comp. P.O. Barletta - Oculistica	3,57	2,91	3,90	Peggior della
S.Comp. P.O. Barletta - Ortopedia	2,25	1,35	1,11	Peggior della
S.Comp. P.O. Barletta - Ostetricia-Ginecologia	1,49	2,59	1,16	Migliore della
S.Comp. P.O. Barletta - O.R.L.	0,24	3,19	0,70	Migliore della
S.Comp. P.O. Barletta - Spdc	22,90	6,61	22,19	Peggior della
S.Comp. P.O. Barletta - Anestesia-Rianimazione	0,00	0,89	0,00	Migliore della
S.Comp. Po Barletta - Gastroenterologia	4,55	3,61	4,61	Peggior della
S.Comp. P.O. Barletta - Oncologia	1,64	1,76	0,21	Migliore della
U.O.S.V.D. Cardiologia PO Bisceglie - Telecardiologia	1,08	1,83	1,57	Migliore della
U.O.S.V.D. Chirurgia Generale P.O. Bisceglie	0,35	2,44	0,15	Migliore della
S.Comp. P.O. Bisceglie - Malattie infettive	1,15	2,75	0,43	Migliore della
U.O.S.V.D. Ostetricia e Ginecologia P.O. Bisceglie	2,27	2,59	2,24	Migliore della
S.Comp. P.O. Bisceglie - Medicina Interna	0,92	3,85	2,23	Migliore della
S.Comp. P.O. Bisceglie - Medicina Interna - Lungodeg	0,00	3,06	#N/D	Migliore della
<b>U.O.S.V.D. Pediatria-Neonatologia P.O. Bisceglie</b>	2,31	2,37	1,53	Migliore della
U.O.S.V.D. Ortopedia P.O. Bisceglie	0,40	1,35	0,00	Migliore della
U.O.S.V.D. Anestesia-Rianimazione P.O. Bisceglie	1,14	0,89	1,00	Peggior della
Terapia Semintensiva	0,00	0,00	4,55	In linea con lla



## Ricoveri Ripetuti

	8) Ricoveri Ripetuti			
STRUTTURA	Asl E	Asl	Asl Bt	Performance
<b>S.Comp. P.O. Andria - Cardiologia</b>	0,009	0,012	0,02	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Chirurgia Generale	0,006	0,007	0,01	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Medicina Interna	0,033	0,029	0,05	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Andria - Neurochirurgia	0,011	0,010	0,01	Peggior della Media
<b>S.Comp. P.O. Andria - Pediatria-Neonatologia</b>	0,002	0,006	0,00	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Neurologia	0,021	0,014	0,01	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Andria - Ortopedia	0,005	0,006	0,01	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Ostetricia-Ginecologia	0,007	0,007	0,01	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Andria - Urologia	0,005	0,005	0,00	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Anestesia-Rianimazione	0,020	0,030	0,01	Migliore della media
U.O.S.V.D. Riabilitazione cardiologica Canosa	0,086	0,088	0,13	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Medicina Interna	0,200	0,308	0,16	Migliore della media
<b>S.Comp. P.O. Barletta - Cardiologia</b>	0,013	0,012	0,02	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Chirurgia Generale	0,003	0,007	0,00	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Ematologia	0,238	0,150	0,24	Peggior della Media
S.Comp. Po Barletta - Medicina Interna	0,033	0,029	0,05	Peggior della Media
S.Comp. Po Barletta - Nefrologia e Dialisi	0,063	0,062	0,06	Peggior della Media
<b>S.Comp. P.O. Barletta - Pediatria-Neonatologia</b>	0,013	0,006	0,01	Peggior della Media
S.Comp. Po Barletta - Neurologia	0,016	0,014	0,01	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Oculistica	0,009	0,018	0,01	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Ortopedia	0,004	0,006	0,01	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Ostetricia-Ginecologia	0,009	0,007	0,01	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - O.R.L.	0,005	0,007	0,00	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Spdc	0,133	0,110	0,09	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Anestesia-Rianimazione	0,014	0,030	0,01	Migliore della media
S.Comp. Po Barletta - Gastroenterologia	0,027	0,023	0,01	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Oncologia	0,013	0,083	0,04	Migliore della media
U.O.S.V.D. Cardiologia PO Bisceglie - Telecardiologia	0,030	0,011	0,02	Peggior della Media
U.O.S.V.D. Chirurgia Generale P.O. Bisceglie	0,003	0,007	0,01	Migliore della media
S.Comp. P.O. Bisceglie - Malattie infettive	0,054	0,035	0,04	Peggior della Media
U.O.S.V.D. Ostetricia e Ginecologia P.O. Bisceglie	0,005	0,007	0,01	Migliore della media
S.Comp. P.O. Bisceglie - Medicina Interna	0,037	0,029	0,03	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Bisceglie - Medicina Interna - Lungodeg	0,880	0,308	#N/D	Peggior della Media
<b>U.O.S.V.D. Pediatria-Neonatologia P.O. Bisceglie</b>	0,001	0,006	0,00	Migliore della media
U.O.S.V.D. Ortopedia P.O. Bisceglie	0,000	0,006	0,00	Migliore della media
U.O.S.V.D. Anestesia-Rianimazione P.O. Bisceglie	0,045	0,030	0,05	Peggior della Media
Terapia Semiintensiva	0,250	0,032	0,05	Peggior della Media

Nelle tabelle seguenti sono indicati i principali indicatori TREEMAP di Edotto Direzionale relativi al Piano Nazionale Esiti (P.N.E.) di Agenas, che raffrontano le performance relative al 2019 – 2024 (2024 sono ancora dati provvisori).

### PNE N.001 - Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni Cardiocircolatorio

Standard di qualità

Standard	Color
≤ 6 Molto Alto	Dark Green
6 – 8 Alto	Light Green
8 – 12 Medio	Yellow
12 – 14 Basso	Orange
> 14 Molto Basso	Red

Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Decessi 30 GG	N. Episodi IMA	Proporzione decessi a 30 GG
2024	bt (160113)	26	363	7,16%
2023	bt (160113)	50	501	9,98%
2022	bt (160113)	56	487	11,50%
2021	bt (160113)	50	432	11,57%
2020	bt (160113)	74	500	14,80%
2019	bt (160113)	50	596	8,39%

### PNE N.006 - Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni Cardiocircolatorio

Standard di qualità

Standard	Color
≥ 60 Molto Alto	Dark Green
46 – 60 Alto	Light Green
36 – 46 Medio	Yellow
26 – 36 Basso	Orange
< 26 Molto Basso	Red

Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Episodi IMA con PTCA entro 2 GG	N. Episodi IMA	Proporzione IMA trattati con PTCA entro 2 GG
2024	bt (160113)	205	370	55,41%
2023	bt (160113)	231	498	46,39%
2022	bt (160113)	243	483	50,31%
2021	bt (160113)	225	432	52,08%
2020	bt (160113)	228	496	45,97%
2019	bt (160113)	259	593	43,68%

**PNE N.015 - Scoppio cardiaco congestizio: mortalita' a 30 giorni**

Cardiocircolatorio



Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Decessi 30 GG	N. Ricoveri SCC	Proporzione decessi a 30 GG
2024	bt (160113)	18	294	6,12%
2023	bt (160113)	20	388	6,16%
2022	bt (160113)	32	349	9,17%
2021	bt (160113)	20	213	9,39%
2020	bt (160113)	29	359	8,08%
2019	bt (160113)	57	694	8,21%

**AREA CLINICA CEREBROVASCOLARE****PNE N.018 - Ictus ischemico: mortalita' a 30 giorni**

Nervoso



Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Decessi 30 GG	N. Ricoveri Ictus Ischemico	Proporzione decessi a 30 GG
2024	bt (160113)	25	254	9,84%
2023	bt (160113)	23	321	7,17%
2022	bt (160113)	38	279	13,62%
2021	bt (160113)	40	235	17,02%
2020	bt (160113)	32	215	14,88%
2019	bt (160113)	25	223	11,21%

**PNE N.601 - Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalita' a 30 giorni dall'intervento di craniotomia**

Nervoso



ASL BT

PugliaSalute

## Standard di qualità



≤ 1.6 Molto Alto

1.6 – 3.6  
Medio3.6 – 6  
Basso

&gt; 6 Molto Basso

Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Decessi 30 GG	N. Ricoveri Intervento Craniotomia	Proporzione Decessi a 30 GG
2024	bt (160113)	2	35	5,71%
2023	bt (160113)	2	45	4,44%
2022	bt (160113)	3	39	7,69%
2021	bt (160113)	2	41	4,88%
2020	bt (160113)	1	28	3,57%
2019	bt (160113)	1	34	2,94%

## AREA CLINICA MUSCOLOSCHLETRICA

## PNE N.068 - Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico

Osteomuscolare

## Standard di qualità



&lt; 2 Molto Alto

2 – 4  
Alto4 – 6  
Medio

6 – 8 Basso



≥ 8 Molto Basso

Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Ricoveri Intervento Tibia Perone	Mediana N. Giorni Attesa Intervento Tibia Perone
2024	bt (160113)	41	6,00
2023	bt (160113)	58	4,00
2022	bt (160113)	55	4,00
2021	bt (160113)	52	4,00
2020	bt (160113)	46	4,00
2019	bt (160113)	48	6,00

## PNE N.042 - Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni

Osteomuscolare

## Standard di qualità



≥ 70 Molto Alto

60 – 70  
Alto60 – 60  
Medio40 – 60  
Basso

&lt; 40 Molto Basso

Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Ricoveri Frattura Collo Femore Operati 0-2 GG	N. Ricoveri Diagnosi Frattura Collo Femore	Pazienti Operati Entro 2 Giorni
2024	bt (160113)	226	364	62,09%
2023	bt (160113)	374	505	74,06%
2022	bt (160113)	361	465	77,63%
2021	bt (160113)	309	408	75,74%
2020	bt (160113)	315	450	70,00%
2019	bt (160113)	308	463	66,52%

**AREA CLINICA PERINATALE**

**PNE N.037 - Proporzione di parti con taglio cesareo primario**

Gravidanza e Parto



Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Parti Cesarei Primari	N. Parti No Progresso Cesareo	% Parti Cesarei Primari
2024	bt (160113)	217	1.029	21,09%
2023	bt (160113)	245	1.256	19,51%
2022	bt (160113)	233	1.052	22,16%
2021	bt (160113)	246	1.146	21,47%
2020	bt (160113)	333	1.344	24,78%
2019	bt (160113)	344	1.718	20,02%

**PNE N.203 - Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio**

Gravidanza e Parto



Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Parti Naturali con Complicanze Severe	N. Parti Naturali	% Complicanze Severe entro 42 gg Parto Naturale
2024	bt (160113)	1	653	0,15%
2023	bt (160113)	2	1.022	0,20%
2022	bt (160113)	2	823	0,24%
2021	bt (160113)	2	901	0,22%
2020	bt (160113)	4	1.019	0,39%
2019	bt (160113)	9	1.378	0,65%

**PNE N.317 - Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio**

Gravidanza e Parto



## Standard di qualità

■ ≤ 0.30 Molto Alto    
 ■ 0.30 – 1.2 Medio    
 ■ > 1.2 Molto Basso

Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Parti Cesarei con Complicanze Severe	N. Parti Cesarei	% Complicanze Severe entro 42 gg Parto Cesareo
2024	bt (160113)	1	315	0,32%
2023	bt (160113)	3	511	0,69%
2022	bt (160113)	4	445	0,90%
2021	bt (160113)	1	485	0,21%
2020	bt (160113)	1	594	0,17%
2019	bt (160113)	2	678	0,29%

## AREA CLINICA INTERVENTI CHIRURGICI

**PNE N.302 - Colectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni**  
 Chirurgia Generale

## Standard di qualità

■ ≥ 80 Molto Alto    
 ■ 70 – 80 Alto    
 ■ 60 – 70 Medio    
 ■ 50 – 60 Basso    
 ■ >50 Molto Basso

Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Ricoveri Intervento Colectomia Laparoscopica	N. Ricoveri Intervento Colect.Lapar.Degenza Post-Oper. < 3 GG	% Colectomie Lap. con degenza post-operatoria < 3 gg
2024	bt (160113)	220	149	67,73%
2023	bt (160113)	405	282	69,63%
2022	bt (160113)	323	234	72,45%
2021	bt (160113)	167	113	67,66%
2020	bt (160113)	178	98	55,06%
2019	bt (160113)	291	168	57,73%

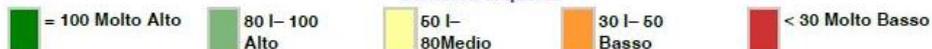
**PNE N.999 - Colectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi**  
 Chirurgia Generale



ASL BT

PugliaSalute

Standard di qualità



Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Colectomie Rep > 90 Int. Anno	N. Colectomie	Proporzione Colectomie in Reparti > 90 Interventi Anno
2024	bt (160113)	256	335	76,42%
2023	bt (160113)	546	549	99,46%
2022	bt (160113)	450	456	98,68%
2021	bt (160113)	189	272	69,49%
2020	bt (160113)	168	276	60,87%
2019	bt (160113)	306	378	80,96%

**PNE N.082 - Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalita' a 30 giorni**  
 Chirurgia Oncologica

Standard di qualità



Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Decessi 30 GG	N. Ricoveri TM Gastrico	Proporzione decessi a 30 GG
2024	bt (160113)	4	14	28,57%
2023	bt (160113)	2	14	14,29%
2022	bt (160113)	3	20	15,00%
2021	bt (160113)	1	21	4,76%
2020	bt (160113)	4	24	16,67%
2019	bt (160113)	0	22	0,00%

**PNE N.083 - Intervento chirurgico per TM colon: mortalita' a 30 giorni**

Chirurgia Oncologica

## Standard di qualità

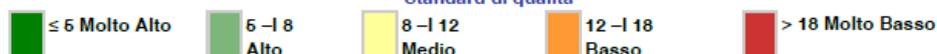


Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Decessi 30 GG	N. Ricoveri TM Colon	Proporzione decessi a 30 GG
2024	bt (160113)	2	73	2,74%
2023	bt (160113)	8	103	7,77%
2022	bt (160113)	6	106	5,66%
2021	bt (160113)	14	94	14,89%
2020	bt (160113)	7	95	7,37%
2019	bt (160113)	9	101	8,91%

**PNE N.605 - Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno**

Chirurgia Oncologica

## Standard di qualità



Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Ricoveri Nuovo Interv. Resez. 120 GG	N. Ricoveri Resez. Mammella TM	Proporzione Nuovo Intervento Resezione a 120 GG
2024	bt (160113)	0	40	0,00%
2023	bt (160113)	4	89	4,49%
2022	bt (160113)	2	96	2,08%
2021	bt (160113)	4	91	4,40%
2020	bt (160113)	2	76	2,63%
2019	bt (160113)	2	73	2,74%

**PNE N.555 - Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attivita' > 135 casi**

Chirurgia Oncologica



ASL BT

PugliaSalute



Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Interventi In Reparti > 135 Interventi Anno	N. Interventi Tumore Mammella	Quota Interventi Eseguiti In Reparti Con Volume Attività > 135
2024	bt (160113)	0	66	0,00%
2023	bt (160113)	0	118	0,00%
2022	bt (160113)	0	134	0,00%
2021	bt (160113)	0	126	0,00%
2020	bt (160113)	0	122	0,00%
2019	bt (160113)	0	125	0,00%

#### AREA CLINICA RESPIRATORIO

**PNE N.021 - BPCO riacutizzata: mortalita' a 30 giorni**

Respiratorio



Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Decessi 30 GG	N. Ricoveri BPCO Riacutizzata	Proporzione decessi a 30 GG
2024	bt (160113)	33	344	9,59%
2023	bt (160113)	59	500	11,80%
2022	bt (160113)	53	361	14,68%
2021	bt (160113)	64	302	21,19%
2020	bt (160113)	82	358	22,91%
2019	bt (160113)	77	428	17,99%



ASL BT

PugliaSalute

# PIANO NAZIONALE ESITI AGENAS – EDIZIONE 2024

## OSPEDALE DI ANDRIA

### Aree Cliniche Proporzionali ai Volumi di Attività della Struttura

Ospedale Andria



- ⚠ Volume di attività inferiore alla soglia (tolleranza del 10%) fissata dal regolamento riguardante la Definizione degli standard ospedalieri (DM Saluta 70/2015) o desumibile dalla letteratura scientifica
- ⊕ Strutture a cui è stato richiesto di avviare una procedura di audit sulla qualità dei dati

AREA CLINICA	INDICATORE	N	% Adj	% Italia	Vol. Attività	Vol. Operatore	Audit
CARDIOCIRCOLATORIO	IMA: mortalità a 30 giorni (con variabili cliniche)	300	15.78	7.13	.	.	⊕
	Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti	160	67.31	56.14	.	.	
	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	163	7.75	9.63	.	.	
NERVOSO	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	107	16.32	9.40	.	.	
	Intervento chirurgico per T. cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	116	2.89	2.96	.	.	
RESPIRATORIO	BPCO ricoverata: mortalità a 30 giorni	60	14.58	9.55	.	.	
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: ricoveri con degenza post operatoria < a 3 giorni	113	73.04	84.74	229	52	
CH. ONCOLOGICA	Nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da chirurgia conservativa per TM mammella	79	5.36	5.64	118	79	
	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	111	10.51	3.69	65	21	⊕
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	505	21.31	22.66	613	54	
	Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo	97	1.00	11.57	613	54	⊕
	Proporzione di episiotomie nei parti vaginali	394	29.42	10.54	613	54	⊕
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore	232	58.80	56.27	261	54	
	Intervento di protesi di anca: ri-ammissioni a 30 giorni	89	3.57	3.12	121	75	
NEFROLOGIA	Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	156	27.12	11.47	.	.	

## OSPEDALE DI BARLETTA

### Aree Cliniche Proporzionali ai Volumi di Attività della Struttura

Ospedale Barletta - Mons. R. Dimiccoli



⚠ Volume di attività inferiore alla soglia (tolleranza del 10%) fissata dal regolamento riguardante la Definizione degli standard ospedalieri (DM Saluta 70/2015) o desumibile dalla letteratura scientifica

🔍 Strutture a cui è stato richiesto di avviare una procedura di audit sulla qualità dei dati

AREA CLINICA	INDICATORE	N	% Adj	% Italia	Vol. Attività	Vol. Operatore	Audit
CARDIOCIRCOLATORIO	IMA: mortalità a 30 giorni (con variabili cliniche)	84	10.00	7.13	.	.	
	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	79	5.92	9.63	.	.	
NERVOSO	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	189	4.17	9.40	.	.	
RESPIRATORIO	BPCO ricattizzata: mortalità a 30 giorni	196	10.58	9.55	.	.	
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: ricoveri con degenza post operatoria < a 3 giorni	149	74.11	84.74	163	53	
CH. ONCOLOGICA	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	58	2.70	3.69	29	10	
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	363	18.70	22.66	440	41	
	Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo	33	-	11.57	440	41	
	Proporzione di episiotomie nei parti vaginali	298	6.46	10.54	440	41	
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore	269	49.15	56.27	311	74	
	Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni	61	1.65	1.12	88	88	
	Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni	117	8.24	3.12	171	89	
NEFROLOGIA	Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	122	14.46	11.47	.	.	

## OSPEDALE DI BISCEGLIE

### Aree Cliniche Proporzionali ai Volumi di Attività della Struttura

Ospedale Bisceglie



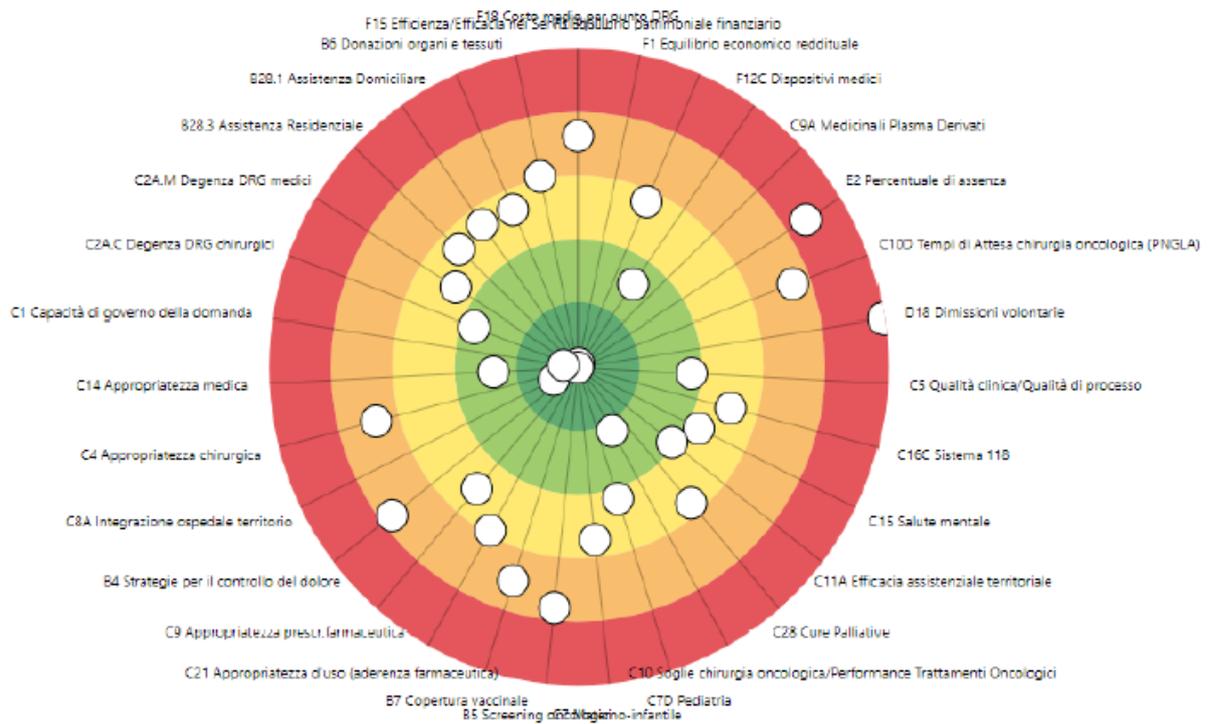
⚠ Volume di attività inferiore alla soglia (tolleranza del 10%) fissata dal regolamento riguardante la Definizione degli standard ospedalieri (DM Saluta 70/2015) o desumibile dalla letteratura scientifica

⊕ Strutture a cui è stato richiesto di avviare una procedura di audit sulla qualità dei dati

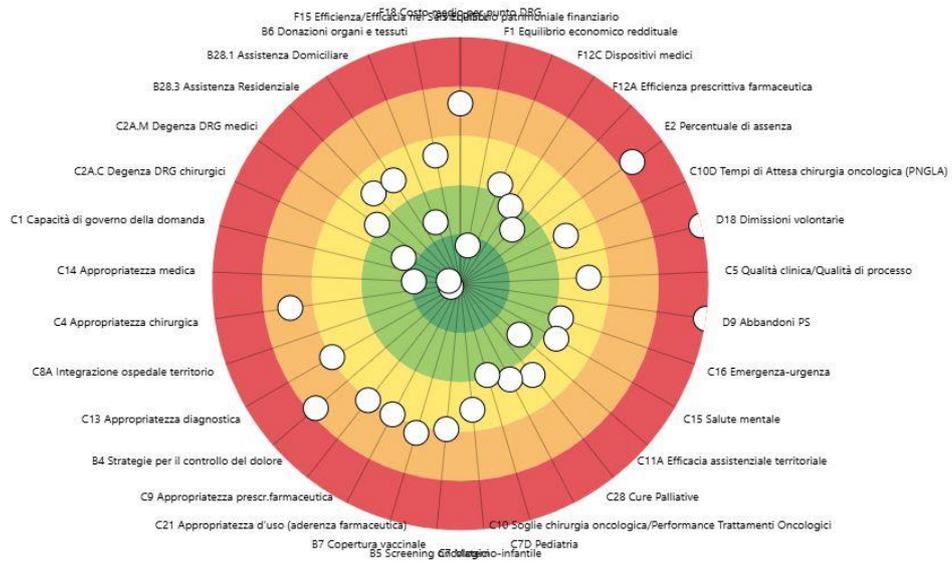
AREA CLINICA	INDICATORE	N	% Adj	% Italia	Vol. Attività	Vol. Operatore	Audit
CARDIOCIRCOLATORIO	IMA: mortalità a 30 giorni (con variabili cliniche)	74	9.03	7.13	.	.	
	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	86	8.07	9.63	.	.	
RESPIRATORIO	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	81	17.32	9.55	.	.	
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: ricoveri con degenza post operatoria < a 3 giorni	141	88.74	84.74	157	101	
CH. ONCOLOGICA	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	28	-	3.69	⚠ 17	11	
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	414	22.18	22.66	514	43	
	Proporzione di episiotomie nei parti vaginali	327	12.89	10.54	514	43	
OSTEOMUSCOLARE	Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni	77	1.38	1.12	102	73	
	Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni	43	-	3.12	⚠ 60	75	
NEFROLOGIA	Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	108	11.68	11.47	.	.	

# NETWORK REGIONI S. ANNA PISA – EDIZIONE 2023

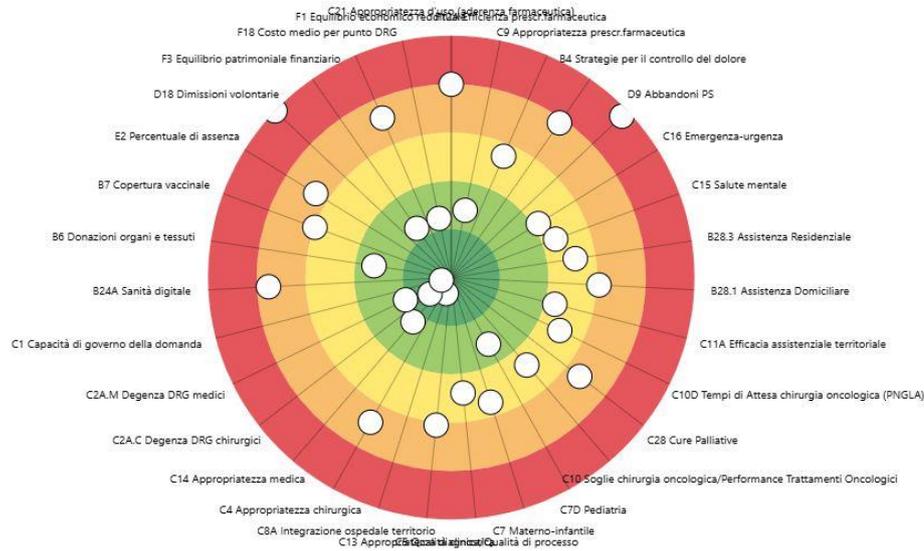
## Bersaglio 2023 - Puglia



### Bersaglio 2023 - ASL Barletta-Andria-Trani



Bersaglio 2022 - ASL Barletta-Andria-Trani



Dalla lettura comparativa tra il dato regionale e quello della ASL BT emerge che gli indicatori aziendali sono sostanzialmente in linea con quelli medi regionali.

Dalla comparazione degli indicatori ASL BT del 2023 rispetto al 2022 si evidenzia in generale un trend costante.

Nella tabella di seguito riportata, sono invece analizzati volumi e tempi medi di attesa relativi all'attività chirurgia oncologica programmata per classi di priorità "A" e relativa al biennio 2023 - 2024 (n. totale ricoveri chirurgici prevalenti > = 5 nel biennio).

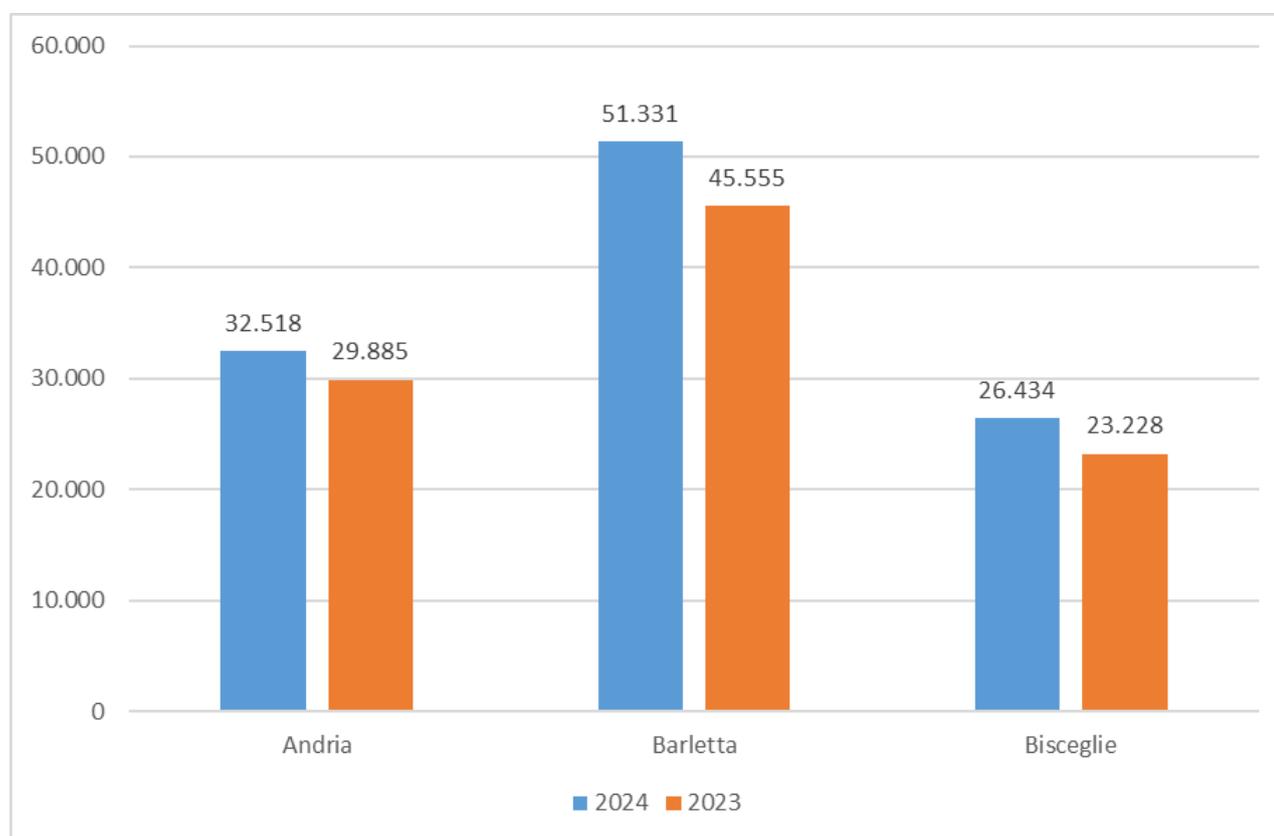
Diagnosi Principale Dimissione	2023 (Consolidato)		2024 (Temporaneo)	
	N. Ricoveri	Media GG liste di Attesa x Ricovero	N. Ricoveri	Media GG liste di Attesa x Ricovero
tumori maligni della prostata (185)	181	52	135	68
tumori maligni di parte non specificata della vescica (1889)	2	140	129	101
tumori maligni della altre sedi specificate della mammella della donna (1748)	28	13	30	12
tumori maligni del rene, eccetto la pelvi (1890)	32	47	25	72
tumori maligni della ghiandola tiroide (193)	6	37	22	37
tumori di comportamento incerto della laringe (2356)	6	26	22	31
tumori maligni del retto (1541)	18	38	19	44
tumori maligni del quadrante supero-esterno della mammella della donna (1744)	34	12	17	18
tumori di comportamento incerto delle ghiandole salivari maggiori (2350)	16	16	16	23
tumori di comportamento incerto della mammella (2383)	15	16	15	28
tumori benigni della ghiandola tiroide (226)			14	21
tumori maligni del colon ascendente (1536)	22	13	14	15
tumori maligni del sigma (1533)	7	50	13	16
tumori maligni della parete laterale della vescica (1882)	135	73	12	85
tumori maligni del quadrante supero-interno della mammella della donna (1742)	21	6	10	13
tumori di comportamento incerto di rene e uretere (23691)	2	31	8	57
tumori maligni del testicolo: altro e non specificato (1869)	7	20	7	13
tumori maligni di altre specificate sedi della vescica (1888)			6	105
tumori di natura non specificata dell'apparato digerente (2390)	7	38	6	22
tumori maligni della parte centrale della mammella della donna (1741)	5	17	6	25
tumori maligni dell'uretere (1892)	2	79	5	83
tumori maligni del trigono vescicale (1880)	18	85	3	65
tumori maligni della parete posteriore della vescica (1884)	16	75	1	132
tumori maligni della cupola vescicale (1881)	15	73	0	0
tumori maligni del quadrante infero-interno della mammella della donna (1743)	13	8	3	19
tumori maligni della laringe, non specificata (1619)	12	11	2	11
tumori benigni delle ghiandole salivari maggiori (2102)	10	22	2	91
tumori benigni delle meningi cerebrali (2252)	9	22	3	19
tumori maligni del colon discendente (1532)	9	18	3	7
tumori maligni del quadrante infero-esterno della mammella della donna (1745)	8	11	0	0
tumori maligni della giunzione rettosigmoidea (1540)	6	13	4	11
tumori maligni del colon trasverso (1531)	6	5	2	16
tumori benigni della laringe (2121)	6	29	1	1
tumori maligni di altre e non specificate sedi della mammella dell'uomo (1759)	6	21	1	19
tumori maligni secondari del fegato, specificati come metastatici (1977)	6	22	1	127
tumori benigni dell'ovaio (220)	5	9	2	11
tumori maligni del flessura epatica (1530)	5	9	2	16
tumori maligni dell'antro pilorico (1512)	5	30	2	12
tumori maligni della pelvi renale (1891)	5	48	1	32
tumori benigni del rene, eccetto la pelvi (2230)	5	64	0	0

L'ultima analisi riguarda il numero di accessi registrati nei Pronto Soccorso aziendali, confrontati rispetto al 2023 (Anno 2024 Database non Consolidato). L'analisi del dato evidenzia un significativo aumento del numero che di fatto lascia intendere come in condizioni di "normalità" aumenti il numero

di accessi inappropriati che, con una migliore organizzazione dell'offerta territoriale, potrebbero essere gestiti diversamente:

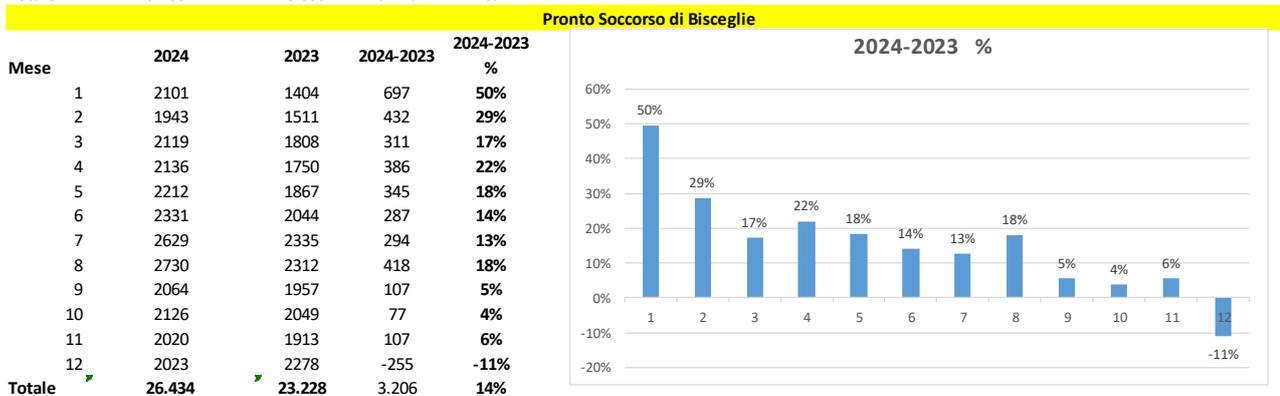
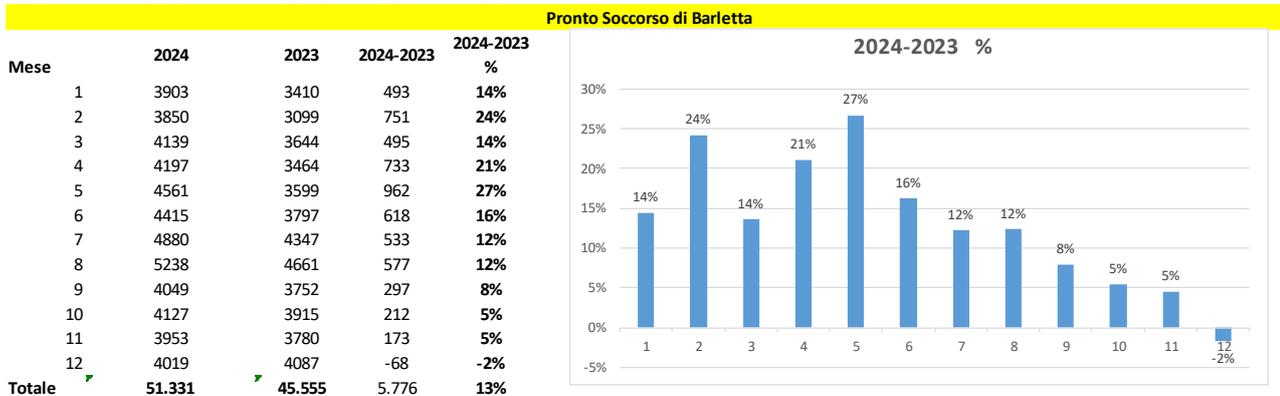
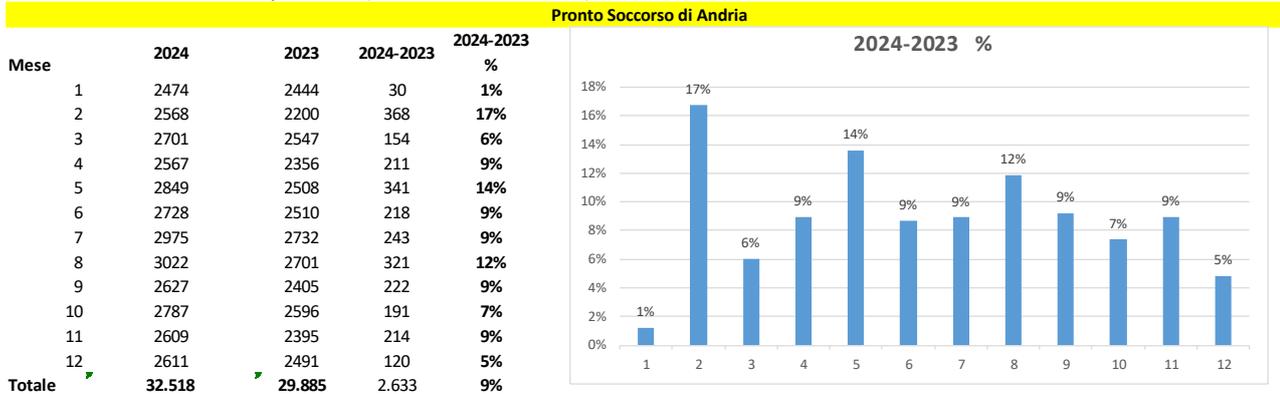
**Numero Accessi di Pronto Soccorso per Presidio** (Fonte: Edotto Accettazione d'urgenza – Registro di P.S.)

Struttura	2024	2023
Andria	32.518	29.885
Barletta	51.331	45.555
Bisceglie	26.434	23.228
<b>Totale complessivo</b>	<b>110.283</b>	<b>98.668</b>



Le tabelle di seguito riportate, evidenziano gli scostamenti mensili del 2024 rispetto al 2023.

Accessi di Pronto Soccorso Mensili per Presidio (% di scostamento 2024-2023)



La seguente tabella, evidenzia invece i tempi medi di attesa per codice di accesso, come modificati con D.G.R. n. 1726 del 23/09/2019.

**Tabella per Struttura d'Urgenza** (Fonte: Edotto Accettazione d'urgenza – Tempi medi di attesa)

TEMPI MEDI DI ATTESA									
TRIAGE	Andria			Barletta			Bisceglie		
	2023	2024	% 2024-2023	2023	2024	% 2024-2023	2023	2024	% 2024-2023
ARANCIONE - URGENZA	84,82	75,23	-11%	43,17	37,91	-12%	17,45	25,03	43%
AZZURRO - URGENZA DIFFERIBILE	94,81	86,55	-9%	70,08	78,36	12%	25,06	40,56	62%
BIANCO - NON URGENZA	124,95	117,23	-6%	105,37	117,85	12%	37,98	76,15	101%
NERO - DECEDUTO							2		
NON RILEVATO PER ACCESSO DIRETTO	13,6	38,38	182%	16	11,09	-31%	4,57	12,5	174%
ROSSO - EMERGENZA	8,85	8,36	-6%	5,17	4,95	-4%	8,02	7,71	-4%
VERDE - URGENZA MINORE	79,91	71,09	-11%	72,93	70,79	-3%	29,1	45,77	57%

**Tabella Aziendale con evidenza Numero Episodi Tempi Medi di Attesa**

ASLBT Triage	2023		2024	
	N. Episodi	TEMPI MEDI DI ATTESA	N. Episodi	TEMPI MEDI DI ATTESA
ARANCIONE - URGENZA	15.595	48,48	17.117	46,06
AZZURRO - URGENZA DIFFERIBILE	39.604	63,32	46.774	68,49
BIANCO - NON URGENZA	854	89,43	1.130	103,74
NERO - DECEDUTO	1	2,00		
NON RILEVATO PER ACCESSO DIRETTO	19	11,39	41	20,66
ROSSO - EMERGENZA	2.480	7,35	2.563	7,01
VERDE - URGENZA MINORE	37.152	60,65	41.056	62,55
<b>Totale complessivo</b>	<b>95.705</b>	<b>44,41</b>	<b>108.681</b>	<b>51,42</b>

Istituto/Triage	TEMPI MEDI DI ATTESA		TEMPI MEDI DI ATTESA	
	N. EP.	2023	N. EP.	2024
<b>Andria</b>	<b>28.542</b>	<b>67,82</b>	<b>31.986</b>	<b>66,14</b>
ARANCIONE - URGENZA	8.295	84,82	8.288	75,23
AZZURRO - URGENZA DIFFERIBILE	9.618	94,81	10.397	86,55
BIANCO - NON URGENZA	272	124,95	505	117,23
NON RILEVATO PER ACCESSO DIRETTO	5	13,60	8	38,38
ROSSO - EMERGENZA	1.298	8,85	1.342	8,36
VERDE - URGENZA MINORE	9.054	79,91	11.446	71,09
<b>Barletta</b>	<b>44.383</b>	<b>52,12</b>	<b>50.474</b>	<b>53,49</b>
ARANCIONE - URGENZA	5.239	43,17	5.173	37,91
AZZURRO - URGENZA DIFFERIBILE	21.232	70,08	25.211	78,36
BIANCO - NON URGENZA	277	105,37	303	117,85
NON RILEVATO PER ACCESSO DIRETTO	7	16,00	11	11,09
ROSSO - EMERGENZA	904	5,17	899	4,95
VERDE - URGENZA MINORE	16.724	72,93	18.877	70,79
<b>Bisceglie</b>	<b>22.780</b>	<b>17,74</b>	<b>26.221</b>	<b>34,62</b>
ARANCIONE - URGENZA	2.061	17,45	3.656	25,03
AZZURRO - URGENZA DIFFERIBILE	8.754	25,06	11.166	40,56
BIANCO - NON URGENZA	305	37,98	322	76,15
NERO - DECEDUTO	1	2,00		
NON RILEVATO PER ACCESSO DIRETTO	7	4,57	22	12,50
ROSSO - EMERGENZA	278	8,02	322	7,71
VERDE - URGENZA MINORE	11.374	29,10	10.733	45,77
<b>Totale complessivo</b>	<b>95.705</b>	<b>44,41</b>	<b>108.681</b>	<b>51,42</b>

## Attività Sanitaria Ambulatoriale

Le direttive nazionali e regionali, emanate negli ultimi anni, sono state tutte convergenti verso il potenziamento dell'offerta di prestazioni ambulatoriali come forma di assistenza alternative al ricovero ospedaliero ordinario.

L'assistenza specialistica ambulatoriale rappresenta, pertanto, la più diffusa modalità di accesso del cittadino al Sistema Sanitario Regionale.

L'attività specialistica ambulatoriale erogata agli assistiti del territorio dagli ambulatori ospedalieri negli anni 2023 e 2022 atteso che non risultano ancora disponibili i dati definitivi riferiti all'anno 2024 è così riassunta:

<b>OSPEDALI</b>						
<b>2023</b>			<b>Andria (Canosa)</b>	<b>Bisceglie</b>	<b>Barletta</b>	<b>Totale</b>
Fatturato	€/mgl		9.672	2.840	22.116	<b>34.629</b>
Prestaz.	N.ro		376.354	244.408	921.283	<b>1.542.045</b>
- di cui visite specialistiche	n.ro		38.481	9.286	62.420	<b>110.187</b>
- di cui diagn. per immagini	n.ro		40.250	10.920	43.339	<b>94.509</b>
- di cui prestaz. di patol. clinica	n.ro		260.566	211.701	684.068	<b>1.156.335</b>
- di cui altre prestazioni	n.ro		37.057	12.501	131.456	<b>181.014</b>
Fatturato medio prestaz.	€		25,7	11,6	24,0	<b>22,5</b>

<b>OSPEDALI</b>						
<b>2022</b>			<b>Andria (Canosa)</b>	<b>Bisceglie</b>	<b>Barletta</b>	<b>Totale</b>
Fatturato	€/mgl		8.789	2.077	19.962	<b>30.829</b>
Prestaz.	N.ro		332.394	189.925	837.214	<b>1.359.533</b>
- di cui visite specialistiche	n.ro		35.061	8.567	60.354	<b>103.982</b>
- di cui diagn. per immagini	n.ro		36.813	7.769	40.446	<b>85.028</b>
- di cui prestaz. di patol. clinica	n.ro		224.631	163.835	602.605	<b>991.071</b>
- di cui altre prestazioni	n.ro		35.889	9.754	133.809	<b>179.452</b>
Fatturato medio prestaz.	€		26,4	10,9	23,8	<b>22,7</b>

<b>OSPEDALI</b>						
<b>2023 Vs 2022</b>			<b>Andria</b>	<b>Bisceglie</b>	<b>Barletta</b>	<b>Totale</b>
Fatturato	€/mgl		883	763	2.154	<b>3.800</b>
Prestaz.	N.ro		43.960	54.483	84.069	<b>182.512</b>
- di cui visite specialistiche	n.ro		3.420	719	2.066	<b>6.205</b>
- di cui diagn. per immagini	n.ro		3.437	3.151	2.893	<b>9.481</b>
- di cui prestaz. di patol. clinica	n.ro		35.935	47.866	81.463	<b>165.264</b>
- di cui altre prestazioni	n.ro		1.168	2.747	-2.353	<b>1.562</b>
Fatturato medio prestaz.	€		-0,7	0,7	0,2	<b>-0,2</b>

Fonte dati prestazioni specialistiche ed ambulatoriali "Edotto NCUP".

E' doveroso precisare che tutte le prestazioni Specialistiche effettuate dall' ex Ospedale di Andria -plesso di Canosa sono confluite nell'assistenza Territoriale come PTA Multidisciplinare.

Anche l'attività specialistica ambulatoriale evidenzia un segnale di ripresa con un aumento di fatturato di circa il 12% e un aumento di numero di prestazioni di circa il 13%

Inoltre, si evidenzia l'andamento degli Accertamenti diagnostici strumentali e consulenze in Pronto Soccorso per accessi non seguiti da ricovero anno 2019-2024 (Fonte Disar Modello LA - 3A120)

Anno Accettazioni P.	Codice Azienda Struttura Accettazione Urgenza	Distretto Istituto Ricovero Struttura Accettazione Urgenz	N. Prestazioni erogate in PS	N. Consulenza Episodio PS	Imp. Tariffa Nomenclatore	Tipo Data Warehouse
2019	160113	P.S. - Andria	79.716	35.533	2.167.978,39 €	Consolidato
2019	160113	P.S. - Barletta	48.999	57.744	2.665.901,53 €	Consolidato
2019	160113	P.S. - Bisceglie	31.754	24.978	1.319.505,25 €	Consolidato
2020	160113	P.S. - Andria	43.067	71.928	1.281.864,00 €	Consolidato
2020	160113	P.S. - Barletta	36.486	103.850	1.637.161,00 €	Consolidato
2020	160113	P.S. - Bisceglie	18.352	56.338	793.686,00 €	Consolidato
2021	160113	P.S. - Andria	37.941	68.022	1.242.086,00 €	Temporaneo
2021	160113	P.S. - Barletta	27.616	69.161	1.304.551,00 €	Temporaneo
2021	160113	P.S. - Bisceglie	8.800	23.611	365.639,00 €	Temporaneo
2022	160113	P.S. - Andria	24.296	25.797	863.690,00 €	Consolidato
2022	160113	P.S. - Barletta	36.570	65.214	1.547.839,00 €	Consolidato
2022	160113	P.S. - Bisceglie	16.571	41.740	673.093,00 €	Consolidato
2023	160113	P.S. - Andria	23.693	15.483	818.044,00 €	Consolidato
2023	160113	P.S. - Barletta	42.879	73.097	1.882.762,00 €	Consolidato
2023	160113	P.S. - Bisceglie	30.159	60.883	1.076.557,00 €	Consolidato
2024	160113	P.S. - Andria	24.758	15.803	845.849,00 €	Temporaneo
2024	160113	P.S. - Barletta	45.421	50.443	1.761.684,00 €	Temporaneo
2024	160113	P.S. - Bisceglie	34.806	82.127	1.221.415,00 €	Temporaneo

Nel 2023 l'organico medio impiegato nei 5 Distretti incluso il PTA di Trani e il PTA di Canosa è stato pari a 470 unità così distribuite:

2023

	Ruolo Sanitario			Ruolo Prof.le			Ruolo Tecnico			Ruolo Amm.vo			TOTALE		
	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale
PTA - Trani	13	28	41			0	4	4			0	13	32	45	
PTA - Canosa	10	44	54		1	1	14	14		1	1	10	60	70	
<b>Distretti</b>	<b>61</b>	<b>187</b>	<b>248</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>3</b>	<b>54</b>	<b>57</b>	<b>64</b>	<b>291</b>	<b>355</b>
D.S.S. 1	6	23	29			0	4	4		11	11	6	38	44	
D.S.S. 2	8	23	31			0	7	7	1	11	12	9	41	50	
D.S.S. 3	9	39	48			0	16	16	0	8	8	9	63	72	
D.S.S. 4	18	36	54			0	10	10	1	9	10	19	55	74	
D.S.S. 5	20	66	86			0	13	13	1	15	16	21	94	115	

I dati relativi alle prestazioni ambulatoriali erogate nel 2023 e nel 2022 dai poliambulatori distrettuali (fonte CUP) sono di seguito riassunti:

DISTRETTI									
2023									
		PTA - Trani	PTA - Canosa	DSS 1	DSS 2	DSS 3	DSS 4	DSS 5	Totale
Fatturato	€/mgl	6.351	2.554	771	868	2.387	1.367	2.090	<b>16.387</b>
Prestaz.	N.ro	275.406	357.001	38.716	49.866	53.911	81.860	99.008	<b>955.768</b>
- di cui visite specialistiche	n.ro	12.320	1.196	18.919	24.043	19.977	33.067	36.650	146.172
- di cui diagn. per immagini	n.ro	27.141	17.181	4.692	3.813	8.919	4.959	10.897	77.602
- di cui prestaz. di patol. clinica	n.ro	212.794	337.397	1.100	167	145	709	3.094	555.406
- di cui altre prestazioni	n.ro	23.151	1.227	14.005	21.843	24.870	43.125	48.367	176.588
Fatturato medio prestaz.	€	23,1	7,2	19,9	17,4	44,3	16,7	21,1	<b>17,1</b>
DISTRETTI									
2022									
		PTA - Trani	PTA - Canosa	DSS 1	DSS 2	DSS 3	DSS 4	DSS 5	Totale
Fatturato	€/mgl	4.973	2.063	764	484	2.056	1.139	2.238	<b>13.717</b>
Prestaz.	N.ro	233.691	316.673	40.527	28.288	48.074	65.994	109.153	<b>842.400</b>
- di cui visite specialistiche	n.ro	10.994	673	20.468	18.818	18.436	26.850	38.001	134.240
- di cui diagn. per immagini	n.ro	26.077	17.716	5.563	2.984	8.290	4.274	11.362	76.266
- di cui prestaz. di patol. clinica	n.ro	178.386	297.776	1.777	178	391	708	3.831	483.047
- di cui altre prestazioni	n.ro	18.234	508	12.719	6.308	20.957	34.162	55.959	148.847
Fatturato medio prestaz.	€	21,3	6,5	18,9	17,1	42,8	17,3	20,5	<b>16,3</b>
DISTRETTI									
2023 Vs 2022									
		PTA - Trani	PTA - Canosa	DSS 1	DSS 2	DSS 3	DSS 4	DSS 5	Totale
Fatturato	€/mgl	1.378	491	7	384	331	227	-148	<b>2.670</b>
Prestaz.	N.ro	41.715	40.328	-1.811	21.578	5.837	15.866	-10.145	<b>113.368</b>
- di cui visite specialistiche	n.ro	1.326	523	-1.549	5.225	1.541	6.217	-1.351	11.932
- di cui diagn. per immagini	n.ro	1.064	-535	-871	829	629	685	-465	1.336
- di cui prestaz. di patol. clinica	n.ro	34.408	39.621	-677	-11	-246	1	-737	72.359
- di cui altre prestazioni	n.ro	4.917	719	1.286	15.535	3.913	8.963	-7.592	27.741
Fatturato medio prestaz.	€	1,8	0,6	1,1	0,3	1,5	-0,6	0,6	<b>0,9</b>

i dati sopra riportati nonostante la pandemia riportano un aumento sia in termini di fatturato 19% che di numero di prestazioni 13%.

### Altri dati di attività (fonte: NSIS FLS. 21)

Tra gli altri dati di attività disponibili si riepilogano, di seguito, relativamente agli anni 2023 e 2022, quelli concernenti l'assistenza di Guardia Medica (Quadro F), Assistenza Farmaceutica Convenzionata (Quadro G), Assistenza Domiciliata Integrata (Quadro H), Assistenza Programmata (Quadro I):

FLS 21 Attività di assistenza sanitaria di base

**F: Guardia Medica**
**2023**
**2022**

Punti	11	17
Medici Titolari	53	47
Ore Totali	56508	52617
Contatti Effettuati	37670	28789
Ricoveri Presscritti	427	349
Medici con disponibilità domiciliare	60	36
Ore di apertura del servizio	39352	60818

**G: Assistenza Farmaceutica Convenzionata**
**2023**
**2022**

	Numero	Importo	Numero	Importo
Ricette di specialità Medicinali e Galenici	3.679.687	49.816.015	3.739.529	51.637.664
Assistenza Integrativa		1.405.140		4.365.150
Ticket e Quote Fisse		10.861.985		11.325.905
Ricette Esenti		3.275.736		0

**H: Assistenza Domiciliare Integrata 2023**

Casi Trattati	4.488	Utenti in Lista di Attesa	128
di cui anziani	3.329		
di cui malati terminali	585		
Accessi del Personale Medico	24.163	di cui ad anziani	12.612
		di cui a malati terminali	8.422

	Terapisti della Riabilitazione	Infermieri Professionali	Altri Operatori	Totale
Ore di Assistenza Erogata	58.006	68.427	47.262	173.695
di cui ad anziani	46.392	43.568	27.197	117.157
di cui a malati terminali	290	7.413	895	8.598
Accessi degli operatori	51.493	78.108	26.535	156.136
di cui ad anziani	41.168	51.237	15.514	107.919
di cui a malati terminali	274	11.043	2.340	13.657

**H: Assistenza Domiciliare Integrata 2022**

Casi Trattati	5.154	Utenti in Lista di Attesa	130
di cui anziani	3.842		
di cui malati terminali	625		
Accessi del Personale Medico	25.734	di cui ad anziani	13.686
		di cui a malati terminali	9.155

	Terapisti della Riabilitazione	Infermieri Professionali	Altri Operatori	Totale
Ore di Assistenza Erogata	94.113	62.184	51.260	207.557
di cui ad anziani	76.954	39.950	29.618	146.522
di cui a malati terminali	676	7.949	1.042	9.667
Accessi degli operatori	80.068	89.521	31.726	201.315
di cui ad anziani	65.296	62.334	19.675	147.305
di cui a malati terminali	600	11.950	2.477	15.027

**I: Assistenza Programmata**
**2023**
**2022**

Numero di Medici	235	257
Numero di Autorizzazioni Concesse	4.694	5.189

Il **Servizio Sovradistrettuale di Riabilitazione** garantisce prevalentemente l'assistenza riabilitativa, di cui all'art. 26 L.833/78, sia attraverso strutture a gestione diretta, sia attraverso strutture convenzionate. Nel 2022 l'organico medio impiegato nel S.S.R. è stato pari a 128 unità.

Ruolo Sanitario			Ruolo Prof.le			Ruolo Tecnico			Ruolo Amm.vo			TOTALE		
Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale
15	88	103			0	22	22		3	3		15	113	128

I principali dati relativi all'attività svolta nel 2023 e nel 2022 dal S.S.R. sono riassunti nella seguente tabella:

## DATI DI ATTIVITA'

	S.S.R.		
	2023	2022	2021
<b>Utenti e attività a gestione diretta</b>			
Utenti in regime ambulat.	820	767	856
Utenti in trattamento domiciliare	769	649	602
Utenti centri semiresidenziali	17	17	22
Utenti centri residenziali	0	0	0
Trattamenti in regime ambulat.	30.273	26.832	17.995
Trattamenti in regime domiciliare	16.762	15.349	10.908
Trattamenti in regime semiresid.	3116	2985	1.964
Trattamenti in regime residenziale	0	0	0
Accessi ambulatoriali :			
Accessi amb. riabilitazione neurologica	14.792	11.703	9.544
Accessi amb. riabilitazione motoria	1.437	2.555	829
Accessi amb. riabilitazione psico-sensoriale	473	396	83
Accessi amb. riabilitazione neuropsichiatrica infantile	12.044	11.268	6.959
<b>Utenti strutture convenzionate*</b>			
Utenti centri semiresidenziali	83	55	92
Utenti centri residenziali	1858	336	687
<b>Altri dati di attività*</b>			
gg di degenza in strutture semiresid.	18931	12036	11.647
gg di degenza in strutture residenziali	47690	24988	39.029

\* comprendono l'assistenza erogata ad utenti residenti nel territorio della ASL BT presso strutture del territorio aziendale, regionale ed extraregionale non sono compresi i dati relativi agli utenti ricoverati presso l'Istituto Ortofrenico di Bisceglie

## DATI DI STRUTTURA

STRUTTURE A GESTIONE DIRETTA - SERV.SOVR. DI RIAB.	Trinitapoli	Andria	Canosa	Minervino	Spinazzola	Barletta	Trani	Bisceglie
Ambulatori		1	1	1	1	1	1	1
Centri semiresidenziali		1				1		1
Centri residenziali								
Ass. Specialistica Ambulatoriale (DM 22/07/1996)	1	1	1	1	1	1	1	1
(*) .....								

(\*) Altre eventuali tipologie di strutture (specificare)

STRUTTURE CONVENZIONATE - SERV.SOVR. DI RIAB.	REGIME	Margh. di S.	Trinitapoli	Andria	Canosa	Minerv.	Spinazz.	Barletta	Trani	Bisceglie	S. Ferdinando
Villa San Giuseppe - riabil. ex art.26 L.833/78	resid.									1	
Centro Alzheimer - riabil. demenze primarie e secondarie	resid.									1	
Istituto Ortofrenico - riabil. residuale ad esaurimento	resid.									1	
Quarto di Palo - riabil. ex art.26 L.833/78	semiresid.			1							
Italia Salute - riabilitazione ex art.26 L.833/78	amb.\dom.	1	1								1

Il **Dipartimento delle Dipendenze Patologiche** si occupa della prevenzione e dell'assistenza delle dipendenze da sostanze legali e illegali (alcol, droghe), ma anche delle dipendenze comportamentali (gioco d'azzardo, internet, cellulari). Il D.D.P. svolge la sua attività sia attraverso i sei Ser.T. ubicati nei comuni di Margherita di S., Andria, Canosa, Barletta, Trani e Bisceglie, sia attraverso strutture in convenzione per l'assistenza residenziale e semiresidenziale ai tossicodipendenti. L'organico medio nel 2023 è stato di 42 unità.

Ruolo Sanitario			Ruolo Prof.le			Ruolo Tecnico			Ruolo Amm.vo			TOTALE		
Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale
12	20	32			0			9		9		1		1
												12	30	42

I principali dati che hanno caratterizzato l'attività del Dipartimento nel corso del 2023, confrontati con i dati dell'anno precedente, sono riassunti nella tabella che segue:

	2023	2022
<b>Utenti e attività a gestione diretta</b>		
Utenti in regime ambulat.	<b>2.925</b>	2.327
Utenti in trattamento domiciliare	<b>0</b>	1
Prestazioni in regime ambulat.	<b>207.445</b>	183.008
Prestazioni in regime domiciliare	<b>0</b>	5
<b>Utenti strutture convenzionate</b>		
Utenti centri semiresidenziali	<b>1</b>	0
Utenti centri residenziali	<b>134</b>	151
<b>Altri dati di attività</b>		
gg di degenza in comunità semiresid.	<b>225</b>	0
gg di degenza in comunità residenziali	<b>23.927</b>	25.399

I dati sopra riportati evidenziano un incremento degli Utenti e delle prestazioni in regime ambulatoriale a gestione diretta.

Va precisato che l'afflusso di tali utenti, è spesso indotto anche dai provvedimenti dell'autorità giudiziaria e ingenera un incremento dei costi per l'Azienda, difficilmente prevedibile e governabile.

## DATI DI STRUTTURA

**STRUTTURE A GESTIONE DIRETTA - D.D.P.**

	Margh. di S.	Andria	Canosa	Minerv.	Spinazz.	Barletta	Trani	Bisceglie
Ambulatori (Ser.T)	1	1	1			1	1	1
Ambulatori (GAP) (Gestione Andria - sede operativa Barletta)						1		
Centri diurni								
Centri semiresidenziali								
Centri residenziali								

(\*) Altre eventuali tipologie di strutture (specificare)

**STRUTTURE CONVENZIONATE - D.D.P.**

	REGIME (Residenzi)	Margh. di S.	Trinitapoli	Andria	Canosa	Minerv.	Spinazz.	Barletta	Trani	Bisceglie
1 C.T. OASI 2									x	

Il **Dipartimento di Salute Mentale** svolge la sua attività di assistenza e cura dei soggetti affetti da patologie psichiatriche avvalendosi di strutture e risorse proprie, oltre che di strutture convenzionate.

Fanno capo al D.S.M. i servizi di Neuropsichiatria Infantile, Psicologia Clinica ed il reparto di Psichiatria SPDC ubicato presso l'ospedale di Barletta.

Il personale dipendente impiegato nel Dipartimento, nel 2023, è stato pari a 194 unità (organico medio):

Ruolo Sanitario			Ruolo Prof.le			Ruolo Tecnico			Ruolo Amm.vo			TOTALE		
Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale
56	90	146			0		40	40	1	7	8	57	137	194

I principali dati che hanno caratterizzato l'attività del Dipartimento nel corso del 2023, confrontati con i dati degli anni precedenti, sono riassunti nella tabella che segue:

	D.S.M. 2023	D.S.M. 2022
<b>Utenti e attività a gestione diretta</b>		
Utenti in regime ambulat. / domiciliare(1)	5420	4.992
Utenti centri semiresidenziali	60	57
Utenti centri residenziali (2)	36	27
Trattamenti in regime ambulat. (3)	58329	57.224
Trattamenti in regime domiciliare	9241	8.532
Trattamenti in regime semiresid.	11254	6.802
Trattamenti in regime residenziale (4)	11223	11.223
Utenti Ambulatorio NPIA	3228	3.226
Utenti Centri Residenziali NPIA	32	35
Trattamenti in regime ambulatoriale NPIA	735	710
Trattamenti in regime domiciliare NPIA	10	11
Integrazione Scolastica NPIA	2130	2.127
Utenti Centro Autismo Territoriale NPIA	1214	1.214
Utenti Centro di Riferimento Regionale ADHD NPIA	130	130
Visite Collegiali (DPCM 185/06) NPIA	703	703
Utenti in trattamento Riabilitativo NPIA	75	80
<b>Utenti strutture convenzionate</b>		
Utenti centri semiresidenziali	65	55
Utenti centri residenziali (5)	125	120
Utenti Centro Semires. Terap. Min. "IRIS" (convenzionato)	20	20
<b>Altri dati di attività (6)</b>		
gg di degenza in comunità semiresid.	12130	12.120
gg di degenza in comunità residenziali	31510	31.533

## DATI DI STRUTTURA

### STRUTTURE A GESTIONE DIRETTA - DSM

	Margh. di S.	Andria	Canosa	Minerv.	Spinazz.	Barletta	Trani	Bisceglie
Centri di Salute Mentale		1				1		
Ambulatori di salute mentale adulti	1		1	1	1		1	1
Ambulatori di neurops.inf.		1				1	1	
Centri diurni psichiatrici		1	1			1		
CRAP (comunità riabil. assist. psich. h.24)				1				
REMS Spinazzola...(apertura dal 01 dicembre 2015).....					1			
Disturbi Comportamento Alimentare							1	

(\*) Altre eventuali tipologie di strutture (specificare)

### STRUTTURE CONVENZIONATE - DSM

	REGIME	Margh. di S.	Trinitapoli	Andria	Canosa	Minerv.	Spinazz.	Barletta	Trani	Bisceglie
Soc. Coop. Arcobaleno	semires.		1							
Centro diurno psichiatrico soc. coop. Tenenos	semires.									1
CRAP (comunità riabil. assist. psich. h.24)	resid.		1				1	1	1	
Comunità Alloggio h.12	semires.		1	1				1	1	
Gruppi appartamenti	resid.			3				2	2	
Centro Diurno Socio Educativo Riabilitativo per Minori Psichiatrici	semires.								1	
crap dedicata a paz. psichiatrici autori di reato	resid.							1		

Come premesso, fa capo al Dipartimento il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) di Barletta. L'attività di ricovero del D.S.M. è di seguito riassunta:

		2023	2022
		Barletta	Barletta
Posti letto (medi)	n.ro	10	10
Ricoveri ordinari	n.ro	554	514
Giornate di deg.	gg	5.688	4.710
Deg. media	gg	10,3	9,2
Utilizzo p.l.	%	155,8	129,0
Case mix		0,71	0,70

### 3.2 L'assistenza Collettiva

#### A) Stato dell'arte

L'attività di assistenza collettiva è svolta dal Dipartimento di Prevenzione attraverso i propri Servizi organizzati in base alle seguenti aree di attività:

- Igiene e sanità pubblica,
- Igiene degli alimenti e della nutrizione,
- Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro,
- Sanità animale,
- Igiene degli alimenti di origine animale,
- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

Il personale dipendente impiegato nel Dipartimento, nel 2023, è stato pari a 177 unità (organico medio):

Ruolo Sanitario			Ruolo Prof.le			Ruolo Tecnico			Ruolo Amm.vo			TOTALE		
Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale
51	89	140			0	8	8		1	28	29	52	125	177

#### B) Obiettivi dell'esercizio relativi alla struttura e all'organizzazione dei servizi

I principali dati relativi all'attività svolta dal Dipartimento di Prevenzione dell'A.S.L. BT, nel 2023, sono di seguito riportati.



<b>DIP. PREV. (Igiene e Sanità Pubblica)</b>	<b>ANNO 2023</b>	<b>ANNO 2022</b>
Certificazioni medico-legali	3.765	1.428
Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate	215.663	624.351
Certificati di vaccinazione	21.327	78.321
Counseling medicina del turismo	374	143
Indagine epidemiologiche	278	14.336
Notifiche malattie infettive (SIMI)	89	97
Idoneità igienico-sanitarie attività sanit. e socio-sanit.	138	126
Idoneità scuole private e pubbliche	41	28
Idoneità palestre, piscine, centri sportivi e stab. baln.	24	5
Idoneità attività artigianali e commerciali	198	138
Idoneità parrucchieri, estetiste e tatuatori/piercing	23	8
Idoneità alberghi, Bed & Breakfast	43	19
Certificazione conformità scarichi e vasche imhoff	57	12
Certificati antigenicità ambienti di vita	13	11
Numero istanze invalidi civili pervenute	17.361	15.272
Numero pratiche invalidi civili evase	17.209	15.198
Partecipazione conferenze di servizio	116	80
Partecipaz. commiss. pubblico spettacolo...	73	28
Inconvenienti igienico-sanitari	198	145
Pareri edilizi	79	45
Certificazioni necroscopiche (più scheda ISTAT)	1.167	1.252
Nulla osta sanitario per trasporto salme	23	31
Traslazioni ed esumazioni straord. di salme	8	5
Autorizzaz. autorimesse e idoneità carri funebri	29	6
Attività di vigilanza igienico-sanitaria	287	315
Attività di sorveglianza Legionella	40	57

<b>DIP. PREV. (SIAN)</b>	<b>ANNO 2023</b>	<b>ANNO 2022</b>
Controlli sui produttori	252	124
Controlli sulla distribuzione degli alimenti	389	622
Controlli sui trasporti degli alimenti	24	22
Controlli sulla ristorazione pubblica	135	173
Controlli sulla ristorazione collettiva	32	43
Controlli su confezionatori	0	107
Controlli sui prodotti fitosanitari	29	171
Controlli ispettorato micologico	12	22
Controlli sulle acque	179	328
Controlli nelle mense	17	32
Controlli sulla sicurezza alimentare e sulle tossinfez.	5	2
Corsi di formazione	9	192

<b>DIP. PREV. (SPESAL)</b>	<b>ANNO 2023</b>	<b>ANNO 2022</b>
Nr lavoratori controllati o comunque esaminati per accertamento o certificazioni sanitarie:	181	260
di cui apprendisti minori:		
Numero di indagini effettuate per infortuni sul lavoro:	44	25
Numero di indagini effettuate per malattie professionali:	12	21
Numero di aziende interessate da atti autorizzativi, esame progetti, piani di lavoro e notifiche	56	40
Numero di Aziende in cui sono stati effettuati interventi di vigilanza e di polizia giudiziaria	674	807

<b>DIP. PREV. (Serv. Veterinario Area "A")</b>	<b>ANNO 2023</b>	<b>ANNO 2022</b>
Catture cani randagi	593	717
Sterilizzazioni cani randagi	339	516
Controlli sulla popolaz. canina randagia	5337	6.520
Controlli sulla popolaz. canina di proprietà	6588	7.500
Programmi di eradicazione e controllo brucellosi	13120	14.024
Piani di controllo, monitoraggio ed eradicazione delle malattie previste dall'art. 5 comma 1 lettera a) del Reg. (UE)2016/429	449	4.684
Piani di controllo, monitoraggio ed eradicazione delle malattie previste dall'art. 5 comma 1 lettera b) de Reg. (UE)2016/429 e s.m.i	3833	380
Anagrafe Zootecnica - SUMMA -SANAN - ACIR -SIMAN	77920	68.000

<b>DIP. PREV. (Serv. Veterinario Area "B")</b>	<b>ANNO 2023</b>	<b>ANNO 2022</b>
n. ispezione su strutture riconosciute	<b>870</b>	<b>833</b>
n. ispezioni con non conformità	<b>24</b>	26
n. ispezione si strutture registrate	<b>527</b>	554
n. ispezion con non conformità	<b>86</b>	80
n. audit	<b>38</b>	<b>36</b>
n. campioni totali	<b>344</b>	282
n. campioni non conformi	<b>19</b>	21
n. provvedimenti amministrativi	<b>111</b>	112
n. provvedimenti penali	<b>9</b>	3



DIP. PREV. (Serv. Veterinario Area "C")	ANNO 2023	ANNO 2022
<b>Controlli sui residui come da PNR e PNAA ↓</b>	<b>88</b>	<b>95</b>
a) programmati	85	87
b) non programmati ( <i>ad hoc</i> )	1	2
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)	2	6
<b>Controlli BSE ↓</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
a) programmati	0	0
b) non programmati ( <i>ad hoc</i> )	0	0
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)	0	0
<b>Interventi di farmacovigilanza: ↓</b>	<b>38.044</b>	<b>31.875</b>
1) controlli sul campo ↓	81	152
a) programmati	71	76
b) non programmati ( <i>ad hoc</i> )	7	8
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)	3	68
2) verifica ricette (Scorte, Animali DPA)	1.816	1.525
3) verifica appropriatezza farmaci prescritti (Scorte, Animali DPA)	4.558	4.418
4) verifica REV Pet-NDPA*	14.741	11.975
5) verifica appropriatezza farmaci prescritti REV Pet-NDPA*	16.848	13.805
Interventi di farmacovigilanza	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Controlli sul benessere animale ↓</b>	<b>83</b>	<b>64</b>
1) In allevamento ↓	58	47
a) programmati	26	25
b) non programmati ( <i>ad hoc</i> )	28	13
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)	4	9
2) Idoneità Mezzi di Trasporto ↓	25	17
a) programmati	20	14
b) non programmati ( <i>ad hoc</i> )	2	1
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)	3	2
<b>Controlli produz. zootecniche primarie (O.S.A.) ↓</b>	<b>20</b>	<b>18</b>
a) programmati	16	18
b) non programmati ( <i>ad hoc</i> )	3	0
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)	1	0
<b>Controlli sottoprodotti di O.A. ↓</b>	<b>45</b>	<b>36</b>
a) programmati	14	16
b) non programmati ( <i>ad hoc</i> )	31	18
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)	0	2
<b>Controlli alimentazione animale (O.S.M.) ↓</b>	<b>146</b>	<b>261</b>
a) programmati	129	213
b) non programmati ( <i>ad hoc</i> )	1	7
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)	16	41
<b>Controlli attività commerciali diverse ↓</b>	<b>38</b>	<b>36</b>
a) programmati	19	21
b) non programmati ( <i>ad hoc</i> )	13	11
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)	6	4
<b>Controlli Igiene ambientale</b>	<b>11</b>	<b>9</b>
<b>Controlli sulla riproduz. animale</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Pratiche istruite (autorizzaz., registraz., vidimaz., protocollo etc.)</b>	<b>1.705</b>	<b>1615</b>

## OBIETTIVI GENERALI

### Obiettivi Generali - Piano della Performance - Ciclo di Budget ASL BT 2025-2027

La pianificazione degli obiettivi generali deve possedere caratteristiche intrinseche che la rendano uno strumento capace di incidere con reale e misurabile efficacia sulla organizzazione e sul funzionamento dell'Azienda. Pertanto essa deve:

- risultare critica per il perseguimento delle finalità istituzionali, incidendo nel determinare cambiamenti organizzativi e/o operativi, a loro volta decisivi per raggiungere gli obiettivi;
- essere coerente con il posizionamento strategico dell'Azienda ed orientarne la postura rispetto al contesto circostante;
- essere capace di incidere in maniera diffusa e pervasiva all'interno di tutta la struttura aziendale;
- possedere una scarsa reversibilità.

Dall'analisi dei fattori di contesto esterni ed interni all'Azienda, precedentemente esposta, emerge uno spazio strategico ben definito per la ASL BT, i cui obiettivi posti al centro del piano di performance aziendale sono riconducibili alle più significative fonti normative di seguito indicate, hanno diverso grado di vincolo, ma tutti ugualmente convergenti nell'orientare la strategia aziendale per il triennio di riferimento 2025-2027:

- **Obiettivi di Mandato** contenuti nell'incarico conferito al Direttore Generale;
- **Obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi** assegnati ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. pugliese per gli anni dal 2023 al 2024 con D.G.R. n. 1558 del 13/11/2023, e pubblicata su BURP n. 107 del 04/12/2023;
- **Nuovo Sistema di Garanzie (NSG) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria** di cui al Decreto Ministero della Salute del 12 marzo 2019 (Gazzetta Ufficiale n. 138 del 14 giugno 2019) e **D.G.R. n. 167 del 17 febbraio 2020** recante "Monitoraggio dell'attività della rete ospedaliera (di cui al R.R. n. 23/2019) secondo gli indicatori del D.M. n. 70/2015 e del Decreto del Ministero della Salute del 12 marzo 2019 (Nuovo Sistema di Garanzia)";
- **Programma Nazionale Esiti (AGENAS)** e **Network delle Regioni** (Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa).
- **Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR; in inglese National Recovery and Resilience Plan, abbreviato in Recovery Plan o NRRP)** approvato con Decreto del Ministero dell'economia e finanze, 6 agosto 2021, recante "Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e ripartizione

di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione” [1] e il decreto del Ministero dell’economia e finanze, 23 novembre 2021.

Rispetto a tali fonti, la pianificazione della performance aziendale 2025-2027 prevede i seguenti **Obiettivi Generali Strategici**:

- 1) Implementazione delle attività connesse alla sanità digitale e del lavoro agile;
- 2) Garanzia della correttezza, trasparenza, efficacia ed efficienza della azione amministrativa aziendale (pre-condizione e requisito necessario per l’intera azione amministrativa);
- 3) Attuazione della programmazione regionale in materia di rete dei servizi, rapporti con gli erogatori accreditati, dotazione di personale, rispetto della tempistica per l’invio dei flussi informativi;
- 4) Utilizzo e sviluppo del sistema di contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, con particolare riferimento all’analisi dei costi e dei consumi;
- 5) Revisione della spesa mediante la eliminazione delle inapproprietezze e la riallocazione delle risorse in direzione delle aree emergenti di bisogno assistenziale;
- 6) Miglioramento della qualità globale da sostenere mediante una politica della formazione aziendale adeguata a sviluppare le competenze professionali del personale, nonché mediante una crescente integrazione reticolare con il sistema della formazione universitaria;
- 7) Potenziamento delle attività di prevenzione a tutela della salute della persona e della comunità, con particolare attenzione alle relazioni tra salute umana e salute dell’ambiente, anche con particolare riferimento agli screening oncologici;
- 8) Riqualficazione della assistenza ospedaliera, in termini di qualità, sicurezza, equità di accesso alle cure, appropriatezza clinica ed organizzativa, anche mediante un potenziamento della organizzazione dipartimentale;
- 9) Riqualficazione della assistenza territoriale, in termini di adeguamento della rete secondo criteri di appropriatezza, di equità di accesso ai fini dell’abbattimento delle liste di attesa, di potenziamento delle cure intermedie e domiciliare secondo i modelli organizzativi regionali, di capacità di presa in carico della cronicità e della fragilità ad ogni livello del bisogno sanitario, socio-sanitario, socio-assistenziale;
- 10) Rispetto dei tetti spesa per acquisto farmaci, dispositivi medici, protesi e dei costi per il personale dipendente e degli specialisti ambulatoriali;
- 11) Monitoraggio e rispetto degli accordi di programma per l’utilizzo dei fondi previsti dal PNRR, e altre fonti di finanziamento.

Il piano della performance viene quindi costituito in relazione agli obiettivi generali di carattere strategico della ASL BT in base ai quali le attività aziendali vengono valutate bilanciando misure ed azioni interne ed esterne sulla base delle seguenti prospettive multidimensionali:



- 1) la prospettiva del paziente/utente ai fini del miglioramento dell'offerta assistenziale nel rispetto dell'equità dell'accesso alle cure, l'umanizzazione delle stesse e la trasparenza dei processi aziendali con particolare riferimento alla garanzia della tempestività delle risposte ai bisogni di salute espressi;
- 2) la prospettiva dei processi interni all'azienda al fine di ottimizzare i processi già in essere ed individuare quei nuovi processi attraverso i quali l'azienda possa migliorare per tendere all'eccellenza;
- 3) la prospettiva di innovazione e della qualità al fine di sviluppare l'organizzazione, la crescita globale dell'azienda, del personale e degli operatori, il miglioramento delle tecniche di misurazione della qualità (percepita e conseguita), implementare l'innovazione tecnologica, l'individuazione e la valorizzazione delle eccellenze;
- 4) la prospettiva economico – finanziaria e di efficienza operativa al fine di migliorare i tradizionali indicatori di redditività e commisurando, quando possibile, i costi sostenuti ai valori della produzione in relazione l'ottimizzazione delle risorse disponibili.

Tali azioni intendono connettere strettamente la gestione del Piano della performance aziendale alla valutazione del personale, sia sotto il profilo organizzativo che sotto il profilo individuale, secondo criteri di valutazione concertati nelle sedi competenti.

La pianificazione viene, infine, declinata in obiettivi specifici - operativi – azioni – indicatori, assegnati alle Strutture aziendali in funzione della specifica competenza e viene di seguito rappresentata.

## Dagli Obiettivi Generali agli Obiettivi Specifici

Nella costruzione del Piano della Performance sono state di fatto individuate cinque diverse **Aree strategiche di attività** all'interno delle quali confluiscono i vari obiettivi:

1. **Area della Prevenzione;**
2. **Area dell'Assistenza Ospedaliera**
3. **Area dell'Assistenza Territoriale**
4. **Area dell'Assistenza Ospedaliera/Territoriale**
5. **Area Amministrativa, Tecnica e Funzioni di Supporto.**

Le Aree strategiche costituiscono le prospettive in cui vengono idealmente scomposti e specificati il mandato istituzionale e la missione dell'Azienda. Rispetto alle Aree strategiche sono definiti gli obiettivi generali e specifici da conseguire.

La declinazione in obiettivi delle Aree strategiche è parte fondamentale del presente Piano della Performance. La metodologia seguita consiste nella definizione delle aree strategiche secondo le priorità di intervento aziendali, dalle quali derivano gli obiettivi generali, gli obiettivi specifici e le conseguenti azioni operative.

Al fine di rendere il Piano della Performance uno strumento integrato con l'effettivo andamento della gestione aziendale occorre prevedere un collegamento fra gli obiettivi generali presentati, il processo di budget e il processo di valutazione delle performance organizzative ed individuali.

A questo scopo sono stati definiti gli obiettivi specifici e le azioni operative ad essi collegati, che descrivono ciò che l'organizzazione deve realizzare o perseguire, e si è formulato un collegamento con gli obiettivi generali riportati nell'albero della Performance, dando risalto alle strutture o ai servizi assegnatari di tali obiettivi.

**Per quanto riguarda l'esame degli obiettivi per area strategica, dei soggetti assegnatari e dei risultati attesi nel triennio 2025-2027 si rimanda all'Allegato A Report Obiettivi Triennali Perf. Organizz. 2025-2027 parte integrante del presente Piano.**

La definizione degli obiettivi specifici e delle azioni operative è negoziata dalla Direzione con i Direttori dei Dipartimenti Aziendali alla presenza dei Dirigenti Responsabili di UOC e UOSVD.

**Gli obiettivi generali** ai sensi dell'art. 5 del Decreto Legislativo n.150/2009 devono essere:

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della Collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'Amministrazione;
- specifici e misurabili in termini concreti e chiari;



- tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- riferibili ad un arco temporale determinato;
- commisurati ai valori di riferimento derivanti da *standard* definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con Amministrazioni omologhe;
- confrontabili con le tendenze della produttività dell'Amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

L'orizzonte temporale di riferimento del presente Piano è triennale e ciò consente di monitorare anno per anno l'andamento di tali obiettivi attraverso un Sistema di indicatori qualitativi e quantitativi, che alimenteranno le Relazioni che seguiranno al Piano.

Le successive attività di attribuzione degli obiettivi operativi e di budget (avvio del ciclo della performance) alle diverse articolazioni aziendali nonché il loro periodico monitoraggio verranno svolte dall'Unità Controllo di Gestione con il supporto trasversale degli uffici e/o degli attori coinvolti nel processo di budget (Comitato di Budget, Direttori di Dipartimento, Direttori di U.O.C., ecc.).

Il monitoraggio degli obiettivi operativi e delle azioni inseriti nel Piano della Performance, consentirà alla Direzione aziendale di verificare l'orientamento dell'organizzazione, capire se la linea strategica tracciata ad inizio triennio è ancora valida alla luce delle misurazioni effettuate, ed eventualmente rivederla nell'ottica del miglioramento continuo, ma effettivamente raggiungibile, dell'organizzazione.

In tal senso, quindi, gli obiettivi assegnati dalla Direzione strategica costituiscono la base di partenza per l'elaborazione dell'Albero della Performance che a sua volta dimostra come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura, nell'ambito di un disegno strategico complessivo e coerente, contribuiscono al conseguimento del mandato istituzionale ed alla mission aziendale.

## **Coerenza del Piano della Performance con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio**

La necessaria coerenza e l'integrazione tra il ciclo della performance e la programmazione economico-finanziaria viene assicurata attraverso l'attività di valutazione dell'impatto economico degli obiettivi strategici ed operativi, svolta contestualmente alla fase istruttoria di redazione del Piano. Tale valutazione si realizza attraverso l'analisi tecnica dello Staff del Controllo di Gestione e dell'Area Economico Finanziaria, qualora le attività periodiche di monitoraggio e di controllo evidenzino scostamenti di rilievo nel consumo dei fattori produttivi rispetto ai livelli attesi di produzione vengono conseguentemente identificate e adottate specifiche azioni correttive volte al rispetto del Bilancio economico preventivo.

In tal senso il conto economico preventivo 2025, terrà conto delle prodromiche attività di valutazione e di coerenza, rispetto alle specifiche indicazioni/linee operative regionali a tale riguardo.

Il Piano della Performance è integrato con il processo di budget, costituendo l'uno la base degli indirizzi della programmazione aziendale e l'altro il vincolo alle risorse da assegnare nel rispetto dell'equilibrio economico di bilancio.

La Direzione Strategica, pertanto, con la definizione degli obiettivi avvia il processo di budget che rappresenta lo strumento del sistema di controllo di gestione con il quale vengono assegnate a ciascun Centro di Responsabilità le risorse umane, strumentali e finanziarie finalizzate al raggiungimento degli obiettivi da conseguire.

## **Azioni per il miglioramento del Ciclo della Gestione delle Performance**

Le principali aree di miglioramento per lo sviluppo del Ciclo della Performance (CdP) dell'Azienda sono di seguito sinteticamente indicate:

- Promozione della cultura aziendale della partecipazione e del coinvolgimento del personale nella definizione degli obiettivi e nell'individuazione del contributo atteso delle strutture e dei singoli professionisti;
- Formazione dei valutatori per la gestione dei colloqui di valutazione e del feedback, l'individuazione di azioni di miglioramento e sviluppo dei collaboratori, gestione del conflitto;
- Miglioramento dell'integrazione del ciclo della performance organizzativa e della performance individuale;
- Adozione di un adeguato sistema informativo direzionale a supporto del CdP, tale da permettere la definizione del contributo atteso agli obiettivi organizzativi e degli obiettivi individuali, nonché la valutazione a fine esercizio. La piattaforma software dovrà prevedere il necessario livello di

integrazione con il sistema premiante aziendale e permettere la storicizzazione delle valutazioni che alimentano il fascicolo individuale del professionista;

- Miglioramento delle scadenze temporali riguardanti le diverse fasi operative collegate alla performance (definizione budget annuale aziendale; fase di istruttoria, negoziazione e formalizzazione schede di budget per le diverse unità operative ed articolazioni funzionali; audit interni al fine di rendere partecipe il personale interessato; monitoraggio e rendicontazione finale delle attività svolte).

**Definizione di Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.  
Applicazione dell'art. 1, comma 8, della L. 190/2012.**

In linea di continuità rispetto ai Piani degli anni precedenti, il RPCT, dott.ssa Raffaella Notarpietro, nominata con Delibera n. 2480 del 30.12.2020, in attuazione all'art. 1, comma 8, della L.190/2012 e smi, ha chiesto alla Direzione Generale di formalizzare specifici obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza evidenziando, altresì, le novità introdotte dal legislatore nazionale.

Gli obiettivi strategici da considerare in materia di anticorruzione e trasparenza, in continuità con quelli individuati negli anni precedenti, sono analiticamente indicati nella Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e Trasparenza Art. 1 Obiettivi strategici.

## **Sistema di misurazione e valutazione delle performance**

### **Premessa**

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance è stato aggiornato nell'anno 2022 sulla base di richieste formulate dal Collegio Sindacale e dall'Organismo Indipendente di Valutazione. Il nuovo SMVP è stato oggetto di confronto con le OO.SS. della Dirigenza Area Sanità e Pta e del Comparto, che hanno approvato le integrazioni/modifiche apportate al SMVP.

Ad esito dei suddetti pareri, si è provveduto in data 22/06/2022 a trasmettere il suddetto documento all'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) che in data 29/06/2022, ha espresso parere favorevole, formalizzato nel Verbale n. 4 del 27 luglio 2022.

Tutto ciò premesso, il presente Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance ASL BT è redatto in conformità a quanto previsto dal D. Lgs. 150/2009, così come novellato dal D. Lgs. 74/2017, nonché degli indirizzi impartiti dal Dipartimento della Funzione Pubblica (Linee Guida n. 2/2017, n. 4/2019 e n. 5/2019).

L'oggetto del Sistema è la Performance, inteso come il contributo che ciascun soggetto (singolo individuo, organizzazione) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'ASL e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali la stessa è stata costituita, esso è monitorato attraverso il Sistema di Misurazione e valutazione della Performance.

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance delle pubbliche amministrazioni (di seguito indicato SMVP) consente di migliorare l'allocazione delle risorse fra le diverse strutture, premiando quelle virtuose e di eccellenza e riducendo gli sprechi e le inefficienze. Va sottolineato inoltre che tale Sistema delle pubbliche amministrazioni deve essere orientato principalmente al cittadino, in quanto la sua soddisfazione ed il suo coinvolgimento costituiscono il vero motore dei processi di miglioramento e innovazione.

La misurazione della performance, così delineata, è un elemento fondamentale per il miglioramento dell'efficienza ed efficacia, perché può rendere l'organizzazione capace di:

- migliorare, una volta a regime, il sistema di individuazione e comunicazione dei propri obiettivi;
- verificare che gli obiettivi siano stati conseguiti;
- informare e guidare i processi decisionali;
- gestire più efficacemente sia le risorse sia i processi organizzativi;
- influenzare e valutare i comportamenti di gruppi e di individui;
- rafforzare l'accountability e le responsabilità a diversi livelli gerarchici;

- incoraggiare il miglioramento continuo e l'apprendimento organizzativo.

Misurare mette le organizzazioni e le persone di fronte ad una più netta percezione e comprensione di ciò che è problematico nelle loro performance, attiva il cambiamento, riduce la tendenza al satisficing, ed elimina la miopia che rende spesso mal gestito ciò che non è misurato. In poche parole, misurare bene le proprie performance può consentire all'azienda sanitaria di fare il salto dalla mediocrità all'eccellenza, dall'accontentarsi di risultati soddisfacenti alla ricerca continua del miglioramento.

Appare evidente come in questa prospettiva misurare le performance sia un elemento indispensabile per dare buoni obiettivi, valorizzare i contributi delle persone, mettere i dirigenti nelle condizioni di gestire. E quindi creare benessere organizzativo. E quando aumenta il benessere organizzativo aumenta la produttività e, di conseguenza, la performance complessiva aziendale.

Poiché il contributo alla performance può essere apportato da ogni soggetto del sistema o in modo individuale o come parte di una unità organizzativa, la performance viene distinta in due **livelli** strettamente correlati tra loro, la **performance organizzativa** e la **performance individuale**:

1) **il livello organizzativo, che considera sia l'Azienda nel suo complesso** (Dipartimenti e le relative strutture organizzative);

2) la **performance individuale** si rivolge a tutti i dipendenti, Dirigenza e Comparto, che vengono valutati, secondo il sistema che viene descritto di seguito, dai Loro diretti responsabili.

La formalizzazione del SMVP per l'Azienda assolve, quindi, ad una pluralità di scopi:

1. migliorare l'efficienza del sistema di programmazione e di attuazione degli obiettivi;
2. introdurre uno strumento di apprendimento organizzativo e di orientamento dei comportamenti a supporto dei processi decisionali;
3. rappresentare, misurare, rendere pubblica e trasparente l'efficacia organizzativa rispetto agli obiettivi istituzionali (accountability).

Il Sistema di misurazione della performance rispetta i seguenti requisiti:

- chiara definizione degli obiettivi;
- specificazione dei legami tra obiettivi, indicatori e target;
- caratterizzazione degli indicatori secondo le modalità definite dalla normativa vigente;
- rilevazione effettiva della performance, secondo la frequenza e le modalità definite nel ciclo della performance.

Il SMVP non è sostitutivo degli strumenti di programmazione e controllo già esistenti, ma meglio vuole integrarli e includerli in un sistema più ampio, orientato non solo al presidio dell'efficienza, ma alla performance in senso lato, dove la soddisfazione del bisogno della collettività rappresenta la finalità principale. Il Sistema si basa sull'oggettività della misurazione e della valutazione, a partire dalla individuazione degli indicatori fino alla misurazione ed all'analisi degli scostamenti e individua

le responsabilità dei soggetti coinvolti nel processo e prevede idonee modalità per assicurare la trasparenza del processo di gestione della performance sia nei confronti del personale che nei confronti degli stakeholders.

Ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 150/09, così come novellato dal D. Lgs. 74/2017, la funzione di misurazione della performance, in aderenza agli indirizzi emanati dalla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche (ora A.N.AC.), è svolta:

- dall'**Organismo indipendenti di valutazione** (O.I.V.), cui compete la misurazione e valutazione della performance di ciascuna struttura amministrativa nel suo complesso (performance organizzativa);
- dai **dirigenti** dell'Azienda (performance individuale);
- dai **cittadini** e dagli altri **utenti** finali in rapporto alla qualità dei servizi resi dall'Azienda, partecipando alla valutazione della performance organizzativa dell'Azienda.

Per quanto concerne i principi generali di riferimento, l'articolo 3 del D. Lgs. n. 150/09 ne elenca molteplici, fortemente integrati tra di loro. Nel primo comma si fa riferimento al ruolo che la misurazione e valutazione della performance ha nel processo di miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche ma anche nel processo di apprendimento e di crescita delle competenze professionali degli operatori.

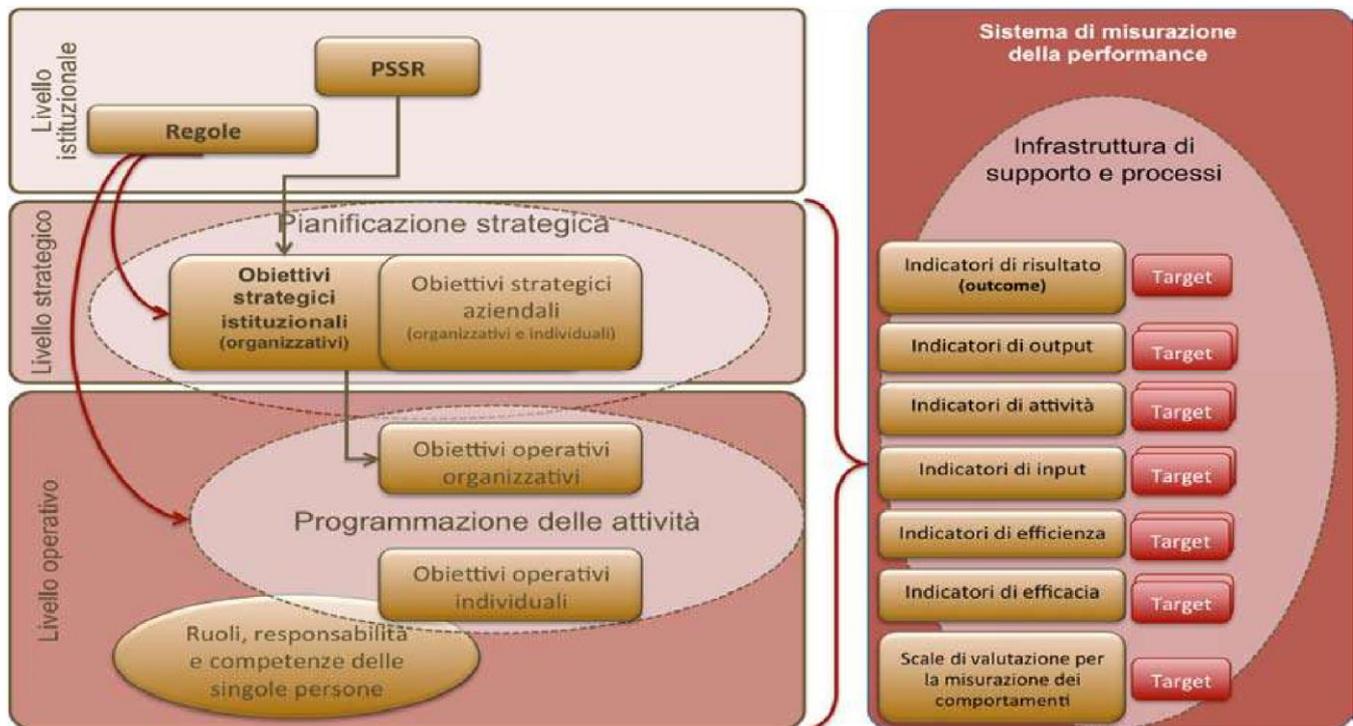
Per perseguire tale finalità il sistema di valutazione deve essere in linea con i seguenti principi:

- ❖ Valorizzazione del merito e erogazione dei premi per i risultati conseguiti dai singoli e dalle unità organizzative.
  - o Questo punto viene successivamente ripreso nel secondo comma sottolineando che il sistema deve garantire un'adeguata pervasività in tutti i livelli dell'organizzazione fino a raggiungere il singolo operatore;
- ❖ Garanzia di pari opportunità di diritti e di doveri: si sottolinea sia l'aspetto del diritto del dipendente sia quello della sua responsabilità nei confronti della collettività per il cui bene è chiamato ad operare;
- ❖ Trasparenza nei risultati conseguiti. Quest'ultimo punto viene ripreso nel terzo comma e successivamente in altri articoli del decreto. Il tema della trasparenza e della comunicazione dei risultati risulta essere uno dei perni fondamentali del sistema di valutazione; essa infatti è considerata quale leva determinante per l'accountability, ossia si ritiene che la misurazione dei risultati conseguiti possa tradursi in un processo di responsabilizzazione degli operatori nella misura in cui si lega alla pubblicazione dei dati e quindi ad un ritorno informativo sia alle pubbliche amministrazioni ed ai suoi operatori e sia ai cittadini. In questa prospettiva con il termine accountability si intende appunto il "rendere conto" del proprio operato con misurazioni oggettive, chiare e trasparenti.

L'adozione di un sistema di misurazione e valutazione della Performance in linea con le disposizioni contenute al Titolo II del D. Lgs. 150/2009 e ss.mm.ii. è condizione necessaria per l'erogazione dei premi e componenti del trattamento retributivo legati alla performance e rileva ai fini del riconoscimento delle progressioni economiche, dell'attribuzione degli incarichi di responsabilità al personale, nonché del conferimento degli incarichi dirigenziali (art. 3, comma 5 D. Lgs. 150/2009 e ss.mm.ii.).

Il processo di misurazione e valutazione della performance si concretizza nel **Ciclo di Gestione della Performance** ed è fondato sui seguenti elementi fondamentali: target, indicatori, infrastruttura di supporto, processo, ambiti di valutazione, criteri e scale di valutazione.

Grafico: Livelli di performance:



## Indicatore

L'indicatore di performance è lo strumento che rende possibile l'acquisizione delle informazioni e la misurazione oggettiva del grado di raggiungimento dell'obiettivo.

L'indicatore deve possedere alcune caratteristiche fondamentali:



1. comprensibilità (chiaro, contestualizzato, concreto, intelligibile anche per i soggetti e gli stakeholder non appartenenti al settore)
2. rilevanza (riferibile all'obiettivo, utile e significativo, attribuibile alle attività chiave del processo identificate come: outcome, output, attività, efficienza, efficacia, comportamenti)
3. confrontabilità (comparabile nel tempo rispetto alla stessa organizzazione e/o rispetto ad organizzazioni simili e attività standard)
4. fattibilità (misurabile nei sistemi informativi aziendali, sostenibile dal punto di vista finanziario e rispetto all'arco temporale di riferimento)
5. affidabilità (valutazione qualitativa della capacità di rappresentazione e misurazione di un fenomeno).

Gli indicatori sono differenziati per i diversi livelli di performance, distinguendo i livelli di responsabilità tra il livello strategico istituzionale (indirizzi regionali), il livello strategico aziendale e il livello direzionale e operativo, interessato dai principali strumenti di programmazione di breve periodo (budget).

## **Target**

Un target è il risultato che un soggetto si prefigge di ottenere, ovvero il valore desiderato in corrispondenza di un'attività o processo misurato su un indicatore. Il *target* rappresenta un meccanismo molto efficace per monitorare, valutare e modificare i comportamenti, dare un indirizzo ed uno stimolo al miglioramento. Affinché questo avvenga, però, è necessario che:

- il *target* sia ambizioso, sfidante ma realisticamente raggiungibile attraverso le risorse assegnate, l'abilità e le competenze del personale, l'adeguatezza dei processi;
- il *target* sia quantificabile e misurabile attraverso l'utilizzo di indicatori;
- siano presenti meccanismi di retroazione per dimostrare i progressi ottenuti rispetto al *target*;
- siano previste forme di riconoscimento (non necessariamente di tipo finanziario);
- ci sia supporto da parte di superiori e/o vertici organizzativi;
- il *target* sia accettato dall'individuo o dal gruppo incaricato di raggiungerlo.

## **Infrastruttura di supporto**

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance deve possedere un'infrastruttura di supporto, intesa come l'insieme di mezzi e soggetti che rendono possibile l'acquisizione, la selezione, l'analisi, l'interpretazione e la diffusione dei dati, garantendone la tracciabilità.

È responsabilità del Controllo di Gestione sovrintendere all'intero sviluppo del ciclo di Programmazione e Controllo e alla valutazione delle performance organizzative.

## Processo

Il processo di misurazione e valutazione si svolge secondo uno schema logico-temporale, il **ciclo di gestione della performance**, che prevede la successione di momenti distinti caratterizzati da attività e dalla partecipazione di soggetti diversi:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, tenendo conto anche dei risultati conseguiti nell'anno precedente, come documentati e validati nella relazione annuale sulla performance;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f) rendicontazione dei risultati agli organi di controllo interno e di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi di controllo interni ed esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance è collegato al sistema premiante definito dalla contrattazione integrativa decentrata.

### **Grafico "Il Ciclo di Gestione della Performance".**



## LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Ai sensi dell'art. 8 del **D.Lgs 150/2009** il Sistema di misurazione e valutazione della Performance Organizzativa concerne:

- a) L'attuazione delle politiche attivate sulla soddisfazione finale dei bisogni della collettività;
- b) L'attuazione dei piani e programmi, ovvero la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse;
- c) La rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;
- d) La modernizzazione ed il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi;
- e) Lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione;
- f) L'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi di erogazione delle prestazioni;
- g) La qualità e la quantità delle prestazioni e servizi erogati;
- h) Il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

La valutazione della **performance organizzativa** va distinta in due tipologie:

- **dell'Azienda** - valuta la capacità delle stessa di conseguire obiettivi, quanto più possibile, orientati alla soddisfazione dei bisogni dei destinatari dei servizi (*outcome*);
- **delle Unità Operative** - valuta l'effettivo raggiungimento nell'anno degli obiettivi strumentali (es. azioni da realizzare) al conseguimento degli obiettivi di outcome.

La valutazione della performance organizzativa opera nei confronti di tutte le articolazioni organizzative individuate quali Centri di Negoziazione del Budget dall'Azienda e a cui è attribuita una qualche misura di autonomia gestionale e conseguentemente responsabilità di budget; **oggetto della valutazione è infatti il grado di raggiungimento degli obiettivi attribuiti nell'ambito del Processo di budget.**

Il sistema degli obiettivi aziendali si riferisce ai Dipartimenti, alle Strutture Complesse e alle Strutture Semplici Dipartimentali e Aziendali: queste sono le unità organizzative a cui si attribuisce la responsabilità della performance organizzativa.

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa si pone i seguenti **obiettivi**:

- la comprensione e l'analisi del complessivo andamento della amministrazione;
- la comprensione e l'analisi dell'andamento delle diverse aree organizzative, anche attraverso processi di osservazione dal generale al particolare;
- la comprensione e l'analisi delle cause degli scostamenti dei risultati ottenuti rispetto a quanto programmato;
- il supporto alla definizione degli interventi di miglioramento delle performance, sulla base dei risultati dell'analisi degli scostamenti.

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa **si basa su**:

- l'effettivo e adeguato funzionamento del sistema informativo interno;
- la produzione di dati ed informazioni coerenti con i requisiti della validità, affidabilità, funzionalità, comprensibilità, rendicontabilità e trasparenza;
- la realizzazione del principio di correlazione tra obiettivi programmati, risorse assegnate e responsabilità organizzative.

L'**oggetto** della valutazione, pertanto, è il grado di raggiungimento degli obiettivi attribuiti dall'Azienda alle suddette strutture nell'ambito del processo di budget, che si realizza attraverso apposite schede in cui vengono assegnati gli **obiettivi (risultati di gestione)**, nel rispetto dei vincoli gestionali e di bilancio stabiliti dalla Regione.

Gli obiettivi di performance organizzativa sono assegnati ai responsabili delle strutture di cui sopra con cadenza di norma annuale.

Le verifiche periodiche dei risultati conseguiti e la rilevazione e misurazione finale degli scostamenti tra obiettivi e risultati sono organizzate dal **Controllo di Gestione**.

La valutazione finale dei risultati di performance organizzativa di tutte le articolazioni organizzative aziendali è deliberata dal Direttore Generale sulla base delle proposte formulate dall'**O.I.V.** che, ai sensi dell'art.14, comma 4, lett. c) del D.Lgs. 150/2009 e ss.mm.ii., è chiamato a validare la Relazione sulla Performance.

### **LE FASI RELATIVE AL CICLO DELLA PERFORMANCE**

Ogni ciclo di valutazione comincia all'inizio dell'anno e termina con la fase di Valutazione di prima istanza da effettuarsi, di norma, entro il **mese di giugno** dell'anno successivo.

Per garantire la puntuale gestione del processo valutativo la Direzione Generale, o struttura interna delegata, definisce, le cadenze temporali di ogni singola fase del processo, dettagliate nel Piano Triennale della Performance, tenuto conto delle seguenti principali fasi di identificazione del Ciclo di gestione della Performance Organizzativa:

- 1) Pianificazione e Controllo Strategico in cui rientrano le attività di indirizzo e declinazione della strategia di medio e lungo periodo della ASL, che richiedono uno sforzo di lettura e analisi del contesto organizzativo di partenza;
- 2) Gli Obiettivi di Budget si baseranno su indicatori di *outcome, output ed esiti* attesi, coerenti con il piano pluriennale delle performance e con gli obiettivi generali emanati, a cadenza annuale dalla direzione strategica;
- 3) Programmazione e Controllo in cui rientrano le attività che la ASL pone in essere per definire e rilevare il rapporto tra risorse e risultati in corrispondenza dei propri obiettivi da conseguire. Nel processo di Programmazione e Controllo si colloca sia la Valutazione della Performance Organizzativa che della Performance individuale/collettiva (gestione delle risorse umane).
- 4) Rendicontazione e Trasparenza è la fase nella quale i risultati finali conseguiti saranno formalizzati e condivisi dalla Direzione Aziendale (Relazione sulla Performance) e validati dall'Organismo Indipendente di Valutazione. Il livello della performance organizzativa raggiunto durante il periodo di riferimento (anno solare) è portato a conoscenza degli interlocutori interni ed esterni con l'utilizzazione degli strumenti disponibili, a partire dal sito web istituzionale (pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente").

Per ciascuna delle fasi del Ciclo si procede alla misurazione "*ex ante*" (definizione dell'oggetto di misurazione — outcome, output, esiti, attività, servizi, progetti, programmi strategici, ecc.), "*in itinere*" (monitoraggio e verifica in corso d'anno dello scostamento tra obiettivi e risultati con l'avvio eventuale di azioni correttive, ritenute necessarie ed opportune per il rispetto del target atteso) ed "*ex post*" (verifica, a fine anno, dello scostamento tra obiettivi e risultati conseguiti).

### **L'ATTRIBUZIONE DEGLI OBIETTIVI**

Preferibilmente entro il mese di dicembre dell'anno precedente a quello di riferimento del budget e comunque, **non oltre il primo trimestre dell'anno di riferimento del budget** a ogni Struttura Organizzativa sono assegnati obiettivi in relazione agli Obiettivi Strategici dell'ASL direttamente

connessi agli indirizzi di politica aziendale. Il processo di assegnazione degli obiettivi avviene in maniera dialettica e condivisa con i Responsabili delle Strutture Organizzative.

Definita questa prima fase del processo, successivamente il Dirigente Responsabile illustra gli obiettivi ricevuti **a tutto il personale della Struttura (dirigenza e comparto)** diretta, attraverso verbali di audit oppure di riunioni interne, distribuisce ed assegna gli obiettivi di lavoro, predisponendo il "PIANO OPERATIVO DELLE ATTIVITA" (ribaltamento/attribuzione dei singoli o specifici obiettivi di budget alle diverse articolazioni funzionali interne alla Struttura), quale atto dirigenziale di programmazione annuale. Tale documento è sottoscritto dal dirigente responsabile di struttura che sarà oggetto di valutazione e dal coordinatore del personale di comparto, ove individuato.

Qualsiasi variazione organizzativa (ridefinizione dell'obiettivo, revisione/modifica dell'assetto organizzativo, funzionale e/o strutturale, ecc.) che possa avere impatto sul processo di assegnazione e, quindi, sulla valutazione finale delle prestazioni/attività da conseguire, dovrà essere tempestivamente comunicata alla Direzione Strategica oltre che agli interessati. A tale riguardo è predisposto un apposito report di monitoraggio che, in relazione alle aree strategiche degli obiettivi attribuiti, evidenzia le principali azioni poste in essere e le eventuali criticità operative riscontrate nel corso dell'anno.

La documentazione riguardante la suddetta programmazione dirigenziale rientrante nel "PIANO OPERATIVO DELLE ATTIVITA" è trasmessa entro il mese successivo di ciascun anno alla Direzione Strategica e per essa al Controllo di Gestione nonché all'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) per informativa di coerenza agli indirizzi della ASL, oltre che per l'attivazione delle procedure di valutazione dei risultati conclusivi.

Il Controllo di Gestione, inoltre, dovrà effettuare apposita istruttoria al fine di determinare il grado di raggiungimento degli obiettivi concordati. La Struttura Tecnica Permanente (S.T.P.) dell'O.I.V. potrà effettuare ulteriori verifiche ed accertamenti che riterrà opportuno e/o necessari in merito, tenuto conto delle dimensioni organizzative dell'azienda sanitaria e delle diverse e peculiari attività assistenziali svolte (ospedaliera, territoriale, collettiva).

L'Area Gestione del Personale, in considerazione delle risorse disponibili definite in sede di CCIA, quantificherà successivamente i relativi compensi spettanti a ciascun dipendente.

### **LA MISURAZIONE DEGLI OBIETTIVI**

La misurazione del livello di raggiungimento degli obiettivi si sviluppa in relazione a criteri generali che tengono conto della diversificazione e della tipologia dei risultati da conseguire, ed in particolare:

- a) Obiettivi riguardanti prestazioni:** la misurazione e la valutazione dei risultati di tali obiettivi, di tipo quantitativo, si avvale dei dati e delle verifiche effettuate da parte del Controllo di Gestione tramite il sistema informativo aziendale o regionale (Edotto). Pertanto, il Controllo di Gestione fornisce supporto documentale e comparativo dei risultati gestionali delle diverse strutture del sistema organizzativo aziendale, in riferimento alla efficienza ed efficacia delle attività svolte.
  
- b) Obiettivi riguardanti implementazione o attivazione di procedure nonché obiettivi di qualità dei servizi:** questi obiettivi non sono misurabili con i dati provenienti dai flussi informativi del Controllo di Gestione in quanto si riferiscono prevalentemente ad obiettivi qualitativi riguardanti l'adozione di procedure/percorsi di tipo clinico – assistenziali. Pertanto, la valutazione del risultato conseguito si baserà sulla relazione predisposta dal Dirigente della Struttura interessata, convalidata dalla Direzione Strategica oppure confermata da terzi sulla base di documentazione ed atti coerenti, che deve dimostrare, in relazione all'obiettivo assegnato, il risultato effettivamente raggiunto.
  
- c) Obiettivi riguardanti attivazione o implementazione di attività di supporto:** in tale ambito rientrano gli obiettivi relativi alle attività gestionali amministrative, tecniche e di staff per le funzioni comuni di carattere generale e di supporto. La valutazione dei risultati conseguiti si baserà sulla relazione predisposta dal Dirigente della Struttura interessata (Aree, Servizi Tecnici, ecc.), convalidata dalla Direzione Strategica oppure confermata da terzi sulla base di documentazione ed atti coerenti, che deve dimostrare, in relazione all'obiettivo assegnato, il risultato effettivamente raggiunto.

La corretta individuazione/definizione degli obiettivi costituisce il riferimento cruciale dell'intero processo di valutazione. A ogni obiettivo individuato ed assegnato deve corrispondere un *indicatore di esito* (con modalità di calcolo dell'indicatore di performance e fonte dati nonché il relativo target/esito atteso), che costituirà l'elemento oggettivo di raffronto per valutare il raggiungimento del risultato.

Pertanto, la valutazione si propone di stabilire se gli obiettivi assegnati siano stati conseguiti o meno ed in quale misura rispetto ai risultati attesi. Ne consegue che obiettivi non misurabili non potranno dare luogo ad una valutazione oggettiva.

Per rendere l'obiettivo misurabile è necessario individuare indicatori di misurazione quali/quantitativa ed i valori programmati, al fine di stabilire le dimensioni della qualità/quantità riferite all'obiettivo e, quindi, ai risultati attesi (la misura può essere espressa in termini numerici assoluti o percentuali ovvero in termini di benchmarking rispetto ad analoghe strutture organizzative). Pertanto, al fine di rendere agevole la verifica dell'obiettivo, è necessario evitare di descriverlo attraverso l'uso di termini generici senza quantificarne la reale portata.

La valutazione finale dei risultati rappresenta, quindi, la verifica di quanto realizzato dalla Struttura Organizzativa (complessa o a valenza dipartimentale) in relazione agli obiettivi di gestione o di budget concordati con il Dirigente Responsabile.

La valutazione finalizzata alla verifica del grado di conseguimento degli obiettivi assegnati alla Struttura Organizzativa è effettuata dall'Organismo Indipendente di Valutazione, sulla base dell'apposita istruttoria predisposta dall'Unità Operativa Controllo di Gestione e dalla Struttura Tecnica Permanente.

### **LA VALUTAZIONE PARTECIPATIVA**

Le modifiche apportate al D.Lgs. n. 150/2009 prevedono espressamente un ruolo attivo dei Cittadini e degli altri Utenti finali ai fini della valutazione della performance organizzativa, attraverso il rinvio ai sistemi di rilevamento della soddisfazione degli utenti in merito alla qualità dei servizi resi di cui agli articoli 8 e 19 bis.

Tenuto conto che solo in data 28/11/2019, il Dipartimento della Funzione Pubblica, Ufficio per la Valutazione della Performance ha emanato le Linee Guida sulla valutazione partecipativa nelle amministrazioni pubbliche n. 4 Novembre 2019, questa Azienda, data anche la complessità delle attività richieste e così sintetizzabili:

- Mappatura degli stakeholder dell'amministrazione;
- Selezione dei servizi e delle attività oggetto di valutazione e delle corrispondenti modalità e strumenti di coinvolgimento;
- Selezione dei cittadini e/o degli utenti;
- Definizione delle dimensioni di performance organizzativa per la valutazione dei servizi e delle attività selezionati;

- Motivazione dei cittadini e/o degli utenti nonché dei dipendenti coinvolti nella valutazione;
- Valutazione delle attività e/o dei servizi;
- Utilizzo dei risultati ai fini della valutazione della performance organizzativa

e tenuto altresì conto che gli ultimi anni sono stati caratterizzati dalla emergenza epidemiologica Covid 19, si riserva di aggiornare successivamente il SMVP relativamente a questa sezione.

Al fine di favorire un ruolo attivo dei Cittadini e degli altri Utenti finali ai fini della valutazione della performance organizzativa, questa Azienda si impegna in tal senso ad avviare, per il tramite delle UO preposte, percorsi di progettazione ed implementazione di procedure diffuse ed aperte attraverso le quali i cittadini, gli utenti finali ed interni dell'azienda sanitaria possano contribuire alla misurazione della performance organizzativa, esprimendo direttamente all'Organismo Indipendente di Valutazione il proprio livello di soddisfazione per i servizi erogati, secondo le modalità definite dagli stessi O.I.V. per la raccolta ed il monitoraggio delle segnalazioni, ai sensi del D.Lgs. n. 74/2017, così come previsto dalle Linee Guida n. 2/2017 del Dipartimento della Funzione Pubblica.

In tal senso dovrà essere ulteriormente valorizzato e rafforzato il ruolo e le azioni positive del Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.), ricostituito con deliberazione n. 584/2021, al fine di garantire gli adempimenti stabiliti dalla Direttiva n. 2 del 26 giugno 2019 del Ministero della Funzione Pubblica e della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Nelle more della implementazione del modello di valutazione partecipativa, l'ASL BT ha avviato la sperimentazione di un modello di valutazione, espressa dal personale dipendente, su specifici aspetti della performance e sulle caratteristiche individuali (conoscenze, capacità, valori, motivazioni) sia del Responsabile della U.O. di assegnazione che del Coordinatore delle Professioni Sanitarie secondo l'approccio Bottom up (dal basso verso l'alto) mediante la somministrazione di un questionario con Microsoft Forms. In questa fase di sperimentazione, la valutazione è finalizzata non solo a condividere il sistema di valutazione del proprio superiore gerarchico ma, principalmente, a rilevare il livello di benessere organizzativo ed aziendale.

Nel corso del 2023 è stata avviata una indagine di customer satisfaction negli ospedali e nelle strutture di ricovero della Asl Bt: ad aprile in tutte le unità operative è stata affissa una locandina con un Q-code attraverso il quale poter compilare un questionario di gradimento. Fino a dicembre 2023 hanno risposto al questionario 335 pazienti: l'analisi dei dati ha messo in evidenza che il tempo di attesa prima del ricovero, il livello di informazioni ricevute, il rapporto con i medici e con gli altri operatori sanitari è stato considerato soddisfacente mentre è bassa la valutazione della qualità del cibo. Il questionario per presidi ospedalieri resterà attivo anche per l'anno 2024 con l'obiettivo di aumentare

il numero di risposte da parte dei pazienti o dei loro familiari. Le unità operative di Rischio clinico e qualità e di Comunicazione e Formazione redigeranno nel corso dell'anno un questionario adatto all'assistenza territoriale.



*Partecipa al*  
**QUESTIONARIO**  
**MIGLIORIAMO ASSIEME I SERVIZI**



**✓ PARTECIPA AL QUESTIONARIO:**  
rispondi a poche semplici domande sull'esperienza di ricovero e cura negli Ospedali della ASL Bt

**✓ I dati raccolti saranno utilizzati per MIGLIORARE I SERVIZI**

**✓ Il questionario è anonimo e volontario: sono **GARANTITE LA PRIVACY E LA RISERVATEZZA DEL PAZIENTE****

**COME PARTECIPARE?**  
inquadra il QR Code



Si potrà rispondere al questionario dal 1° APRILE al 31 DICEMBRE 2023

A cura di UOSVD Gestione rischio clinico, Qualità e Bed Management e UOSVD Informazione, Comunicazione, Polo Universitario e Formazione.

Le predette rilevazioni costituiranno oggetto di analisi anche da parte dell'OIV, in via sperimentale, anche al fine di poter determinare future azioni migliorative o di riprogettazione nell'impatto esterno dell'erogazione delle attività e dei servizi pubblici offerti.

### **LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

Al termine del periodo di riferimento, il Dirigente Responsabile della struttura organizzativa predispone e trasmette al Controllo di Gestione la relazione annuale conclusiva delle azioni e delle attività svolte per il conseguimento degli obiettivi di budget. La valutazione del livello di raggiungimento degli

obiettivi avviene secondo una scala cui corrisponde un giudizio finale, tenuto conto della specifica tipologia degli obiettivi, così espresso:

Giudizio finale
<b>Obiettivo Pienamente Raggiunto</b> (relazione annuale conclusiva completamente rispondente agli elementi di analisi richiesti dall'indicatore di risultato/esito)
<b>Obiettivo Parzialmente Raggiunto</b> (relazione annuale conclusiva in parte rispondente agli elementi di analisi richiesti dall'indicatore di risultato/esito)
<b>Obiettivo Non Raggiunto</b> (relazione annuale conclusiva non soddisfacente/ coerente/rispondente agli elementi di analisi richiesti dall'indicatore di risultato/esito; risultato nullo)

In relazione ai giudizi espressi, cui corrisponderà la percentuale di scostamento di ciascun obiettivo rispetto al target atteso per l'anno solare, verrà definita conseguentemente la relativa Performance Organizzativa complessiva della struttura interessata che sarà inquadrata nelle seguenti fasce:

Fasce della Performance Organizzativa	% Raggiungimento complessivo degli obiettivi	% Retribuzione di Risultato / Incentivazione alla Produttività
Pienamente Raggiunta	= > 90%	100%
Parzialmente Raggiunta	compreso tra 46% ed 89%	in proporzione alla % del risultato raggiunto

Non Raggiunta	< = 45%	0%
---------------	---------	----

Gli stessi parametri previsti per la valutazione della Performance Organizzativa, saranno applicati anche alla gestione delle progettualità aziendali derivanti da specifiche normative nazionali e/o regionali.

A seguito della validazione della Relazione sulla Performance da parte dell'O.I.V., l'Unità Operativa Controllo di Gestione trasmetterà all'Area Gestione del Personale un report informativo con i seguenti dati riepilogativi:

- Macrostruttura/Dipartimento di riferimento;
- Unità Operativa/Articolazione funzionale;
- Percentuale complessiva di raggiungimento degli obiettivi operativi di budget;

al fine di porre in essere tutti gli adempimenti connessi e consequenziali.

I suddetti criteri di valutazione relativi alla performance organizzativa verranno applicati anche per la verifica del grado di conseguimento degli obiettivi previsti dalle attività progettuali, a valenza regionale e/o aziendale, preventivamente vagliate dagli uffici di staff ed autorizzate con specifico atto deliberativo, da parte delle unità operative interessate.

## LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

La valutazione della "**performance individuale**" è fortemente integrata con quella organizzativa, ed è finalizzata alla promozione ed alla crescita delle competenze delle risorse umane impiegate. In questa accezione, la performance individuale è declinata secondo tre dimensioni:

- il contributo individuale ai risultati della gestione,
- le conoscenze e le capacità/abilità agite,
- le competenze tecniche, che caratterizzano ciascuna professione.

In parallelo a questi due concetti di performance, si sviluppa il sistema premiante aziendale, che ha lo scopo di promuovere il miglioramento continuo delle prestazioni erogate e dei risultati conseguiti nell'anno, agendo sulla leva motivazionale, che si articola sia rispetto ai risultati gestionali (ossia al meccanismo di assegnazione e verifica degli obiettivi organizzativi), sia rispetto agli obiettivi individuali e ai percorsi di formazione e di crescita professionale.

La valutazione della Performance individuale è estesa a tutti i dipendenti con contratto a tempo indeterminato e determinato ed ha periodicità annuale. Essa è effettuata dal diretto conoscitore dell'attività del valutato, come indicato nella tabella sottostante:

<b>VALUTATO</b>	<b>VALUTATORE</b>
Direttore di Dipartimento	Direttore Sanitario o Amministrativo Aziendale
Dirigente Ufficio di Staff	Direttore Amministrativo o Sanitario Aziendale
Direttore di Struttura Complessa e di Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale	Direttore di Dipartimento o in assenza Direttore Amministrativo o Sanitario Aziendale
Dirigente di Struttura Semplice	Direttore di Struttura Complessa
Dirigente Sanitario non medico	Direttore di profilo professionale analogo e Direttore Struttura Complessa; in assenza del primo, solo Direttore Struttura Complessa
Dirigente titolare di incarico di altissima/alta specializzazione	Direttore di Struttura Complessa o di Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale, e Dirigente di Struttura Semplice, se presente
Dirigente titolare di incarico professionale	Direttore di Struttura Complessa o di Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale, e Dirigente di Struttura Semplice, se presente
Titolare di Incarico di Funzione/Coordinamento	Direttore di Struttura Complessa o di Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale
Personale del Comparto	Direttore di Struttura Complessa o di Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale, e titolare Incarico di Funzione e Dirigente di Struttura Semplice, se presenti
Personale del Comparto afferente alle Professioni Sanitarie con incarico di funzione/coordinamento	Dirigente delle Professioni Sanitarie
Personale del Comparto afferente alle Professioni Sanitarie (*)	Coordinatore/Dirigente Professioni Sanitarie e Direttore di Struttura Complessa o di Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale, e Dirigente di Struttura Semplice, se presente

(\*) Relativamente a tale categoria, come mutuato dalla delibera n. 1008/2017, è da intendersi non solo il personale direttamente afferente alle Professioni Sanitarie, ma anche il personale di supporto afferente all'area (es. OSS, Ausiliari).

Nel caso in cui, in corso d'anno, il valutato abbia svolto la propria attività lavorativa presso due o più strutture, la valutazione verrà effettuata dal Responsabile della Struttura presso cui il valutato ha prestato o prestato l'attività prevalente in termini temporali.

Nel caso in cui, in corso d'anno, la responsabilità di una struttura sia stata affidata a più figure dirigenziali, il valutato sarà soggetto alla valutazione del Responsabile che dirige la Struttura alla data del 31.12. dell'anno a cui si riferisce la valutazione.

Nel caso in cui in una stessa struttura siano presenti più incarichi funzionali/coordinatori aventi la stessa professionalità, la valutazione verrà effettuata dal titolare di incarico funzionale/coordinatore DS, ovvero, in caso di stesso livello, da quello con maggiore anzianità nel servizio.

Per poter essere valutati, è necessario aver lavorato, nell'anno di riferimento, almeno 30 giorni (giorni di effettiva presenza in servizio); la valutazione è commisurata al periodo lavorativo effettivamente svolto.

Il dipendente che ha lavorato meno di 30 giorni (giorni di effettiva presenza in servizio) nell'anno di riferimento è ritenuto non valutabile.

## Oggetto della Valutazione individuale

La Valutazione della Performance Individuale, si differenzia per il **livello di responsabilità** assunto nell'Organizzazione.

**I Direttori di Dipartimento, di Struttura Complessa e di Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale**, saranno valutati per:

- il raggiungimento degli obiettivi legati al Processo di budget ed al sistema Premiante assegnati alla propria struttura organizzativa entro il 31 gennaio di ogni anno in contemporanea con il Processo di budget;
- il raggiungimento degli obiettivi individuali assegnati dal Direttore di Dipartimento e/o dalla Direzione Strategica ;
- la capacità di valutazione dei propri collaboratori dimostrata anche tramite una significativa differenziazione delle valutazioni;  
le competenze manageriali/ professionali dimostrate facendo riferimento ad uno
- specifico  
modello delle competenze

**I Dirigenti di Struttura semplice** saranno valutati per:

- il raggiungimento degli obiettivi dell'Unità organizzativa di appartenenza;
- il raggiungimento degli obiettivi individuali e/o di gruppo;
- la capacità di valutazione dei propri collaboratori dimostrata anche tramite una significativa differenziazione delle valutazioni;  
le competenze manageriali/professionali dimostrate facendo riferimento ad uno
- specifico modello delle competenze

**I Dirigenti con incarico di alta/altissima specializzazione e con incarico professionale** saranno valutati per:

- il raggiungimento degli obiettivi dell'Unità organizzativa di appartenenza;
- il raggiungimento degli obiettivi individuali e/o di gruppo;



- le competenze manageriali/professionali dimostrate facendo riferimento ad uno specifico modello delle competenze

**I dipendenti del comparto titolari di incarico di funzione/ordinamento:**

- il raggiungimento degli obiettivi dell'Unità organizzativa di appartenenza;
- il raggiungimento degli obiettivi individuali e/o di gruppo ;
- la capacità di valutazione dei propri collaboratori dimostrata anche tramite una significativa differenziazione delle valutazioni;
- le competenze trasversali e professionali dimostrate facendo riferimento ad uno specifico modello delle competenze

**Il personale del comparto** sarà valutato per:

- il raggiungimento degli obiettivi dell'Unità organizzativa di appartenenza;
- il raggiungimento degli obiettivi individuali e/o di gruppo;
- le competenze trasversali/professionali;

**La misurazione degli obiettivi individuali** si esplica per ambiti corrispondenti ai livelli di responsabilità ricoperti ai quali il sistema di misurazione della performance associa il peso conferito a ciascuna componente.

	Area di Valutazione	Peso	Area di Valutazione	Peso	Area di Valutazione	Peso	Area di Valutazione	Peso	Totale peso
<b>Direttori Dipartimento/ Direttori UOC/ Direttori UOSVD</b>	Risultato della struttura di appartenenza	55	Obiettivi individuali quantitativi	20	Capacità di valutazione dei collaboratori	5	Competenze manageriali/professionali	20	<b>100</b>
<b>Dirigenti UOS/ Dirigenti Valutatori</b>	Risultato della struttura di appartenenza	35	Obiettivi individuali e/o di gruppo quantitativi	30	Capacità di valutazione dei collaboratori	5	Competenze manageriali/professionali	30	<b>100</b>
<b>Dirigenti di Incarichi Professionali/Dirigenti di base/Dirigenti non Valutatori</b>	Risultato della struttura di appartenenza	30	Obiettivi individuali e/o di gruppo quantitativi	40			Competenze manageriali/professionali	30	<b>100</b>
<b>Titolari incarico di funzione/Coordinamento</b>	Risultato della struttura di appartenenza	25	Obiettivi individuali e/o di gruppo quantitativi	40	Capacità di valutazione dei collaboratori	5	Competenze manageriali/professionali	30	<b>100</b>
<b>Comparto</b>	Risultato della struttura di appartenenza	10	Obiettivi individuali e/o di gruppo quantitativi	40			Competenze manageriali/professionali	50	<b>100</b>

## La Scheda di Valutazione individuale e relative ponderazioni adottate

Le schede di Valutazione individuale dei dipendenti sono costruite sulla base delle specificazioni riportate nella suddetta tabella e differenziate per profili professionali.

In particolare:

**Risultati della struttura di appartenenza:** riporta la sintesi del risultato degli obiettivi di budget conseguiti dalla struttura di appartenenza del dipendente, con un punteggio espresso in termini percentuali.

**Obiettivi individuali o di gruppo:** descrive gli obiettivi assegnati al singolo dipendente con il relativo indicatore e la ponderazione.

In particolare, per ogni obiettivo viene indicato:

- L'Obiettivo, che indica il risultato quantitativo da conseguire;
- Il Valore dell'obiettivo, ossia il target prefissato;

- Il valore minimo atteso, ossia il risultato minimo al di sotto del quale non viene considerato raggiunto neppure parzialmente;
- Il Risultato raggiunto, ossia il risultato conseguito a fine anno;
- % di raggiungimento
- Peso determinato a inizio anno dal valutatore che attribuisce l'obiettivo
- Totale: indica la percentuale di raggiungimento dei singoli obiettivi moltiplicati per i pesi assegnati.

A decorrere dall'anno 2022 è stata introdotta l'assegnazione obbligatoria di almeno un obiettivo individuale a tutto il personale dirigenziale (dirigenza Sanitaria e dirigenza PTA), al personale titolare di incarico di funzione/coordinamento ed al personale inquadrato nel profilo di Collaboratore amm.vo prof.le /Collaboratore amm.vo prof.le senior.

Per i restanti profili professionali l'assegnazione di specifici obiettivi individuali è facoltativa.

La assegnazione degli obiettivi individuali è effettuata dagli stessi soggetti cui compete la valutazione, come di seguito indicato:

<b>DESTINATARIO OBIETTIVO INDIVIDUALE</b>	<b>ASSEGNATARIO OBIETTIVO INDIVIDUALE</b>
Direttore di Dipartimento	Direttore Sanitario o Amministrativo Aziendale
Dirigente Ufficio di Staff	Direttore Amministrativo o Sanitario Aziendale
Direttore di Struttura Complessa e di Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale	Direttore di Dipartimento o in assenza Direttore Amministrativo o Sanitario Aziendale
Dirigente di Struttura Semplice	Direttore di Struttura Complessa
Dirigente Sanitario non medico	Direttore di profilo professionale analogo e Direttore Struttura Complessa; in assenza del primo, solo Direttore Struttura Complessa
Dirigente titolare di incarico di altissima/alta specializzazione	Direttore di Struttura Complessa o di Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale, e Dirigente di Struttura Semplice, se presente
Dirigente titolare di incarico professionale	Direttore di Struttura Complessa o di Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale, e Dirigente di Struttura Semplice, se presente
Titolare di Incarico di Funzione/Coordinamento	Direttore di Struttura Complessa o di Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale, sentito il Dirigente delle Professioni Sanitarie
Collaboratore amm.vo prof.le/ Collaboratore amm.vo prof.le senior	Direttore di Struttura Complessa o di Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale, e titolare Incarico di Funzione e Dirigente di Struttura Semplice, se presenti

La UOC Controllo di Gestione predispone e sottopone ai Responsabili di Struttura un applicativo excel che consente la individuazione e la assegnazione degli obiettivi individuali ai soggetti destinatari, nonché la successiva verifica del raggiungimento degli stessi, con quantificazione della valutazione

che verrà riportata nella scheda di valutazione di ciascun dipendente nella specifica area Obiettivi individuali e/o di gruppo.

La individuazione ed assegnazione degli obiettivi individuali dovrà essere discussa con i destinatari, che sottoscrivono per accettazione la scheda degli obiettivi assegnati.

Per i dipendenti per i quali non è previsto l'obbligo della assegnazione di almeno un obiettivo individuale e per i quali non si è altresì optato alla assegnazione facoltativa di obiettivi individuali, tale Area di valutazione verrà sostituita da una valorizzazione sintetica, espressa dal valutatore, compresa nel range 1 - 100 (dove 1 rappresenta il contributo minimo e 100 il contributo massimo), che sintetizza il contributo del dipendente al raggiungimento degli obiettivi assegnati.

**Capacità di valutazione dei collaboratori:** descrive la capacità di valutazione dei collaboratori sulle competenze trasversali/manageriali dimostrate e sulle competenze tecniche specifiche.

La capacità di valutazione dei collaboratori è calcolata come rapporto tra lo scarto quadratico medio di tutte le valutazioni effettuate e la loro media aritmetica (coefficiente di variazione), che può assumere un valore tra 0 e 1 (= nel caso di valutazioni non differenziate, sia positive che negative; 1 nel caso di massima differenziazione delle valutazioni).

Una volta calcolato l'indicatore la valutazione assumerà il seguente risultato:

- 0%: per valori dell'indicatore compresi tra 0 e 0.05
- 40%: per valori dell'indicatore compresi tra >0.05 e 0.09
- 70% per valori dell'indicatori compresi tra >0.09 e 0.15
- 100%: per valori dell'indicatore compresi tra > 0.15 e 1

**Competenze manageriali e professionali dimostrate:** nella scheda di valutazione individuale ciascuna competenza manageriale e professionale da valutare è articolata in differenti aree. Per ogni area è riportato uno o più item, da valutare in riferimento al *grading*, al fine di mettere in condizione il valutatore di focalizzare la sua attenzione su una specifica competenza dimostrata dal valutato e quindi sulla qualità della sua performance lavorativa.

Ad ogni item è collegato un peso, predefinito in funzione della tipologia di profilo professionale. La valutazione può assumere valori che vanno da zero a cinque in relazione ai giudizi differenziati come nelle schede in allegato.

**Competenze trasversali/professionali:** nella scheda di valutazione individuale ciascuna competenza trasversale e/o professionale da valutare è articolata in differenti aree. Per ogni area è riportato uno o più item, da valutare attraverso indicatori (domande) al fine di mettere in condizione

il valutatore di focalizzare la sua attenzione su una specifica competenza dimostrata del valutato e quindi sulla qualità della sua performance lavorativa.

Ad ogni item è collegato un peso, predefinito in funzione della tipologia di profilo professionale. La valutazione può assumere valori che vanno da zero a cinque in relazione ai giudizi differenziati come nelle schede in allegato.

La declinazione delle competenze trasversali/professionali e manageriali indicate è differenziata in coerenza con i livelli di responsabilità nell'ambito della organizzazione aziendale, coerentemente con quanto previsto dall'art. 9 del D. Lgs. 165/2009 e ss.mm.ii. e dalle Linee Guida, relativamente alla declinazione ed alla definizione del Dizionario dei comportamenti attesi.

Il totale della valutazione individuale si ottiene sommando la percentuale di raggiungimento dei punteggi delle singole macro voci della valutazione, pesate per il peso specifico di ciascuna di esse così come definite nella tabella.

### **VALUTAZIONE NON CONDIVISA**

Il Valutatore è tenuto a discutere in contraddittorio con il Valutato il contenuto della scheda di valutazione, acquisendone contestualmente la firma.

Nel caso in cui il dipendente non condivida la valutazione, non potrà rifiutarsi di firmare la scheda, che dovrà pertanto essere **debitamente firmata e datata**, riportando altresì le proprie considerazioni nell'apposito campo previsto nella scheda (Feedback del valutato), avviando contestualmente le procedure di contestazione, così come previste dai Contratti Integrativi Aziendali, per ciascuna Area Contrattuale.

In particolare, il dipendente provvederà ad indirizzare all'OIV la nota di contestazione, unitamente alla copia della scheda di valutazione debitamente firmata e datata.

Procedura Conciliativa in caso di valutazione non condivisa non negativa (uguale o superiore al 50% del punteggio totale 100)

La Struttura Tecnica Permanente STP, istituita a supporto dell'OIV, in qualità di soggetto terzo, provvederà, per il tramite della Segreteria OIV, a comunicare per iscritto al dipendente valutato una data, non anteriore a gg. 15, per esperire il contraddittorio, precisando che lo stesso può farsi assistere da persona di propria fiducia e può produrre eventuali memorie scritte anche prima della data fissata per il contraddittorio.

Ad esito del contraddittorio con il dipendente valutato ed alla acquisizione di eventuali controdeduzioni da parte del Valutatore, la STP formula ai due soggetti (valutato e valutatore) una proposta di conciliazione che cerca di tener conto delle posizioni di entrambe le parti e delle risultanze degli atti e della documentazione sottoposta al Suo esame; le parti sono libere di accettare o meno la proposta conciliativa.

In caso di mancato accordo tra le parti, ed ai fini degli adempimenti connessi e consequenziali, verrà ritenuta definitiva la valutazione formulata dal Valutatore.

Gli esiti della procedura conciliativa espletata secondo le modalità su esposte vengono ratificati dall'OIV.

### **VALUTAZIONE NEGATIVA**

PER VALUTAZIONE NEGATIVA SI INTENDE QUELLA INFERIORE AL 50% DEL PUNTEGGIO TOTALE (100).

In tali fattispecie l'OIV, indipendentemente dall'attivazione da parte del Valutato della procedura di contestazione, convoca per iscritto il dipendente valutato, indicando una data, non anteriore a gg. 15, per esperire il contraddittorio, precisando che lo stesso può farsi assistere da persona di propria fiducia e può produrre eventuali memorie scritte anche prima della data fissata per il contraddittorio.

La valutazione negativa rileva ai fini dell'accertamento della responsabilità dirigenziale e ai fini dell'irrogazione del licenziamento disciplinare ai sensi dell'art. 55 quater, comma 1, lettera f-quinquies. Essa determina la perdita del diritto alla retribuzione di risultato per l'anno di riferimento e le altre conseguenze previste dalle vigenti disposizioni normative e contrattuali, ivi compresa l'eventuale verifica anticipata relativa alla conferma dell'incarico dirigenziale.

Così come espressamente evidenziato nelle Linee Guida DFP n. 5 dicembre 2019, tutti gli aspetti relativi agli effetti della valutazione non rientrano fra i contenuti del SMVP e pertanto sono oggetto di specifico contratto integrativo aziendale sottoscritto con le OO.SS., secondo le regole dei vigenti CCNL.