



**PIANO DELLA PERFORMANCE
AZIENDA SANITARIA LOCALE
BT**

2018 – 2020

D.Lgs N.° 150, 27 OTTOBRE 2009 - ART. 10

INDICE

1.	<u>PRESENTAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE.....</u>	4
1.1.	FINALITA'	4
1.2.	CONTENUTI.....	5
1.3.	ULTERIORI RIFERIMENTI NORMATIVI.....	6
2.	<u>PRINCIPI DI REDAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE.....</u>	8
3.	<u>SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI ED ALTRI STAKE HOLDER ESTERNI.....</u>	9
3.1.	IL CONTESTO NAZIONALE.....	9
3.2.	IL CONTESTO REGIONALE.....	10
3.3.	CHI SIAMO.....	11
3.4.	COSA FACCIAMO.....	13
3.5.	COME OPERIAMO.....	14
4.	<u>ANALISI DEL CONTESTO.....</u>	18
4.1.	ANALISI DEL CONTESTO INTERNO.....	18
4.1.1.	Assistenza ospedaliera per acuti.....	20
4.1.2.	Territorio e continuità delle cure.....	20
4.1.3.	Integrazione socio-sanitaria.....	20
4.1.4.	Prevenzione.....	21
4.1.5.	Farmaceutica.....	21
4.2.	ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO.....	21
4.3.	IL RAPPORTO CON GLI STAKEHOLDERS.....	22
5.	<u>L'ASL BT IN CIFRE – DATI ATTIVITA'.....</u>	24
5.1.	RETE OSPEDALIERA E AMBULATORIALE.....	24
5.2.	ATTIVITA' SANITARIA AMBULATORIALE.....	26
5.3.	CURE PRIMARIE EROGATE.....	28

5.4. ASSISTENZA COLLETTIVA.....	31
5.4.1. Stato dell'arte.....	31
5.4.2. Obiettivi dell'esercizio relativi alla struttura e all'organizzazione dei servizi.....	31
6. <u>OBIETTIVI STRATEGICI.....</u>	35
6.1. OBIETTIVI STRATEGICI – PIANO DELLA PERFORMANCE – CICLO DI BUDGET ASL BT 2018-2020.....	35
6.2. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI.....	41
7. <u>IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO.....</u>	44
7.1. COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA E DI BILANCIO.....	44
7.2. AZIONI PER IL MIGLIORAMENTO DEL CICLO DELLA GESTIONE DELLA PERFORMANCE	44
7.3. COLLEGAMENTO TRASPARENZA E INTEGRITA'.....	44
7.4. IL SISTEMA DI MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE.....	45
7.4.1. Indicatore.....	48
7.4.2. Target.....	49
7.4.3. Infrastruttura di supporto.....	49
7.4.4. Processo.....	50
7.5. VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA.....	50
7.6. VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE.....	53
7.6.1. Oggetto della valutazione individuale.....	54
7.6.2. Scheda di Valutazione individuale e relative ponderazioni adottate.....	56
7.7. COERENZA TRA IL PIANO DELLA PERFORMANCE E LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA.....	58

1. PRESENTAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE

1.1. FINALITA'

Il Piano della Performance è il documento di programmazione dell'Azienda Sanitaria, previsto dal Decreto Legislativo 27 Ottobre 2009, n. 150 e successiva modificazione ed integrazione introdotta dal D.Lgs. n. 74 del 25 maggio 2017, con cui l'Azienda stabilisce e documenta verso il proprio interno e verso l'esterno, le strategie per migliorare costantemente i servizi offerti in un quadro di sempre più adeguato assolvimento alla propria "mission" istituzionale, rendendole coerenti sia alle normative generale e particolare di settore che alle indicazioni programmatiche del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale.

In senso stretto, il Piano della Performance, ai sensi dell'art. 10, lett. a) del citato Decreto Legislativo, costituisce **“. . . il documento programmatico triennale, ... che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi ... e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'Azienda, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori”**.

Il Piano della Performance, che si articola su un orizzonte temporale triennale, viene adottato ad inizio dell'esercizio economico, entro il 31 gennaio, ed è un documento dinamico che, per l'anno corrente, dettaglia anche la relativa programmazione.

Esso, secondo quanto esplicitamente previsto dall'Art. 4 del D.Lgs. descrive il sistema di "Corporate Governance" adottato dall'Azienda Sanitaria per implementare nel Servizio Sanitario pubblico il famoso Ciclo di Deming: "Plan-Do-Check-Act" (in italiano "Pianificare - Fare - Verificare - Agire"), identificandone gli elementi essenziali mediante:

- definizione degli obiettivi prefissati per ciascuno dei servizi offerti, coerentemente con il quadro normativo generale e quello particolare di tutela della Salute Pubblica e coerentemente con gli indirizzi stabiliti dal Servizio Sanitario Nazionale e Regionale (*disclosure and transparency*);
- esplicitazione della possibilità di conseguire tali obiettivi con le risorse economico-finanziarie assegnate (*sustenaibility*);
- descrizione degli indicatori con cui sarà misurato il livello di conseguimento degli obiettivi ed indicazione del valore target affinché la performance possa essere considerata soddisfacente (*accountability*);

- esposizione delle modalità con cui verranno eseguite le misurazioni degli indicatori con lo scopo, laddove possibile in corso d'esercizio, di introdurre misure correttive (*auditability*);
- descrizione delle modalità di attuazione del processo di "budgeting", ossia della procedura tecnico-amministrativa con cui gli obiettivi del Piano, previa valutazione il più possibile condivisa, vengono declinati assieme agli indicatori di misurazione degli stessi ed assegnati a ciascuna struttura e, per ciascuna, vengono individuate e garantite le risorse necessarie al loro conseguimento;
- esposizione del sistema di valutazione del personale dipendente dirigenziale e del comparto, che renda la performance individuale correlabile sia ai livelli di performance conseguiti dalla struttura di appartenenza che alla prestazione e competenza del singolo dipendente.

La finalità del Piano è quella di rendere espliciti, per il triennio di riferimento - sia nei confronti degli "shareholders" (SSN/SSR), che nei confronti degli "stakeholders" (cittadini, utenti, operatori, associazioni di volontariato, ecc.), l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera, territoriale e collettiva che l'Azienda Sanitaria intende assicurare, nel rispetto dei livelli essenziali dell'assistenza da garantire per Legge.

Il Piano della Performance quindi, da un lato definisce i propri elementi fondamentali, quali:

- **definizione degli obiettivi ed indicatori aziendali;**
- **declinazione ed assegnazione degli stessi alle strutture, secondo un processo che ne massimizzi la condivisione;**
- **descrizione del processo di auditing e dell'introduzione di azioni correttive;**

dall'altro fornisce le basi per i processi di valutazione e rendicontazione della performance, secondo le previsioni dell'Art. 5, Comma 2, dell'Art.6 e dell'Art. 7 del D.Lgs. su "ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e dell'efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni".

Il presente Piano della Performance ottempera, altresì, alle indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione che, in base alle disposizioni della Legge 190/2012 e del Decreto Legislativo 33/2013, chiede alle Amministrazioni Pubbliche di armonizzare la programmazione di performance, trasparenza e anticorruzione, mediante l'integrazione del ciclo della performance con gli strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e in generale alla prevenzione della corruzione.

1.2. CONTENUTI

Il Piano risulta articolato nel rispetto di quanto previsto al capitolo 3 della Delibera A.N.A.C. n. 112 del 28/10/2010, con i relativi allegati, emanata dalla Commissione per la Valutazione e la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche.

Nella prima parte del documento viene riportata la descrizione dell'identità dell'Asl Bat, 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, e una rendicontazione dell'attività svolta dalle diverse strutture aziendali.

La seconda parte riguarda gli **obiettivi strategici** per la realizzazione del mandato di 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 agli strumenti per la valutazione del personale.

1.3. ULTERIORI RIFERIMENTI NORMATIVI

Oltre alla normativa specifica sulla Performance delle Pubbliche Amministrazioni di cui al D.lgs. 27 ottobre 2009, n.150, "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", il Piano è ovviamente armonizzato con altra normativa e giurisprudenza di riferimento in ambito nazionale che di seguito si riporta:

- D.lgs. n. 502/1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n.421" e ss.mm.ii. di cui in particolare quelle introdotte dal D.Lgs. 299/1999 e Legge di recepimento Regione Puglia 28 dicembre 1994, n.36 "norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del d.lgs. 30 dicembre 1992, n.502"
- Legge n. 232/2016 - "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato".
- Patto per la Salute per gli anni 2014 - 2016;
- Delibera n.88/2010 ANAC "Linee guida per la definizione degli standard di qualità";
- Delibera n.89/2010 ANAC "Indirizzi in materia di parametri e modelli di riferimento del Sistema di misurazione e valutazione della performance";
- Delibera n.104/2010 ANAC "Definizione dei sistemi di misurazione e valutazione della performance entro il 30 settembre 2010";
- Delibera n.112/2010 ANAC "Struttura e modalità di relazione del Piano della performance";
- Delibera n.114/2010 ANAC "Indicazioni applicative ai fini della redazione del Sistema di misurazione e valutazione della performance";
- Delibera n.1/2012 ANAC "Linee guida relative al miglioramento dei Sistemi di misurazione e valutazione della performance e dei Piani della performance";

- Delibera n.4/2012 ANAC "Linee guida relative alla Relazione degli OIV sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni e sull'Attestazione degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità";
- Delibera n.5/2012 ANAC "Linee guida ai sensi dell'art.13, comma 6, lettera b), del D.lgs. n. 150/2009, relative alla struttura e alla modalità di redazione della Relazione sulla performance di cui all'art.10, comma 1, lettera b), dello stesso decreto";
- Delibera n.6/2012 ANAC "Linee guida per la validazione da parte degli OIV della Relazione sulla performance";
- Delibera n.23/2013 ANAC "Linee guida agli adempimenti di monitoraggio degli OIV e alla Relazione degli OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni";
- Delibera n.50/2013 ANAC "Linee guida per l'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014-2016".
- D. Lgs. 97/2016 ANAC "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche" (FOIA TRASPARENZA, accesso agli atti).
- Art. 21 Legge 183/2010 "Deleghe al Governo in materia di lavori usuranti, di riorganizzazione di enti, di congedi, aspettative e permessi, di ammortizzatori sociali, di servizi per l'impiego, di incentivi all'occupazione, di apprendistato, di occupazione femminile, nonché misure contro il lavoro sommerso e disposizioni in tema di lavoro pubblico e di controversie di lavoro".

2. PRINCIPI DI REDAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE

Il Piano Triennale della Performance dell'ASL BT è redatto in conformità con le indicazioni del D.lgs. 150/2009 e le indicazioni fornite dall'ANAC con deliberazione n. 122/2010, 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, rinviando le parti specifiche agli allegati tecnici, opportunamente richiamati nel testo per garantire rintracciabilità e verificabilità dei contenuti.

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.

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 negli anni del Piano con la Relazione sulla Performance di cui all'art. 10 comma 1 lettera b) del D.lgs. 150/2009, 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.

3. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI ED ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI

3.1. 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, mediante la *governance* del sistema, il rafforzamento dell'azione di monitoraggio e di controllo della qualità e della sicurezza delle cure.

Questi processi trovano fondamento nel Patto per la Salute 2014-2016, di cui alla intesa Stato Regioni del 10.7.2014, e dal conseguente Regolamento recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311" e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95. convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 (repertorio Atti n. 198/Conferenza Stato Regioni del 13 gennaio 2015).

Obiettivo del legislatore è 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). 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 ASL BT, orientare i propri obiettivi di produzione in forma coerente con gli obiettivi e gli indicatori contenuti nel Programma Nazionale Esiti, ovvero strutturare il cruscotto per il monitoraggio delle performances regionali in relazione alla erogazione dei LEA, nel quale sono contenuti numerosi obiettivi di produzione direttamente riconducibili alla *governance* della Azienda Sanitaria, rispetto ai quali è possibile anche una azione di auto-controllo e di confronto con la altre aziende sanitarie regionali ed extra-regionali.

3.2. IL CONTESTO REGIONALE

Con la **DGR n. 1974 del 5 dicembre 2016**, la Regione Puglia ha approvato il "**Documento di Economia e Finanza Regionale (DEFR) per il triennio 2017-2019**", che al paragrafo 1.29.6 riporta la previsione del finanziamento del FSR in ragione del riparto previsto del FSN per gli anni 2017, 2018 e 2019 con un maggiore finanziamento complessivo del SSR di € 130 milioni (circa 1,5%) nel primo anno e 70 milioni (circa 0,7 %) nei due anni successivi, che si ripercuoteranno a livello aziendale probabilmente ripristinando almeno i livelli di finanziamento dell'esercizio 2016 (ridottisi per circa 10 milioni di euro).

Con il suddetto Documento di Indirizzo, la Giunta Regionale dispone quale obiettivo per il Direttore Generale della ASL BT, la compensazione di tale de-finanziamento attraverso il contenimento della spesa per farmaci (per 7,5 €/mln) e per dispositivi medici (per 2,5 €/mln).

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),
- 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 2014-2020),
- 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 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 **DGR n. 930 del 6 maggio 2015**, ha proceduto all'adozione definitiva dei "*Criteria di riordino della rete ospedaliera 2015-2016 e definizione dei modelli di riconversione dell'assistenza ospedaliera in applicazione dell'Intesa Stato-Regioni 10 luglio 2014 - Patto per la Salute 2014-2016*", successivamente pubblicato sul BURP 5.6.2015, in forma di Regolamento Regionale n. 14 del 4.6.2015.

Con tale Regolamento la Regione Puglia ha sostanzialmente inteso:

- classificare le strutture ospedaliere in Presidi Ospedalieri 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;
- avviare 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 pediatrica e neonatale;
- 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;
- armonizzare la rete ospedaliera con le previsioni della riorganizzazione della rete regionale di emergenza-urgenza.

Le suddette innovazioni cambiano in maniera significativa l'orizzonte organizzativo delle Aziende sanitarie della regione Puglia, anche per la contestuale presenza di altre importanti variabili quali, ad esempio, la sostenibilità ed efficientamento del *welfare*, il trend di progressivo invecchiamento della popolazione, l'introduzione di tecnologie sanitarie e di farmaci, generando dunque forti attese nei cittadini e nelle associazioni di ammalati, a fronte di costi esorbitanti per il sistema sanitario.

Tutte queste dinamiche esterne all'Azienda impattano fortemente sul contesto interno all'Azienda stessa, la cui conoscenza diventa di fondamentale importanza per definire le linee strategiche.

3.3. CHI SIAMO

L'Azienda Sanitaria Locale BT, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 1-bis 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 : www.aslbat.it con accesso dal Portale Regionale della Salute della Regione Puglia www.sanita.puglia.it

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.

Con la **L.R. del 28.12.2006 n.39, art. 5**, la Regione Puglia, nelle norme per il contenimento della spesa sanitaria, ha modificato gli ambiti territoriali delle Aziende Sanitarie Locali esistenti, riducendole ad una per ciascuna delle Province 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 USL 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.

La ASL BT si articola in **cinque Distretti, tre Presidi Ospedalieri, Dipartimenti strutturali e Aree di gestione amministrativa**, in aderenza al modello ordinario di gestione delle attività aziendali di cui al precedente costituito in attuazione a quanto previsto dalla Legge Regionale n.34/1994 e legge Regionale n. 25/2006.



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**.

3.4. COSA FACCIAMO

L'azione dell'ASL BT è finalizzata al miglioramento dello stato di salute della popolazione, alla qualità clinica e sanitaria dei servizi erogati, all'appropriatezza e continuità di cura nei percorsi assistenziali, alla capacità di mantenere condizioni di equilibrio economico-finanziario nella gestione del sistema.

L'ASL BT si impegna a perseguire questi obiettivi, ispirandosi ai principi di uguaglianza, di imparzialità, di partecipazione, di continuità, di efficienza ed efficacia e di economicità.

Tali obiettivi si concretizzano con azioni finalizzate a:

- rispondere in modo adeguato ai bisogni di salute dei pazienti, ponendo attenzione alla centralità della persona e perseguendo l'umanizzazione delle cure, adottando nuovi modelli organizzativi che superino il concetto di curare la malattia con la presa in carico del malato;
- garantire trasparenza e legalità, assicurando che tutti gli atti e i comportamenti posti in essere dall'Azienda siano rispondenti alle disposizioni normative vigenti. In tale ottica, la ASL vigilerà, infatti, 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;
- garantire ai portatori di interessi relazioni trasparenti, volte al raffronto produttivo e collaborativo con le istituzioni locali, le organizzazioni sindacali e le associazioni di volontariato;
- garantire la crescita professionale a tutti coloro che mettono la loro professionalità a servizio dell'Azienda con idonei percorsi formativi.

L'Azienda riconosce la centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla tutela della salute, nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi. In tale ottica, obiettivo prioritario è rappresentato dal servizio al cittadino e dal sistema di relazione e comunicazione con il cittadino stesso, singolo o rappresentato da associazioni.

I diritti dei cittadini e le modalità del loro esercizio sono definiti nella **Carta dei Servizi** che è resa pubblica attraverso i mezzi di comunicazione aziendale, al fine di garantirne la massima diffusione.

La Carta dei Servizi è il documento che nasce dalla volontà dell'Azienda di migliorare il rapporto con il cittadino, secondo una logica di trasparenza e di garanzia dei diritti. E' un importante strumento in grado di incidere positivamente sui rapporti tra cittadini e Azienda Sanitaria, rivolto a tutelare il diritto alla salute, offrendo ai cittadini e alle loro associazioni di rappresentanza la possibilità di valutare la qualità dei servizi sanitari erogati ed il rispetto degli impegni aziendali.

3.5. COME OPERIAMO

Mission e vision aziendali

"Vogliamo aiutare i cittadini a trovare risposte appropriate, efficienti ed efficaci ai bisogni di salute, vogliamo educare a comportamenti e stili di vita corretti in modo da prevenire tali bisogni, vogliamo ricercare l'integrazione fra tutti gli attori del territorio attraverso relazioni di collaborazione strategica ed operativa... vogliamo che il cittadino non si senta mai solo".

Nell'ultimo decennio, in sintonia con quanto previsto dai Piani Socio-Sanitari, si è assistito ad una graduale conversione del ruolo dell'Azienda Sanitaria Locale da "erogatrice di servizi" a "garante della salute del cittadino".

Tale funzione di "governance" presuppone lo sviluppo ed il consolidamento delle capacità di programmazione, acquisto, vigilanza e controllo delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie. Da qui l'opportunità di indirizzarsi verso un graduale affidamento all'esterno dei servizi, concentrandosi sulle nuove funzioni di governo del sistema, oltre che sullo sviluppo di più efficaci politiche di educazione sanitaria e di promozione della salute.

La *mission* dell'ASL si identifica, quindi, nel governo di un sistema a rete che, in termini quali/quantitativi appropriati rispetto alle risorse disponibili e compatibilmente con l'equilibrio economico-finanziario, per il tramite di servizi sanitari e socio-sanitari pubblici e privati, concorre a garantire il benessere della popolazione assistita, che sceglie liberamente le strutture erogatrici alle quali rapportarsi.

I dipartimenti della ASL concorrono, coerentemente con lo specifico ruolo aziendale ricoperto, alla messa a fuoco di peculiari ambiti di *vision*, la cui sovrapposizione genera l'immagine di ASL, come *Leader di Governance*. La *governance* complessiva del sistema si coniuga con la specificità della domanda e le peculiarità del territorio, per rispondere alle esigenze dei cittadini in modo flessibile, coerente con i bisogni e le risorse disponibili, in modo integrato nei diversi livelli di assistenza sanitaria e socio sanitaria, anche attraverso soluzioni innovative e sinergiche con le realtà locali.

L'Azienda organizza la propria attività di produzione ed erogazione delle prestazioni secondo i principi e le finalità previsti dalle leggi, dal piano sanitario e sociale integrato regionale.

In particolare, l'Azienda è articolata in strutture organizzative, di carattere professionale o funzionale, alle quali è preposto un responsabile. Per struttura si intende ogni articolazione professionale e funzionale alla quale è attribuita la responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie per il perseguimento degli obiettivi di salute.

La pianificazione strategica è la funzione con la quale sono definiti gli obiettivi aziendali.

L'Azienda attua la pianificazione attraverso la predisposizione di programmi, la negoziazione ed il controllo dei budget delle strutture, nonché mediante l'adozione degli atti di programmazione previsti dalle disposizioni statali e regionali.

L'Azienda adotta il sistema budgetario come metodo per la formazione degli atti di programmazione e del bilancio aziendale e come strumento per indirizzare ed orientare le scelte operative.

Il budget è il sistema di obiettivi quali-quantitativi e di risorse contrattate e attribuite al dirigente di una struttura, professionale o funzionale, o di un livello gestionale.

Il budget costituisce lo strumento relazionale e negoziale tra la direzione aziendale ed i responsabili delle strutture funzionali e professionali per la quantificazione dell'attività da svolgere, dei fattori produttivi da impiegare con i relativi costi e dei tempi di realizzazione, secondo modalità disciplinate dallo specifico regolamento, nel rispetto delle disposizioni normative e contrattuali e dei codici deontologici.

L'Azienda opera in relazione alle politiche regionali ed agli obiettivi assegnati, al fine di raggiungere i risultati individuati nella programmazione regionale in un'ottica di sinergia sistemica; coerentemente, le strategie aziendali e le conseguenti attività gestionali sono improntate ad un'intensa operatività, indirizzata a percorsi di programmazione relativa ai **tre livelli** assistenziali **Ospedaliera, Distrettuale e Sanitaria Collettiva**.

Il **livello di assistenza ospedaliera** si articola in tre Presidi Ospedalieri, che erogano attività di ricovero ed ambulatoriale. L'orientamento aziendale, coerentemente alla programmazione sanitaria regionale, è rivolto alla riorganizzazione della rete dell'offerta di prestazioni, con l'obiettivo prioritario di aumentarne la quantità e la qualità, al fine di ridurre la mobilità passiva e migliorare l'appropriatezza.

L'appropriatezza rimane un obiettivo costante ed in continua evoluzione, identificandosi con la maggior parte degli obiettivi della qualità di un sistema sanitario, in rapporto al mutamento del quadro epidemiologico, delle scoperte scientifiche e tecnologiche e della situazione economica e politica.

La ASL BT focalizza la propria attenzione al miglioramento dei due tradizionali ambiti di appropriatezza, ossia quello clinico e organizzativo. Nell'ambito clinico, ispirando la propria attività ad un modello gestionale e organizzativo di *Clinical Governance*, attraverso una strategia integrata e sinergica tra gli aspetti clinici, gestionali ed economici; l'obiettivo è quello di garantire il contenimento dei costi con un'efficiente gestione, assicurando il perseguimento della qualità, efficacia e sicurezza delle prestazioni. Nell'ambito organizzativo, la ASL è impegnata in una riprogettazione organizzativa assistenziale, finalizzata allo sviluppo di Percorsi Diagnostici Terapeutici ed Assistenziali ed alla continuità ospedale - territorio, alla attivazione delle cure domiciliari, in un'ottica di presa in carico dei pazienti.

Quanto alla riorganizzazione della rete ospedaliera, è un obiettivo che si inquadra nel più ampio disegno di riequilibrio con le altre componenti dell'assistenza sanitaria, quali le iniziative di prevenzione e di assistenza territoriale. La caratterizzazione delle nuove patologie ed il prolungamento dell'età media non permettono di esaurire il bisogno di assistenza all'interno dell'ospedale per acuti. Perciò si

rende necessario affrontare in modo nuovo e qualificato le esigenze che derivano dalle condizioni di cronicità, polipatologia e di disabilità, destinate ad aumentare progressivamente nei prossimi anni. Per far fronte a tale complessità di bisogni e a questi trend epidemiologici, è intento dell'ASL sviluppare approcci pluridisciplinari e forme di integrazione tra i diversi livelli assistenziali orizzontali (all'interno degli stessi livelli) e verticali (strutture ospedaliere e territoriali) attraverso le **Reti Assistenziali** per il trattamento integrato delle *patologie croniche* (diabete, scompenso cardiaco e assistenza domiciliare oncologica), in modo tale da garantire :

- la continuità e la qualità dell'assistenza nel lungo periodo,
- l'appropriatezza dei regimi assistenziali offerti,
- il decentramento della risposta, che favorisca il permanere del soggetto nel proprio contesto sociale;
- l'integrazione socio-sanitaria.

Le reti sono funzionali al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza del sistema, ma, più di ogni altra cosa, il loro affermarsi non costituisce soltanto un'opportunità di innovazione culturale e professionale, ma rappresenta, soprattutto, un campo di sfida storica delle politiche sanitarie del prossimo futuro. Specialmente l'aumento dell'incidenza delle patologie cronico degenerative rende sempre più necessaria l'individuazione di modalità innovative di supporto assistenziale, attraverso le quali rispondere in modo efficace ai bisogni di salute della popolazione di riferimento. In realtà, all'interno del concetto di patologia cronica, afferiscono molteplici aspetti per i quali si rende necessaria una risposta complessiva ed integrata ai bisogni del paziente, che sono di natura sanitaria, socio-sanitaria ed assistenziale. In questo senso, il territorio diventa l'ambito elettivo di intervento per la gestione delle cronicità, nella misura in cui l'assistenza territoriale consente al paziente, da un lato, di ricevere l'assistenza di cui necessita, rimanendo nel proprio ambiente e mantenendo le proprie abitudini quotidiane, e dall'altro, consente una riduzione del tasso di ospedalizzazione e dell'inappropriatezza.

Nel livello di assistenza distrettuale (sono presenti cinque Distretti), gli indirizzi a livello nazionale e regionale prevedono la riorganizzazione delle attività territoriali con conseguente riconsiderazione del ruolo. Il Distretto viene così configurato come una macro-struttura aziendale e, al contempo, una realtà fortemente legata alla comunità locale e ai luoghi di vita del cittadino. Si enfatizza infatti la sua funzione come sistema al quale è demandata la responsabilità di governare la domanda (svolgere un ruolo di tutela/committenza; valutare quali servizi per quali bisogni) e di garantire l'assistenza primaria, compresa la continuità assistenziale (ruolo di produzione o di programmazione ed acquisto delle prestazioni).

L'orientamento aziendale è rivolto essenzialmente al potenziamento dell'integrazione ospedale territorio, attraverso protocolli che consentano un corretto setting assistenziale, coinvolgendo le

attività specialistiche territoriali, i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta, ed implementando le cure domiciliari integrate.

A ciò si aggiunge, inoltre, il potenziamento e la riorganizzazione dei Servizi Consultoriali e del Servizio di Neuropsichiatria Infantile, per i quali lo sforzo dell'azienda è indirizzato principalmente ad assicurare la copertura su tutto il territorio aziendale, così da garantire capillarmente la tutela della salute della donna, della famiglia e della età evolutiva, oltreché l'attività di prevenzione, diagnosi, cura, e riabilitazione dei disturbi neurologici, psicologici e psichiatrici dell'età infantile.

Nel livello di assistenza collettiva si è fatto proprio il concetto di rete di prevenzione espresso dal Piano di prevenzione regionale, atteso che la salute è largamente influenzata da fattori estranei al sistema sanitario, quali determinanti sociali, economici, comportamentali ed ambientali.

Tenuto conto che la prevenzione esclusivamente sanitaria non è sufficiente, è necessario costruire una cultura condivisa in un sistema di rete in cui la "salute" diviene preoccupazione globale del Paese e non solo del sistema sanitario. Tuttavia, l'approccio intersettoriale deve integrarsi con il consolidamento di un sistema fondato sulla comunicazione e sulla partecipazione dei professionisti della salute, che pur appartenenti ad unità operative diverse o a diversi livelli gestionali del SSN, concorrono al raggiungimento di obiettivi comuni, attraverso l'elaborazione ed attuazione di percorsi clinico - assistenziali condivisi tra territorio ed ospedale ed attraverso l'attivazione di reti integrate tra prevenzione, assistenza di base (MMG, PLS), servizi distrettuali, specialistica territoriale, assistenza ospedaliera, al fine di assicurare appropriatezza, coordinamento e continuità dell'assistenza sanitaria.

La promozione della salute si realizza perciò sia in ambito individuale che collettivo, tramite interventi finalizzati a modificare i comportamenti soggettivi, ad esempio promuovendo l'adozione di stili di vita e, a livello della collettività, migliorando i contesti e le condizioni di vita rilevanti ai fini della salute. In quest'ambito, l'intento dell'azienda ASL è di caratterizzare la propria attività dedicando un ruolo di rilievo alle campagne di screening per la prevenzione dei tumori e alle campagne vaccinali; alla promozione di progetti riguardanti l'educazione alimentare e la prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare; alla promozione di una azione di prevenzione per la tutela dell'ambiente e della sicurezza nei posti di lavoro nei comparti edile, chimico, agricolo e portuale-marittimo; al potenziamento del servizio veterinario e del servizio di medicina legale.

Complessivamente, le linee operative aziendali per il triennio sono orientate allo sviluppo di modelli organizzativi che attribuiscono risorse appropriate alle strutture dipartimentali, in modo da garantire una condizione di flessibilità organizzativa in grado di soddisfare continuamente le esigenze assistenziali sanitarie, garantendo trasversalmente la crescita culturale e professionale del personale, l'integrazione delle professionalità e l'accrescimento del senso di identità e appartenenza all'Azienda.

4. ANALISI DEL CONTESTO

Per poter definire il Piano della Performance aziendale 2018-2020, 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.

4.1. ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

L'ASL BT si articola in **Direzione Generale, Aree di Gestione, Distretti, Presidi Ospedalieri, Dipartimenti strutturali.**

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 31/12/2017.

Personale al 31/12/2017

Ruolo	Dipendenti al 31/12/2017
SANITARIO - Dirigenti Area medica e veterinaria	742
SANITARIO - Dirigenti - Area non Medica	96
SANITARIO - Comparto	1.835
TECNICO - Dirigenti	1
TECNICO - Comparto	504
PROFESSIONALE - Dirigenti	5
PROFESSIONALE - Comparto	5
AMMINISTRATIVO - Dirigenti	16
AMMINISTRATIVO - Comparto	258
Totale Complessivo	3.463

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.

Nella tabella seguente, è stato operato un confronto tra i Valori economici rilevati nel Bilancio di esercizio 2016, quelli relativi al "Pre-consuntivo 2017" (non essendo ancora stato adottato il Bilancio Consuntivo per l'esercizio 2017), nonché i dati previsionali iscritti nel Bilancio Pluriennale di Previsione 2018-2020.

CONTO ECONOMICO	Bilancio 2016	Preconsuntivo 2017	Bilancio di Previsione 2018	Bilancio di Previsione 2019	Bilancio di Previsione 2020
Valore della produzione	678.129.065,00	670.502.983,00	676.284.280,00	681.321.133,00	687.546.012,00
Costi della produzione	667.731.528,00	667.246.817,00	662.433.456,00	667.225.174,00	673.123.350,00
Differenza + -	10.397.537,00	3.256.166,00	13.850.824,00	14.095.959,00	14.422.662,00
Proventi e Oneri Finanziari + -	558.443,00	- 74.410,00	- 22.322,00	- 22.321,00	- 22.321,00
Rettifiche di valore attività fin. + -	-	-	-	-	-
Proventi e Oneri straordinari + -	2.478.205,00	524.133,00	- 2.547,00	- 2.547,00	- 2.547,00
Risultato prima delle Imposte	13.434.185,00	3.705.889,00	13.825.955,00	14.071.091,00	14.397.794,00
Imposte dell'esercizio	13.364.815,00	12.986.751,00	13.825.654,00	14.068.125,00	14.334.841,00
Utile (Perdita) d'esercizio	69.370,00	- 9.280.862,00	301,00	2.966,00	62.953,00
FONTE: Area Gestione Risorse Economico Finanziarie					
Bilancio pluriennale: Delibera del Direttore Generale n. 2914_Del_28-12-2017					
Bilancio di previsione: Delibera del Direttore Generale n. 2611_Del_30-11-2017					

Con riferimento al Dato relativo al Preconsuntivo 2017, si rappresenta che l'elaborazione è stata effettuata sulla base di Assegnazioni regionali ancora provvisorie.

In ragione di tanto, è possibile prevedere che, con i dati relativi alle Assegnazioni definitive, anche la gestione dell'anno 2017 possa chiudersi con una situazione di Utile di esercizio ovvero di Pareggio di bilancio.

Si precisa, altresì, che la Asl elabora il Bilancio di Previsione di ciascun anno sulla base delle indicazioni regionali, verificando la compatibilità con gli atti di Programmazione regionale e Aziendale, presi in esame anche in fase di redazione del presente Piano.

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,
- rafforzamento della contabilità analitica;
- 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 possono raggruppare nelle seguenti **aree strategiche**, che vengono prese in considerazione anche per la redazione del presente Piano di performance aziendale:

4.1.1. Assistenza ospedaliera per acuti

Quest' Area è finalizzata all'organizzazione ed all'erogazione delle prestazioni di ricovero, *day-hospital, day surgery, day service* e delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Presidi Ospedalieri:

- 1. Andria-Canosa di Puglia,**
- 2. Barletta**
- 3. Bisceglie-Trani .**

4.1.2 Territorio e continuità delle cure

Riassume al proprio interno l'assistenza territoriale sanitaria e sociosanitaria, la funzione distrettuale, la gestione dei 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**

4.1.3 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**
- ❖ **Dipartimento delle Dipendenze Patologiche**
- ❖ **Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione**

4.1.4 Prevenzione

Il fulcro è rappresentato dal Dipartimento di 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.

4.1.5 Farmaceutica

Al Dipartimento Farmaceutico afferiscono il monitoraggio e contenimento della spesa farmaceutica, la gestione del servizio, l'implementazione di progetti innovativi per il monitoraggio dell'erogazione del farmaco, la sicurezza del farmaco, l'emanazione di linee guida per il corretto uso dei farmaci.

4.2. 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, di seguito, le tabelle evidenziano i fattori relativi al **contesto demografico** della Provincia BT.

La popolazione della Provincia BT all'1.01.2017 ammonta a **392.546 residenti**, di cui **193.934** maschi e **198.612** femmine. La maggior parte della popolazione risiede nei Comuni di Andria (100.331 abitanti) e di Barletta (94.673 abitanti).

Comune	Popolazione
Andria	100.331
Barletta	94.673
Bisceglie	55.390
Canosa di Puglia	30.091
Margherita di Savoia	11.855
Minervino Murge	8.943
San Ferdinando di Puglia	13.936
Spinazzola	6.536
Trani	56.076
Trinitapoli	14.715
Totale complessivo	392.546

Distribuzione della popolazione **2017** - prov. di **Barletta-Andria-Trani**

Fasce Età	nubile/celibe	coniugata/o	divorziata/o	vedova/o	Maschi	Femmine	totale
0-4	16.486	0	0	0	8.439	8.047	16.486
5-14	41.136	0	0	0	21.217	19.919	41.136
15-44	90.344	59.688	1.051	257	76.634	74.706	151.340
45-64	10.447	93.944	2.463	3.402	54.296	55.960	110.256
65-74	2.234	30.886	514	5.220	18.752	20.102	38.854
75 e oltre	1.912	17.941	280	14.341	14.596	19.878	34.474
Totale	162.559	202.459	4.308	23.220	193.934	198.612	392.546

4.3. IL RAPPORTO CON GLI STAKEHOLDERS

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 sindacati (*stakeholders* interni), sono stati istituzionalizzati attraverso politiche, norme e regolamenti.

E' attraverso questi approcci che le organizzazioni rendono conto ai propri *stakeholders*, li coinvolgono nei propri processi 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 *stakeholders* per la realizzazione concreta di precisi obiettivi, così come richiesto dall'attuale normativa.

La ASL assicura il diritto ad essere ascoltati a coloro che possono supportare le attività di un'organizzazione, in un percorso virtuoso ed efficiente, rafforzando l'immagine pubblica e la statura etica.

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*.

5. L'ASL BT IN CIFRE - DATI ATTIVITA'

Nei paragrafi successivi, viene fornita una descrizione delle diverse attività assicurate dalle strutture dell'Asl Bat, riportando i diversi volumi di attività.

In proposito, si precisa che, laddove non risultavano ancora disponibili i dati relativi all'anno 2017, in quanto ancora in fase di validazione, si è preferito riportare i dati a disposizione più recenti e già consolidati.

5.1. RETE OSPEDALIERA E AMBULATORIALE

Nelle tabelle di seguito riportate si evidenziano i dati relativi all'attività ospedaliera dell'ASL BT. In particolare, è stato estratto il numero dei ricoveri complessivi, sia in regime ordinario che in day-hospital, riferito agli anni 2016.

Di seguito si riportano i principali dati di attività relativi al 2016, concernenti l'assistenza ospedaliera, confrontati con quelli dell'esercizio 2015. I dati non includono quelli dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, evidenziati nel paragrafo dedicato al Dipartimento di Salute Mentale.

Ricoveri ordinari 2016

Presidio	Posti letto (*)	Ricoveri ordinari	gg. degenza	Degenza media	% utilizzo p.l.	Peso medio
P.O. Andria (Presidio Canosa)	44	1.255	12.127	9,7	76,4	1,02
P.O. Andria	144	8.002	49.689	6,2	94,9	1,15
P.O. B./T. (osp. di Bisceglie)	103	6.000	33.681	5,6	89,3	0,84
P.O. B./T. (osp. di Trani)	48	1.357	16.155	11,9	91,8	1,24
P.O. Barletta	189	12.118	69.450	5,7	100,9	0,85
TOTALI	527	28.732	181.102	6,3	94,1	0,96

Differenze 2016-2015

Presidio	Posti letto (*)	Ricoveri ordinari	gg. degenza	Degenza media	% utilizzo p.l.	Peso medio
P.O. Andria (Presidio Canosa)	-10	-488	-2.060	1,5	3,0	0,04
P.O. Andria	-1	-32	1.291	0,2	3,1	0,08
P.O. B./T. (osp. di Bisceglie)	3	544	3.828	0,1	7,5	-0,03
P.O. B./T. (osp. di Trani)	0	13	-304	-0,3	-2,1	-0,15
P.O. Barletta	-1	-514	-148	0,2	0,4	-0,02
TOTALI	-8	-477	2.607	0,2	2,8	-0,00

Day Hospital 2016

Presidio	Posti letto	Ricoveri	Accessi	Accessi medi	Peso medio
		d.h.			
P.O. Andria (Presidio Canosa)	2	76	351	4,6	1,09
P.O. Andria	9	392	691	1,8	0,62
P.O. B./T. (osp. di Bisceglie)	8	430	824	1,9	0,99
P.O. B./T. (osp. di Trani)	2	186	535	2,9	1,01
P.O. Barletta	19	1.252	3.791	3,0	0,86
TOTALI	40	2.336	6.192	2,7	0,86

Differenze 2016-2015

Presidio	Posti letto	Ricoveri	Accessi	Accessi medi	Peso medio
		d.h.			
P.O. Andria (Presidio Canosa)	-6	-12	-39	0,2	0,19
P.O. Andria	-1	-154	-111	0,3	-0,17
P.O. B./T. (osp. di Bisceglie)	1	62	280	0,4	0,11
P.O. B./T. (osp. di Trani)	0	-30	-127	-0,2	0,03
P.O. Barletta	0	-366	-1.500	-0,2	0,06
TOTALI	-5	-500	-1.497	-0,1	0,04

Dal confronto dei dati sopra riportati, è possibile rilevare una riduzione dei casi trattati, sia in regime di ricovero ordinario, sia di ricovero diurno, correlata alla disattivazione di 14 posti letto complessivi.

Tale riduzione segue quella già rilevata negli anni precedenti ed è correlata agli interventi strutturali ed organizzativi che hanno interessato le attività ospedaliere, anche per far fronte alla carenza di risorse registrata negli ultimi anni.

La riduzione dell'attività di Day Hospital è, in parte, attribuibile all'introduzione del nuovo setting assistenziale denominato Day Service, che consiste in pacchetti di prestazioni ambulatoriali assemblate per fini di diagnosi e/o cura del paziente. Ciò ha, di fatto, trasformato, attraverso un percorso virtuoso, un consistente numero di ricoveri in pacchetti di prestazioni ambulatoriali.

Come già evidenziato, la riduzione dei volumi di attività conferma il trend in diminuzione, già rilevato negli anni precedenti, come mostrano i dati esposti nella seguente tabella di sintesi:

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ricov. ord.	39.758	37.391	35.619	33.346	30.387	29.909	28.732
Ricov. Diurni	14.217	12.754	12.398	8.451	5.394	2.836	2.336
Totale	53.975	50.145	48.017	41.797	35.781	32.745	31.068

5.2. ATTIVITA' 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 alternativa 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 2016 e 2015 è così riassunta:

Prestazioni ambulatoriali (fonte: CUPNET/SW gestionali)

Anno 2016

		Canosa	Andria	Bisceglie	Trani	Barletta	Totale
Fatturato	€/mgl	2.577	9.060	2.185	3.957	14.992	32.771
Prestaz.	N.ro	292.174	464.731	143.359	226.499	722.144	1.848.907
- di cui visite specialistiche	n.ro	7.566	64.926	9.933	21.560	83.137	187.122
- di cui diagn. per immagini	n.ro	17.176	26.406	14.760	20.959	29.597	108.898
- di cui prestaz. di patol. clinica	n.ro	257.152	313.862	107.517	141.301	487.701	1.307.533
- di cui altre prestazioni	n.ro	10.280	59.537	11.149	42.679	121.709	245.354

Anno 2015

		Canosa	Andria	Bisceglie	Trani	Barletta	Totale
Fatturato	€/mgl	3.312	9.916	2.481	3.805	15.781	35.295
Prestaz.	N.ro	397.121	543.783	177.561	300.148	886.702	2.305.315
- di cui visite specialistiche	n.ro	9.211	65.368	10.107	22.139	88.069	194.894
- di cui diagn. per immagini	n.ro	19.929	32.346	20.158	23.060	36.427	131.920
- di cui prestaz. di patol. clinica	n.ro	353.877	380.692	137.753	217.945	637.032	1.727.299
- di cui altre prestazioni	n.ro	14.104	65.377	9.543	37.004	125.174	251.202

Differenza 2016 vs. 2015

		Canosa	Andria	Bisceglie	Trani	Barletta	Totale
Fatturato	€/mgl	-735	-856	-296	152	-789	-2.524
Prestaz.	N.ro	-104.947	-79.052	-34.202	-73.649	-164.558	-456.408
- di cui visite specialistiche	n.ro	-1.645	-442	-174	-579	-4.932	-7.772
- di cui diagn. per immagini	n.ro	-2.753	-5.940	-5.398	-2.101	-6.830	-23.022
- di cui prestaz. di patol. clinica	n.ro	-96.725	-66.830	-30.236	-76.644	-149.331	-419.766
- di cui altre prestazioni	n.ro	-3.824	-5.840	1.606	5.675	-3.465	-5.848

Si precisa che i dati relativi alle prestazioni di patologia clinica e di diagnostica per immagini sono stati rilevati dai rispettivi software gestionali in quanto più completi rispetto a quelli presenti nel CUPNET.

I dati si presentano complessivamente sovrapponibili in termini di fatturato, sebbene si presentino in diminuzione i volumi delle prestazioni erogate, in particolare per le branche "diagnostica per immagini" e "diagnostica di laboratorio".

L'assistenza specialistica ambulatoriale (ove per tale si vuole intendere l'insieme delle attività di branche a visita, laboratorio e diagnostica strumentale) è erogata sia attraverso i poliambulatori distrettuali, sia dalle strutture private in regime di convenzionamento.

Nel 2016 l'organico medio impiegato nei 5 Distretti è stato pari a 383 unità così distribuite:

	Ruolo sanitario			Ruolo prof. Ie			Ruolo tecnico			Ruolo amm.vo			TOTALE		
	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale
Distretti	62	195	257	0	0	0	0	67	67	3	56	59	65	318	383
D.S.S. 1	7	29	36	0	0	0	0	4	4	0	6	6	7	39	46
D.S.S. 2	10	31	41	0	0	0	0	12	12	1	10	11	11	53	64
D.S.S. 3	10	50	60	0	0	0	0	24	24	1	12	13	11	86	97
D.S.S. 4	15	37	52	0	0	0	0	11	11	0	8	8	15	56	71
D.S.S. 5	20	48	68	0	0	0	0	16	16	1	20	21	21	84	105

I dati relativi alle prestazioni ambulatoriali erogate nel 2016 e nel 2015 dai Poliambulatori distrettuali (fonte CUPNET) sono di seguito riassunti:

Anno 2016

		DSS 1	DSS 2	DSS 3	DSS 4	DSS 5	Totale
Fatturato	€/mgl	891	887	2.543	905	928	6.154
Prestaz.	N.ro	52.366	45.764	92.195	55.008	49.985	295.318
- di cui visite specialistiche	n.ro	20.896	28.317	26.856	26.450	27.969	130.488
- di cui diagn. per immagini	n.ro	8.995	3.577	15.353	6.348	9.650	43.923
- di cui prestaz. di patol. clinica	n.ro	17.722	1.458	16.241	8.939	2	44.362
- di cui altre prestazioni	n.ro	4.753	12.412	33.745	13.271	12.364	76.545

Anno 2015

		DSS 1	DSS 2	DSS 3	DSS 4	DSS 5	Totale
Fatturato	€/mgl	949	971	2.537	951	873	6.281
Prestaz.	N.ro	57.078	50.482	101.645	58.815	50.016	318.036
- di cui visite specialistiche	n.ro	22.284	31.846	27.580	26.798	30.470	138.978
- di cui diagn. per immagini	n.ro	9.779	3.558	14.566	8.058	7.531	43.492
- di cui prestaz. di patol. clinica	n.ro	19.800	2.245	25.963	11.128	15	59.151
- di cui altre prestazioni	n.ro	5.215	12.833	33.536	12.831	12.000	76.415

Differenza 2016 vs. 2015

		DSS 1	DSS 2	DSS 3	DSS 4	DSS 5	Totale
Fatturato	€/mgl	-58	-84	6	-46	55	-127
Prestaz.	N.ro	-4.712	-4.718	-9.450	-3.807	-31	-22.718
- di cui visite specialistiche	n.ro	-1.388	-3.529	-724	-348	-2.501	-8.490
- di cui diagn. per immagini	n.ro	-784	19	787	-1.710	2.119	431
- di cui prestaz. di patol. clinica	n.ro	-2.078	-787	-9.722	-2.189	-13	-14.789
- di cui altre prestazioni	n.ro	-462	-421	209	440	364	130

Il confronto dei dati concernenti la produzione ambulatoriale dei Distretti evidenzia una sostanziale invarianza dei valori sia in termini di fatturato che di volume di prestazioni erogate.

5.3. CURE PRIMARIE EROGATE

Tra gli altri dati di attività disponibili si riepilogano, di seguito, relativamente agli anni 2016 e 2015, quelli concernenti l'assistenza domiciliare e consultoriale:

	DSS 1		DSS 2		DSS 3		DSS 4		DSS 5	
	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015
(ADI/ADS) Utenti	394	237	503	428	273	313	868	524	914	545
(ADI/ADS) Accessi MMG / PLS	1.997	1.795	2.064	1.417	5.882	4.554	5.611	4.517	6.758	5.495
(ADI/ADS) Accessi pers. inferm.	5.922	4.923	21.668	18.511	12.908	17.478	6.216	8.461	18.472	15.866
(ADP) Utenti	799	699	2.175	2.482	849	819	1.299	1.079	1.328	1.227
(ADP) Accessi MMG / PLS	13.208	11.970	22.518	23.204	12.422	11.993	15.448	14.452	15.440	14.941
Attività consultori:										
- PAP test eseguiti	967	1.104	2.985	3.223	1.069	1.477	1.752	2.255	3.263	4.462
- Gravidanze in carico	21	28	77	55	28	38	50	22	56	36
- Donne a corsi di accomp. al parto	22	32	404	360	98	98	171	199	314	253

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 2016 l'organico medio impiegato nel S.S.R. è stato pari a 159 unità.

I principali dati relativi all'attività svolta nel 2016 e nel 2015 dal S.S.R. sono riassunti nella seguente tabella:

	2016	2015	2014	2013
Utenti e attività a gestione diretta				
Utenti in regime ambulat.	866	1.015	1.012	1.076
Utenti in trattamento domiciliare	506	535	415	329
Utenti centri semiresidenziali	56	66	70	74
Utenti centri residenziali	0	0	0	0
Trattamenti in regime ambulat.	37.970	41.074	42.030	43.438
Trattamenti in regime domiciliare	12.969	14.804	13.203	12.381
Trattamenti in regime semiresid.	9.297	10.326	11.397	12.179
Trattamenti in regime residenziale	0	0	0	0
Utenti strutture convenzionate				
Utenti centri semiresidenziali	90	105	106	96
Utenti centri residenziali	800	740	656	667
Altri dati di attività				
gg di degenza in comunità semiresid.	21.544	21.949	24.663	22.709
gg di degenza in comunità residenziali	51.090	50.012	51.032	44.408
Controlli in strutture convenzionate	*	*	*	(*) 437

Il **Dipartimento delle Dipendenze Patologiche (D.D.P.)** si occupa della prevenzione e dell'assistenza dei pazienti dipendenti da sostanze legali e illegali (alcool, droghe), ed anche da pazienti affetti da ludopatie (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 2016 è stato di 37 unità.

I principali dati che hanno caratterizzato l'attività del Dipartimento nel corso del 2016, confrontati con i dati degli anni precedenti, sono riassunti nella tabella che segue:

	2016	2015	2014	2013
Utenti e attività a gestione diretta				
Utenti in regime ambulat.	2.564	2.742	2645	2165
Utenti in trattamento domiciliare	0	1	1	502
Trattamenti in regime ambulat. (*)	10.787	3.663	3.338	2.763
Trattamenti in regime domiciliare	0	2	3	
Utenti strutture convenzionate				
Utenti centri semiresidenziali	7	5	7	4
Utenti centri residenziali	119	99	84	91
Altri dati di attività				

gg di degenza in comunità semiresid.	1.458	686	1759	1335
gg di degenza in comunità residenziali	26.345	16.856	15.322	14.316

(*) trattasi di programmi di trattamento terapeutici della durata di almeno 6 mesi

I dati sopra riportati evidenziano un incremento delle attività svolte dal Dipartimento, nonché un incremento degli utenti in carico presso le strutture convenzionate.

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.

Inoltre, a decorrere dall'anno 2016 il Sistema Informativo della Regione Puglia conteggia più volte il numero dei trattamenti anche se riferiti al medesimo utente; fino al 2015 ogni utente veniva conteggiato una sola volta anche se beneficiava di più trattamenti.

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 i reparti di Psichiatria ubicati presso gli ospedali di Bisceglie e Barletta.

Il personale dipendente impiegato nel Dipartimento, nel 2016, è stato pari a 200 unità (organico medio).

I principali dati che hanno caratterizzato l'attività del Dipartimento nel corso del 2016, confrontati con i dati degli anni precedenti, sono riassunti nella tabella che segue:

	2016	2015	2014	2013
Utenti e attività a gestione diretta				
Utenti in regime ambulat. / domiciliare	9.073	8.240	8.883	2.248
Utenti centri semiresidenziali	70	70	70	60
Utenti centri residenziali	34	34	10	10
Trattamenti in regime ambulat.	64.526	66.045	74.580	82.721
Trattamenti in regime domiciliare	17.450	21.769	15.625	N/D
Trattamenti in regime semiresid.	12.186	11.226	12.328	
Trattamenti in regime residenziale	11.079	3.929	10	
Utenti strutture convenzionate				
Utenti centri semiresidenziali	40	40	40	32
Utenti centri residenziali	99	94	90	87
Altri dati di attività				

gg di degenza in comunità semiresid.	11.015	10.309	8.542	
gg di degenza in comunità residenziali	43.524	32.059	30.616	

Come premesso, fanno capo al Dipartimento due Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.).
L'attività di ricovero del D.S.M. è di seguito riassunta:

		2016		2015		2014	
		Bisceglie	Barletta	Bisceglie	Barletta	Bisceglie	Barletta
Posti letto (medi)	n.ro	8	10	8	10	9	10
Ricoveri ordinari	n.ro	329	412	391	443	381	484
Giornate di deg.	gg	3.530	3.415	3.238	3.768	3.394	3.766
Deg. media	gg	10,7	8,3	8,3	8,5	8,9	7,8
Utilizzo p.l.	%	120,9	93,6	110,9	103,2	103,3	103,2
Case mix		0,74	0,70	0,73	0,73	0,72	0,71

5.4. ASSISTENZA COLLETTIVA

5.4.1. 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.

5.4.2. 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 2016, nel 2015 e nel 2014, sono di seguito riportati:

DIP. PREV. (Igiene e Sanità Pubblica)	ANNO 2016	ANNO 2015	ANNO 2014
Certificazioni medico-legali	8.693	8.676	6.553
Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate	195.980	177.922	149.113
Certificati di vaccinazione	40.109	38.713	19.075
Counseling medicina del turismo	427	167	450
Indagine epidemiologiche	311	497	584
Notifiche malattie infettive (SIMI)	168	277	190
Idoneità igienico-sanitarie attività sanit. e socio-sanit.	190	168	150
Idoneità scuole private e pubbliche	47	49	48
Idoneità palestre, piscine, centri sportivi e stab. baln.	67	53	120

Idoneità attività artigianali e commerciali	317	358	353
Idoneità parrucchieri, estetiste e tatuatori/piercing	59	71	60
Idoneità alberghi, Bed & Breakfast	83	76	82
Certificazione conformità scarichi e vasche imhoff	96	56	43
Certificati antigieneità ambienti di vita	137	114	81
Numero istanze invalidi civili pervenute	4.188	12.356	14.801
Numero pratiche invalide civili evase	3.928	12.578	15.410
Visite fiscali richieste	5.313	6.546	6.405
Visite fiscali effettuate	855	1.163	1.786
Partecipazione conferenze di servizio	78	85	170
Partecipaz. commiss. pubblico spettacolo...	90	104	111
Inconvenienti igienico-sanitari	307	379	281
Pareri edilizi	278	306	307
Certificazioni necroscopiche (più scheda ISTAT)	1.402	1.487	1.854
Nulla osta sanitario per trasporto salme	21	15	25
Autorizzazione al trasporto salme	15	19	7
Traslazioni ed esumazioni straord. di salme	27	56	29
Conservazione di salme	14	5	3
Autorizzaz. autorimesse e idoneità carri funebri	74	62	115
Attività di vigilanza igienico-sanitaria	273	329	155
Campionamenti vari	22	36	6
Provvedimenti sanzionatori	0	2	5
Rapporti con AA.GG e Amm.va	31	36	26
Consulenze medico-legali in attività giudiz.	10	24	5

DIP. PREV. (SIAN)	ANNO 2016	ANNO 2015	ANNO 2014
Controlli sui produttori	103	134	169
Controlli sulla distribuzione degli alimenti	300	588	441
Controlli sui trasporti degli alimenti	5	11	8
Controlli sulla ristorazione pubblica	142	163	99
Controlli sulla ristorazione collettiva	42	51	76
Controlli su confezionatori	84	128	233
Controlli sui prodotti fitosanitari	194	159	281
Controlli ispettorato micologico	12	9	14
Controlli sulle acque	155	234	188
Controlli nelle mense	42	84	*
Controlli sulla sicurezza alimentare e sulle tossinfez.	89	157	86
Corsi di formazione		112	130

Note: (*) dati inclusi nei controlli sulla ristorazione collettiva

DIP. PREV. (SPESAL)	ANNO 2016	ANNO 2015	ANNO 2014
Lavoratori sottoposti a controlli e certif.	10	15	29
Esami eseguiti (spirometria, audiometria,...)	10	28	3
Indagini su malattie professionali	68	40	25

Cantieri ispezionati	472	281	301
Notifiche preliminari esaminate	1.333	1.269	1.203
Piani rimozione amianto valutati	214	224	184
Pareri rilasciati	35	76	41
Registri infortunii vidimati	Abrogato	Abrogato	Abrogato
Sopralluoghi effettuati	527	631	624
Inchieste infortuni	33	36	31

DIP. PREV. (Serv. Veterinario Area "A")	ANNO 2016	ANNO 2015	ANNO 2014
Catture cani randagi	730	850	900
Sterilizzazioni cani randagi	617	850	900
Controlli sulla popolaz. canina randagia	10.500	11.000	12.000
Controlli sulla popolaz. canina di proprietà	11.000	8.000	7.500
Programmi di eradicazione e controllo brucellosi	24.000	25.000	28.000
Piani di controllo mal. infet. best. lista "A" O.I.E.	6.800	6.500	7.000
Piani di controllo mal. infet. best. lista "B" O.I.E.	4.000	3.500	4.000
Anagrafe Zootecnica - SUMMA -SANAN - ACIR -SIMAN	52.000	45.000	50.000

DIP. PREV. (Serv. Veterinario Area "B")	ANNO 2016	ANNO 2015	ANNO 2014
n. ispezione su strutture riconosciute	643	716	1605
n. ispezioni con non conformità	157	166	
n. ispezione si strutture registrate	736	606	
n. ispezion con non conformità	72	57	
n. audit	46	45	-
n. campioni totali	469	482	540
n. campioni non conformi	25	19	20
n. provvedimenti amministrativi	293	474	627
n. provvedimenti penali	1	3	11

DIP. PREV. (Serv. Veterinario Area "C")	ANNO 2016	ANNO 2015	ANNO 2014
Controlli sui residui come da PNR e PNAA	109	106	84
a) programmati	87	84	
b) non programmati	22	22	
Controlli BSE	116	110	119
a) programmati	105	101	
b) non programmati	11	9	
Interventi di farmacovigilanza:	3.744	3.698	1.251
1) controlli sul campo	478	407	466
a) programmati	384	323	
b) non programmati	94	84	
2) verifica ricette	793	792	785
3) verifica appropriatezza farmaci prescritti	2.473	2.499	

Interventi di farmacovigilanza	0		
Controlli sul benessere animale	64	53	52
1) In allevamento	43		
a) programmati	33	31	
b) non programmati	10	22	
2) Idoneità Mezzi di Trasporto	21		
a) programmati	18		
b) non programmati	3		
Controlli produz. zootecniche primarie (O.S.A.)	20	17	74
a) programmati	11	10	
b) non programmati	9	7	
Controlli sottoprodotti di O.A.	59	94	104
a) programmati	36	35	
b) non programmati	23	59	
Controlli alimentazione animale (O.S.M.)	192	159	157
a) programmati	135	121	
b) non programmati	57	38	
Controlli attività commerciali diverse	10	35	70
a) programmati	2	28	
b) non programmati	8	7	
Controlli Igiene ambientale	3	0	2
Controlli sulla riproduz. animale	0	0	0
Pratiche istruite (autorizzaz., registraz., vidimaz., protocollo etc.)	1.313	1.530	1.449

6. OBIETTIVI STRATEGICI

6.1 **OBIETTIVI STRATEGICI – PIANO DELLA PERFORMANCE – CICLO DI BUDGET ASL BT 2018-2020**

Lo spazio strategico per la ASL BAT risulta ben definito dalla formulazione degli obiettivi assegnati alla Direzione Aziendale, riconducibili a diverse fonti normative, con diverso grado di vincolo, ma tutti ugualmente convergenti nell'orientare la suddetta strategia.

La Deliberazione di Giunta Regionale 11/12/2014 n. 2595, con cui è stato approvato lo schema di contratto di prestazione d'opera intellettuale da stipularsi con i Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali del Servizio Sanitario Regionale della Puglia, ed in particolare l'art. 4 ("Obiettivi") dello stesso schema di contratto, stabilisce che, fermi restando gli obiettivi vincolanti a pena di decadenza allo stesso allegati, il Direttore Generale è tenuto al rispetto degli obiettivi di mandato indicati nell'atto di nomina e degli obiettivi gestionali di carattere economico-finanziario e di salute individuati dalla Giunta Regionale con apposito provvedimento.

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

- Incidere nel perseguimento delle finalità istituzionali tendendo a determinare cambiamenti organizzativi e/o operativi, a loro volta decisivi per raggiungere gli obiettivi;
- essere coerente con il posizionamento strategico dell'Azienda ed orientarne l'andamento rispetto al contesto circostante;
- essere capace di determinare a cascata miglioramenti dell'efficacia e dell'efficienza all'interno di tutta la struttura aziendale;
- possedere una scarsa reversibilità.

Dall'analisi dei fattori di contesto esterni ed interni all'Azienda, precedentemente esposti, emerge uno spazio strategico ben definito per la ASL BT, i cui obiettivi recepiti dal piano di performance aziendale sono correlati alle fonti normative di seguito indicate, con diverso grado di vincolo, ma tutti ugualmente convergenti nell'orientare la strategia aziendale per il triennio di riferimento 2018-2020:

- **Deliberazione di Giunta Regionale n. 2198/2016** con cui la regione Puglia ha individuato ed assegnato alle Aziende Sanitarie Locali nuovi obiettivi di performance per il triennio 2016-2018, elaborati sulla base della programmazione strategica regionale ed i applicazione del sistema di valutazione del M.E.S. (Laboratorio Management e Sanità) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

- **Obiettivi di mandato** contenuti nell'incarico conferito al Direttore Generale con DGR n. 161 del 10/02/2015.
- **Patto per la Salute 2014-2016** (Intesa Stato-Regioni 10.7.2014).
- **Programma Nazionale Esiti** (AGENAS).
- **Regolamento ministeriale** sugli standard ospedalieri di cui all'Intesa Stato Regioni (atto di repertorio CSR 13.01.2015).
- **DIEF 2014-2015** Regione Puglia (DGR n. 867/2015).
- **Regolamento Regionale n.14 del 4.6.2015** (criteri di riordino della rete ospedaliera e approvazione modelli per la riconversione dell'assistenza ospedaliera in assistenza territoriale ai sensi del Patto per la salute 2014-2016).

Il Piano della Performance, per quanto attiene all'articolazione degli obiettivi è elaborato in coerenza con i contenuti delle normative vigenti, generali e di settore, nazionali e regionali, nonché con la Programmazione Sanitaria Nazionale e Regionale:

- Obiettivi generali:
 - **Rispetto delle Leggi e del principio di buon andamento ed imparzialità dell'Amministrazione** (*D.Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii. – Art. 3-bis, Co. 7*);
 - **Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione** o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazione delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio, ovvero entro i limiti delle assegnazioni effettuate annualmente con il Documento Economico Finanziario Regionale (*D.Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii., Art. 3-bis, Co. 7; L.R. 38/1994, art. 33, Co. 2; L.R. 28/2000, Art. 24, Co. 2; L.R. n.32, Art. 10; L. n. 289/2002, Art. 52, Co.4, lett. d; Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005, Art. 6, Co. 2 recepita con L.266/2005, art.1, co. 274*);
 - **Garanzia del corretto, completo e tempestivo invio dei flussi informativi ed inserimento di dati nei Sistemi Informativi Nazionali e Regionali** (*Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005, Art. 6, Co. 2 recepita con L.266/2005, art.1, co. 274; L.R. 32/2001, Art. 11*);
 - **Acquisto di beni e servizi alle migliori condizioni di mercato e rispetto delle disposizioni regionali in materia di programmazione delle acquisizioni di lavori, beni e servizi con ricorso al soggetto aggregatore** (*L.R. n. 37/2014, Artt. 20 e 21*);
 - **Garanzia dell'esercizio dell'Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.)** (*L. 120/2007, Art. 1, Co. 7*);
 - **Stipula e rispetto dei contratti con le strutture accreditate anche provvisoriamente** (*L.R. 32/2001, Art. 11; R.R. n.9/2017*);

- **Controllo e monitoraggio dei comportamenti prescrittivi di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, entro i limiti del budget ad essi attribuito** (D.Lgs. 502/92 e ss.mm.ii., Art. 8-octies, Co.1 e 2; L.R. 4/2003, Art. 36, Co. 6);
 - **Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento** (D.L. n. 347/2001 convertito in L. n. 405/2001);
 - **Certificazione del Bilancio di Esercizio:** rispetto del Percorso Attuativo di certificabilità degli Enti del SSR (DGR Puglia 1011/2017);
- Obiettivi di mandato conferiti al Direttore Generale all'atto della nomina con D.G.R. n. 161 del 10 febbraio 2015 (che verranno tempestivamente aggiornati a seguito dell'imminente nomina del Direttore Generale e daranno luogo a revisione obbligatoria del presente documento):
 - **Utilizzo del sistema di contabilità analitica** per centri di costo e di responsabilità, che consenta analisi comparative di costi, rendimenti e risultati;
 - **Attuazione della programmazione regionale in materia di rete ospedaliera e di riequilibrio ospedale-territorio;**
 - **Contenimento della spesa del personale** entro i limiti fissati dalla normativa vigente;
 - **Contenimento della spesa farmaceutica** ospedaliera e territoriale;
 - **Verifica dell'appropriatezza delle prestazioni** erogate dalle strutture sanitarie **pubbliche e private insistenti sul territorio aziendale**, ivi compresi gli Enti ecclesiastici e gli IRCCS;
 - **Riduzione della mobilità passiva extraregionale;**
 - **Rispetto delle disposizioni vigenti in materia di Sanità elettronica;**
 - **Qualificazione dei programmi di screening** ed adeguamento degli screening aziendali agli standard nazionali;
 - **Attuazione Piano Regionale dei Controlli in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria.**

opportunamente aggiornati con i seguenti documenti applicabili:

- Performance
 - Piano Operativo 2016-2018 di cui alla Deliberazione 2198 del 28 dicembre 2016, con il quale la Regione Puglia ha individuato ed assegnato alle Aziende Sanitarie Locali gli obiettivi di performance per il triennio 2016-2018, elaborati sulla base della programmazione strategica regionale ed in applicazione del Sistema di Valutazione del M.E.S. (Laboratorio Management E Sanità) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa;
- Equilibrio economico-finanziario
 - Leggi regionali n. 67 del 29 dicembre 2017 - "Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2018 e bilancio pluriennale 2018-2020 della Regione Puglia" e n. 68 del 29

dicembre 2017 – “Bilancio di previsione della Regione Puglia per l'esercizio finanziario 2018 e pluriennale 2018 – 2020”;

- Deliberazione del Consiglio Regionale n. 164 del 21 dicembre 2017 “Documento di economia e finanza regionale (DEFR) 2018-2020” e coerenti Linee Operative emesse dall’Ente Regione per il bilancio previsionale delle AA.SS.LL. del 2018 (Nota regionale AOO_168/PROT/ 16/11/2017 / 1217 e successiva integrazione Prot. AOO_168/PROT/ 24/11/ 2017 / 1259);
- Deliberazione di Giunta Regionale n. 735 del 16 maggio 2017 “Progetto “Controllo di gestione, contabilità analitica e costi standard integrato al Percorso di Certificabilità dei Bilanci delle Aziende ed Enti del SSR”
- Flussi informativi e Sanità Elettronica
 - Deliberazione di Giunta Regionale n. 429 del 28 marzo 2017 “Obblighi informativi a carico delle Aziende ed Istituti pubblici, delle strutture private accreditate e del personale convenzionato con il SSR”
- Acquisti di beni e servizi
 - Deliberazione di Giunta Regionale n. 2256 del 17 dicembre 2015 “Razionalizzazione degli acquisti sanitari. Abrogazione deliberazione n. 1391/2012, modifica DGR n. 2356 del 18/11/2014. Disposizioni.”
 - Deliberazione di Giunta Regionale n. 73 del 9 febbraio 2016 “Procedure aggregate sanità – anno 2016. Seguìto DGR n. 2256/2015. Ulteriori disposizione alle Aziende Sanitarie”.
 - Deliberazione di Giunta Regionale n.1584 del 11 ottobre 2016 “Procedure di acquisto aggregate del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2016. Modifica DGR n. 2256/2015. Ulteriori disposizioni.”
- Attività Libero Professionale Intramuraria
 - Regolamento regionale n. 2 del 11 febbraio 2016 “Linee Guida sull’attività libero – professionale intramuraria del personale dipendente della Dirigenza Medica, Veterinaria e del Ruolo Sanitario delle Aziende del S.S.R.”.
- Strutture accreditate
 - Legge regionale n. 9 del 2 maggio 2017 “Nuova disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all’esercizio, all’accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private”.
 - Deliberazione di Giunta Regionale n. 736 del 16 maggio 2017 “Riorganizzazione della Rete dei Laboratori di Patologia clinica privati accreditati” – Approvazione nuovo modello organizzativo.

- Deliberazione di Giunta Regionale n. 1095 del 4 luglio 2017 "Modifica ed integrazione del Regolamento Regionale n.7/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017. Approvazione pre-intese con le Case di Cura private accreditate"
- Attività prescrittiva MMG e PLS
 - Deliberazione di Giunta Regionale n.177 del 14 febbraio 2017 "Misure urgenti per la razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale - Interventi volti ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci Antibiotici.
 - Deliberazione di Giunta Regionale n. 870 del 7 giugno 2017 "Misure urgenti per la razionalizzazione della spesa farmaceutica - Interventi volti ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci per il trattamento dell'Iperuricemia cronica - ATC M04A".
 - Deliberazione di Giunta Regionale n. 1019 del 27 giugno 2017 "Misure urgenti per la razionalizzazione della spesa farmaceutica - Interventi volti ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci Antinfiammatori non steroidei ed Antireumatici (FANS) - ATC M01"
 - Deliberazione di Giunta Regionale n. 700 del 9 maggio 2017 "Misure urgenti per la razionalizzazione della spesa farmaceutica - Interventi volti ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci di cui alla categoria ATC G04CB – Inibitori della Testosterone 5-alfa reduttasi – nel trattamento dell'Ipertrofia Prostatica Benigna"
- Monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica
 - Regolamento Regionale n. 17 del 13 ottobre 2017 "Disciplina delle prescrizioni farmaceutiche"
 - Deliberazione di Giunta Regionale n. 978 del 20 giugno 2017 "Misure urgenti per la razionalizzazione della spesa farmaceutica. Accordo triennale tra la Regione Puglia e le Associazioni di categoria delle farmacie convenzionate per la distribuzione per conto dei farmaci PHT ai sensi dell'art. 8 lett. a) della legge 405/2001".
- Riordino rete ospedaliera e riequilibrio ospedale-territorio
 - Regolamento Regionale n. 7 del 10 marzo 2017, "Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n.70/2015 e delle leggi di stabilità 2016-2017. Modifica ed integrazione del R.R. n.14/2015;
 - Regolamento Regionale n. 14 del 4 giugno 2015, "Regolamento per la definizione dei criteri per il riordino della rete Ospedaliera della Regione Puglia e dei modelli di riconversione dell'assistenza ospedaliera in applicazione dell'Intesa Stato-Regioni 10 luglio 2014 - Patto per la Salute 2014-2016"

- Deliberazione di Giunta Regionale n. 985 del 20 giugno 2017 "Elaborazione di un modello di riorganizzazione dei Laboratori Analisi pubblici della Regione Puglia" – Approvazione documento"
- Appropriatezza prestazioni
 - Deliberazione di Giunta Regionale n. 2774 del 22 dicembre 2014 "Modifica ed integrazione della deliberazione di Giunta regionale n. 1202 del 18/06/2014 concernente il trasferimento delle prestazioni erogate in regime di ricovero ordinario in prestazioni erogate in regime ambulatoriale (day service)".
 - Deliberazione di Giunta Regionale n. 479 del 18 marzo 2014 "DGR 1397/2011. Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa. Approvazione delle "Linee guida per la prescrizione e la prenotazione secondo criteri di priorità delle prestazioni specialistiche ambulatoriali".
- Prevenzione e screening
 - Deliberazione di Giunta Regionale n. 1209 del 27 maggio 2015 "Intesa Stato-Regioni 13.11.2014, rep. Atti 156/CSR. Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018. Approvazione".
- Prevenzione e controlli
 - Deliberazione di Giunta Regionale n. 2194 del 12 dicembre 2017 "Piano Regionale integrato in materia di Sicurezza Alimentare, Mangimi, Sanità e Benessere Animale anni 2017-2018".
 - Deliberazione di Giunta Regionale n. 920 del 6 maggio 2015 "Indirizzi operativi per la prevenzione e il controllo della legionellosi nelle strutture turistico-ricettive e ad uso collettivo della Regione Puglia"
 - D.L. n.73 del 7 giugno 2017 recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale convertito in legge n. 119 del 31 luglio 2017 e susseguente Circolare Ministeriale DGPRE 25233 del 16 agosto 2017, nonché circolare regionale AOO_005/000326 del 31 agosto 2017.
- Obiettivi derivanti dal Piano Aziendale Anticorruzione:

Sulla base dell'analisi del contesto interno e della mappatura delle attività e dei comportamenti a rischio di corruzione, con nota prot.n. 72348 del 1 dicembre 2017, la Direzione Generale stabiliva per l'anno 2018 i seguenti obiettivi, disponendo che confluissero nel Piano della Performance 2018-2020 per la successiva valutazione da parte dell'OIV, in attuazione della novella legislativa contenuta nell'art.1 comma 8 bis della L.190/2012:

 - regimentazione delle attività formative dei dipendenti, partendo da quelli proprie delle aree a rischio corruttivo e continuando con tutti gli altri, al fine di favorire un percorso ordinario di migrazione da un ufficio all'altro senza il rischio di creare nocumeto all'azione amministrativa;

- implementazione della informatizzazione e digitalizzazione, anche ai fini della maggiore trasparenza e rispetto dei tempi del procedimento ai sensi dell'art 1 comma 28 della L.190/2012, secondo una previsione di massima annua accertabile in concreto, in procedimenti allo stato non ancora mappati, per ridefinire il procedimento digitale;
- garanzia, in materia di trasparenza, di accessibilità a dati anche non oggetto di pubblicazione, attraverso un'attività progressiva anno per anno, accertabile attraverso il regime di reportistica infra-annuale;
- riduzione del ricorso alle proroghe nella misura del 10% su base annua, nelle ipotesi di mancata programmazione della procedura di gara ancorché non oggetto di finanziamento regionale, documentata dai Dirigenti rispetto all'anno precedente.

Il piano della performance viene quindi costituito in relazione agli obiettivi di carattere strategico della ASL BT. La gestione del piano della performance, a sua volta, determina la gestione del ciclo di "budget" aziendale, strutturato attraverso l'individuazione degli obiettivi che la direzione aziendale ha assegnato in relazione ai periodi temporali oggetto della negoziazione.

Tale azione intende 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.

Tale pianificazione viene, infine, declinata in obiettivi operativi/azioni ed indicatori, assegnati alle Strutture aziendali in funzione della specifica competenza e viene di seguito rappresentata.

6.2 DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

Nella costruzione del Piano della Performance sono state individuate sette diverse **Aree strategiche**, coincidenti con le macro-aree obiettivo in cui sono stati riclassificati dalla Regione Puglia gli obiettivi di performance assegnati alle Aziende Sanitari Locali ed individuati in quanto oggetto di specifiche osservazioni e rilevazioni di criticità da parte del M.E.S., ovvero perché inseriti nell'ambito delle strategie regionali del "Programma Operativo 2016 - 2018" della stessa Regione.

Le Aree strategiche risultano così individuate:

- 1. Capacità di governo della domanda sanitaria;**
- 2. Appropriatelyzza e qualità;**
- 3. Assistenza Sanitaria Territoriale;**
- 4. Prevenzione;**
- 5. Assistenza farmaceutica;**

6. Sanità Digitale;

7. Aspetti economico finanziari ed efficienza operativa.

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 operativi 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 operativi e le azioni.

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 operativi, il processo di budget e il processo di valutazione delle Performance individuali.

A questo scopo sono stati definiti gli obiettivi operativi/azioni ad essi collegati, che descrivono ciò che l'organizzazione deve realizzare o perseguire, e si esplicitato il collegamento con gli obiettivi strategici del Piano della Performance regionale, dando risalto alle strutture o ai servizi assegnatari di tali obiettivi.

La definizione degli obiettivi operativi è negoziata dalla Direzione e dai singoli Responsabili di Struttura. Durante la fase negoziale ogni Responsabile di Struttura sulla base di informazioni storiche sui propri dati di attività e di costo, formula proposte di azione per il conseguimento degli obiettivi strategici individuati all'interno di una o più aree strategiche.

Gli obiettivi strategici 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.

Il monitoraggio degli obiettivi operativi e delle azioni inseriti nel Piano delle *Performance*, consentirà alla Direzione Aziendale di verificare periodicamente 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.

7. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

7.1. COERENZA 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 operativi, svolta contestualmente alla fase istruttoria di redazione del Piano. Tale valutazione si realizza attraverso l'analisi tecnica dello Staff Controllo di Gestione e dell'UOC Economico Finanziario e, qualora le attività periodiche di monitoraggio e di controllo evidenzino scostamenti di rilievo nel consumo dei fattori produttivi rispetto ai livelli attesi, vengono conseguentemente identificate e adottate specifiche azioni correttive volte al rispetto del Bilancio economico preventivo.

7.2. AZIONI PER IL MIGLIORAMENTO DEL CICLO DELLA GESTIONE DELLA 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 del sistema informativo 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;

7.3. COLLEGAMENTO TRASPARENZA E INTEGRITA'

L'art.10 c.3 del D.Lgs. 33/2013 "Programma triennale per la trasparenza e l'integrità" prevede che gli obiettivi indicati nel programma triennale siano formulati in collegamento con la programmazione strategica ed operativa dell'Amministrazione, definita in via generale nel piano della performance e negli analoghi strumenti di programmazione previsti. La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un'area strategica di ogni Amministrazione, che deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi ed individuali.

Gli obiettivi strategici in materia di trasparenza individuati dagli organi di vertice ed indicati nel Programma triennale della Trasparenza e dell'Integrità sono recepiti nell'ambito del Piano della Performance, assicurando il necessario collegamento con lo stesso.

Lo stato di avanzamento ed i risultati relativi agli obiettivi strategici definiti nel PdP sono rendicontati annualmente nella Relazione sulla Performance, costituita dalla Relazione sul raggiungimento degli obiettivi e dal Bilancio di Missione, entrambi pubblicati sul sito internet aziendale- Sezione Amministrazione Trasparente . Nel corso dell'anno di competenza, sarà cura del Responsabile della Trasparenza verificare, anche per tali adempimenti il rispetto dei tempi e delle modalità di pubblicazione previsti.

Il collegamento tra il Piano di prevenzione della corruzione ed il Piano della Performance aziendale è assicurato attraverso l'individuazione di uno specifico obiettivo strategico di programmazione, articolato in azioni e indicatori, assegnati ai Dirigenti che partecipano alla realizzazione del PTPC.

La performance aziendale non può ottimizzarsi se non anche attraverso il perfezionamento e miglioramento del comportamento dei dipendenti. A tal fine la conoscibilità e il rispetto del Codice di Comportamento aziendale, cui va riconosciuta valenza di normativa integrativa di quella contrattuale. In particolare sarà fondamentale rilevare, attraverso immediata segnalazione al proprio superiore, ogni ipotesi di conflitto di interessi ossia ogni situazione anche potenziale di pregiudizio per l'Azienda.

7.4. IL SISTEMA DI MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE

La finalità del Sistema di misurazione della performance, mira a rendere oggettivamente quantificabile 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.

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance delle pubbliche amministrazioni (di seguito indicato Si.Mi.Va.P) 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 le organizzazioni e mettere le persone di fronte ad una più netta percezione e comprensione di ciò che è problematico nelle loro performance, attivare il cambiamento, ridurre la tendenza al "satisficing behaviour", 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) la **performance organizzativa**, che considera sia l'Azienda nel suo complesso che i 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 Si.Mi.Va.P. 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 Si.Mi.Va.P. 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.

Come previsto nell'art. 6 del D.Lgs. 150/09, è la Direzione dell'ASL che, con il supporto dei dirigenti, verifica l'andamento della performance rispetto agli obiettivi durante il periodo di riferimento e quindi rientra nel governo complessivo dell'Azienda la funzione di verifica dei risultati e di proposta di "interventi correttivi in corso di esercizio", quando sia necessario.

Pertanto, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 150/09, 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:

- dagli **Organismi indipendenti di valutazione** (O.I.V.), cui compete la misurazione e valutazione della performance di ciascuna struttura amministrativa nel suo complesso;
- dai **Dirigenti** dell'Azienda nei confronti dei propri dipendenti

Per quanto concerne i principi generali di riferimento, l'articolo 3 del D.Lgs. 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.

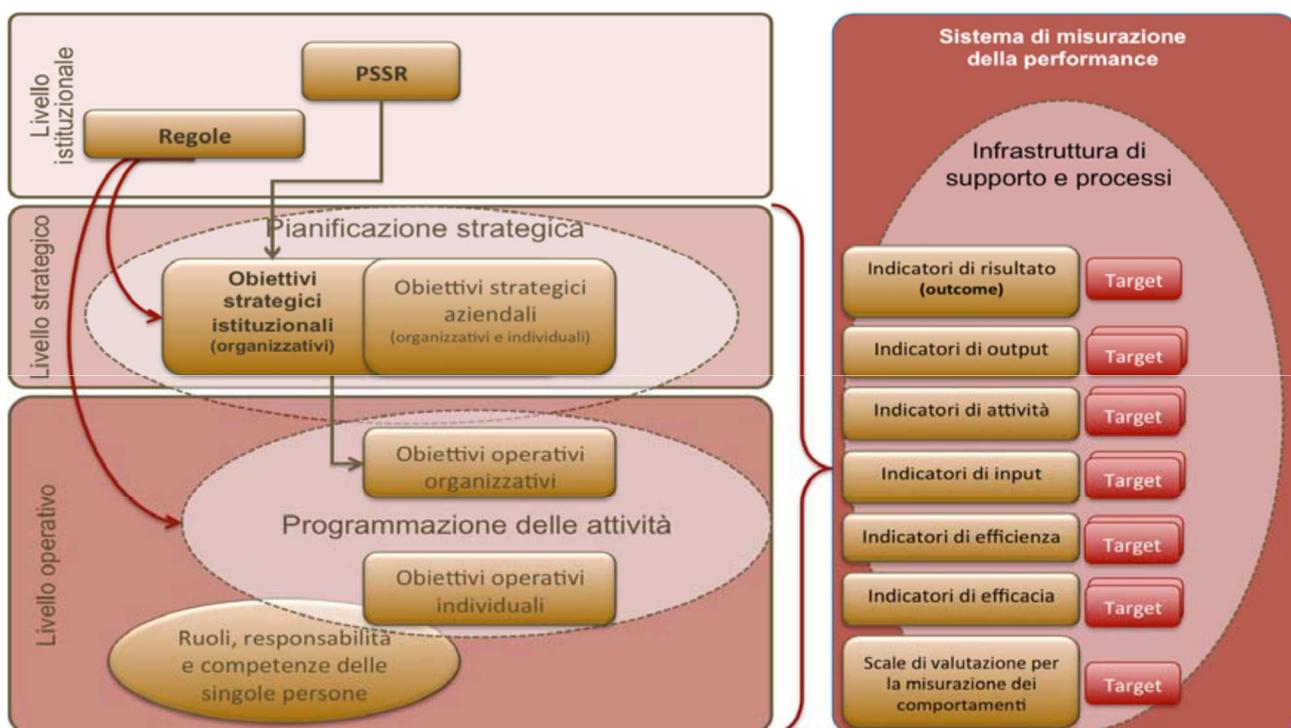
Per perseguire tale finalità il sistema di valutazione deve essere in linea con i seguenti principi:

- ❖ Valorizzazione del merito, sia in termini individuali che di struttura di appartenenza.
 - 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.

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:



7.4.1. Indicatore

L'indicatore di "performance" è lo strumento che rende possibile 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).

7.4.2. 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.

7.4.3. Infrastruttura di supporto

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance si basa su 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 fornire alle competenti strutture tutte le informazioni e i dati necessari per la valutazione delle performance organizzative.

Tale struttura, ai sensi dell'art. 14, comma 9, del D.Lgs. 150/2009 e dell'art. 5, comma 3, della LR 1/2011, è la Struttura Tecnica Permanente con funzione di supporto dell'attività dell'OIV nell'esercizio delle funzioni di controllo del ciclo di programmazione, valutazione, controllo strategico controllo di gestione e governo.

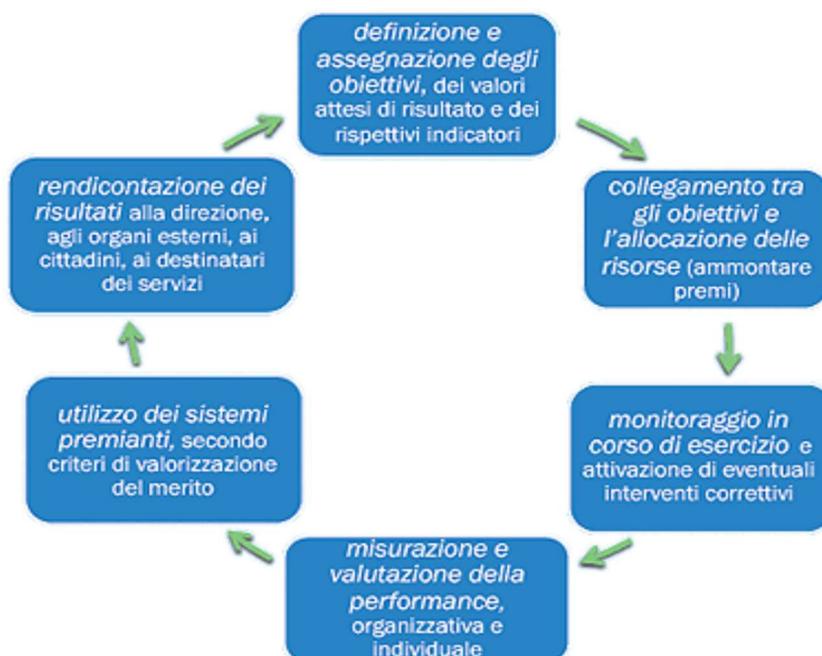
7.4.4. Processo

Il processo di misurazione e valutazione si svolge secondo uno schema logico-temporale, definito **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;
- 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 indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi 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".



7.5. VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

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

- L'attuazione delle politiche attivate sulla soddisfazione finale dei bisogni della collettività;
- 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;
- La rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;
- La modernizzazione ed il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi;
- Lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione;
- L'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi di erogazione delle prestazioni;
- La qualità e la quantità delle prestazioni e servizi erogati;
- 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 conseguente 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 dettaglia a cascata nei confronti dei Dipartimenti, delle Strutture Complesse e delle Strutture Semplici Dipartimentali ed Aziendali: 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 6 del D. Lgs. 150/2009, è chiamato a validare la Relazione sulla Performance che l'Azienda deve adottare entro il termine individuato dalla vigente normativa.

Tale documento evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

La valutazione della performance organizzativa costituisce "*conditio sine qua non*" per il conseguimento della retribuzione di risultato, tenuto conto delle seguenti fasce di performance:

Fasce di strutturazione della performance organizzativa	% raggiungimento obiettivi	% retribuzione di risultato
Parzialmente raggiunto	<75%	Proporzionata alla percentuale di risultato raggiunto
Raggiunto	= > 75%	100%

7.6. 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:

VALUTATO	VALUTATORE
Direttori di Dipartimento	Direttore Amministrativo o Sanitario Aziendale
Dirigenti di Uffici di Staff	Direttore Amministrativo o Sanitario Aziendale
Direttori di Struttura Complessa e di Struttura semplice a valenza dipartimentale	Direttore di Dipartimento a cui la struttura afferisce o in assenza Direttore Amministrativo o Sanitario Aziendale
Dirigenti di Struttura Semplice	Direttori di Struttura Complessa
Dirigenti Sanitari non medici	Direttori di profilo professionale analogo
Dirigenti titolari di incarico professionale	Direttori di Struttura Complessa
Titolari di Posizione Organizzativa	Direzione competente
Coordinatore delle Professioni Sanitarie	Dirigente delle Professioni Sanitarie
Personale del comparto	Dirigente competente
Personale del comparto afferente alle Professioni Sanitarie con incarico di Coordinamento	Dirigente delle Professioni Sanitarie
Personale del comparto afferente alle Professioni Sanitarie	Coordinatore/Dirigente

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 presta l'attività prevalente in termini temporali, coadiuvato dagli altri Responsabili.

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, congiuntamente alla valutazione intermedia svolta dal pregresso Responsabile.

7.6.1. 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 ;
- 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;
- gli 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 professionale saranno valutati per:

- il raggiungimento degli obiettivi legati al Processo di budget e quindi al sottosistema Premiante ed assegnati alla propria struttura organizzativa;
- gli 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 posizione organizzativa/coordinamento:

- il raggiungimento degli obiettivi legati al processo di budget e quindi al sottosistema

- premiante ed assegnati alla propria struttura organizzativa
- 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 legati al processo di budget
- 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.

Distinzione degli ambiti di valutazione dei pesi delle componenti della valutazione individuale

	Area di valutazione	Peso	Area di valutazione	Peso	Area di valutazione	Peso	Area di valutazione	Peso
Direttori di Dipartimenti o- Direttori struttura complessa e di struttura semplice a valenza dip.	Risultati della struttura di appartenenza	75%			Capacità di valutazione dei collaboratori	5%	Competenze manageriali/professionali	20%
Dirigenti di UOS	Risultati della struttura di appartenenza	30%	Obiettivo individuale o di gruppo quantitati	30%	Capacità di valutazione dei collaboratori	10%	Competenze manageriali/professionali	30%
Dirigenti	Risultati della struttura di appartenenza	30%	Obiettivo individuale o di gruppo quantitati	40%			Competenze manageriali/professionali	30%
P.O./ Coordinatori	Contributo ai risultati della struttura di appartenenza	25%	Obiettivi individuali o di gruppo quantitati	35%	Capacità di valutazione dei collaboratori	10%	Competenze trasversali/professionali	30%

Comparto	Contributo ai risultati della struttura di appartenenza	10%	Obiettivi individuali o di gruppo quantificati	40%	Competenze trasversali/professionali	50%
----------	---	-----	--	-----	--------------------------------------	-----

7.6.2. 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
- Se il risultato raggiunto è maggiore o uguale al valore obiettivo (target), assume il valore 100%
- Se il risultato è compreso tra il valore obiettivo (target) e il risultato minimo atteso, viene calcolato come il rapporto tra (risultato raggiunto - valore minimo atteso)/(valore obiettivo - valore minimo atteso) espresso in termini percentuali
- Peso: l'obiettivo può assumere valori da 1 a 3. Il peso è determinato a inizio anno dal valutatore che attribuisce l'obiettivo
- Totale: indica la percentuale di raggiungimento dei singoli obiettivi moltiplicati per i pesi 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.

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 .

Il processo di valutazione della ASL BT impiega schede di valutazione in formato elettronico.

7.7. COERENZA TRA IL PIANO DELLA PERFORMANCE E LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA

Il Ciclo 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 del 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 perseguire.