



PIANO DELLA PERFORMANCE AZIENDA SANITARIA LOCALE BT Anni 2019 – 2021

*ai sensi art. 10 del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150,
come modificato dal Decreto Legislativo n. 74/2017*

(approvato con deliberazione n. 131 del 31 gennaio 2019)

Indice

PRESENTAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE	3
1 SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDERS ESTERNI.....	7
1.1 Il Contesto Nazionale	7
1.2 Il Contesto Regionale	8
1.3 Chi siamo	10
1.4 Cosa facciamo	12
1.5 Come operiamo	14
2 ANALISI DEL CONTESTO	19
2.1 Analisi del contesto interno	19
2.2 Analisi del contesto esterno	23
2.3 Il rapporto con gli Stakeholder	25
3. L'ASL BT IN CIFRE - DATI ATTIVITA'.....	28
3.1 Rete Ospedaliera ed Ambulatoriale	28
3.2 Attività Sanitaria Ambulatoriale	31
3.3 L'assistenza Collettiva.....	36
4. OBIETTIVI GENERALI.....	41
4.1 Obiettivi Generali - Piano della Performance – Ciclo di Budget ASL BT 2019-2021	41
4.2 Dagli Obiettivi Generali agli Obiettivi Specifici.....	46
5. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO	48
5.1 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio	48
5.2 Azioni per il miglioramento del Ciclo della Gestione delle Performance	48
5.3 Collegamento Trasparenza e Integrità	49
5.4 Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance	50
5.5 Valutazione della Performance Organizzativa ed Individuale	56

PRESENTAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE

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

Secondo quanto previsto dall'art. 10 del D.Lgs. n. 150/2009, il Piano riporta:

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

L'Azienda, pertanto, intende far proprio il dettato normativo avviando un percorso innovativo anche in rispetto alle indicazioni e contenuti forniti inizialmente dalla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (*CIVIT*) con la *delibera 28 Ottobre 2010 n. 112*, nonché dall'ANAC (Autorità Nazionale Anticorruzione) e dal Dipartimento delle Funzione Pubblica.

Il Piano si ispira al principio di trasparenza, tanto in coerenza dell'art. 11 del D.Lgs. n. 150/2009, che richiede alle Amministrazioni Pubbliche di garantire, in ogni fase del ciclo della performance la massima trasparenza, intesa come accessibilità totale alle informazioni riguardanti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il conseguimento delle funzioni gestionali e all'utilizzo delle risorse per il conseguimento delle funzioni istituzionali, ai risultati dell'attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo nel rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità.

E' opportuno sottolineare che i contenuti del Piano delle Performance per il triennio 2019-2021 potranno essere successivamente rivisti e/o integrati coerentemente con gli eventuali nuovi indirizzi di pianificazione definiti dalla Direzione Strategica ovvero sulla base di nuove e/o ulteriori disposizioni/norme stabilite dalla programmazione regionale. Pertanto, nelle more della individuazione ed assegnazione degli obiettivi di performance ed economico – gestionali alle Aziende Sanitarie Locali del S.S.R. da parte della Regione Puglia per gli anni in questione, si ritiene che gli obiettivi generali aziendali di riferimento sono riferibili, in linea di massima, a quanto già stabilito dalla D.G.R. n. 2198 del 28 dicembre 2016, dagli obiettivi vincolanti di mandato e da quelli previsti dal contratto di prestazione d'opera intellettuale sottoscritto dal Direttore Generale pro –

tempore, dagli obiettivi L.E.A. nonché dagli obiettivi di legge previsti dalle norme nazionali e/o regionali.

Il presente piano, perciò dopo aver presentato l'azienda, definisce gli obiettivi che intende raggiungere con il coinvolgimento di tutte le UU.OO. aziendali, dei Dipartimenti aziendali e del Comitato di Budget, costituito con le deliberazioni n. 930 del 24 maggio 2018 e n. 1060 del 5 giugno 2018.

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

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

CONTENUTI

Il Piano 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.

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

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

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

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" ed alle modifiche introdotte dal successivo D.Lgs n. 74/2017, 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. n. 97/2016 "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 n. 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".

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. n. 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 degli anni del Piano con la Relazione sulla Performance di cui all'art. 10, comma 1 lettera b), del D.Lgs. n. 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.

1 SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI ED ALTRI STAKEHOLDERS ESTERNI

1.1 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, attraverso la eliminazione di sprechi e di inappropriately prescrittive, cliniche ed organizzative, mediante la riorganizzazione del sistema di *governance* e dei processi organizzativi e gestionali, il rafforzamento dell'azione di monitoraggio e di controllo della qualità e della sicurezza delle cure, ad ogni livello di erogazione.

Questi processi derivano fondamentalmente dalla approvazione del Patto per la Salute 2014-2016 di cui alla intesa Stato Regioni del 10.7.2014, e dal conseguente Regolamento (Decreto Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70) 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, attraverso questi strumenti, quello di garantire la sostenibilità del sistema sanitario in un periodo storico nel quale tutti i sistemi di welfare risentono della riduzione di risorse e finanziamenti, attraverso un processo di revisione della spesa che utilizzi un sistema di monitoraggio omogeneo per tutte le regioni rispetto ad un comune sistema di indicatori (di struttura, di organizzazione e di funzionamento) accettato da tutte le regioni. Questa intesa presuppone quindi la partecipazione del sistema sanitario della regione Puglia, consapevole, misurabile e misurata, al processo di uniformazione tendenziale agli standard definiti, e comporta la conseguente adozione di provvedimenti regionali cogenti per le Aziende sanitarie.

Inoltre, sempre in questa visione di confronto con le altre realtà regionali, risulta quanto mai importante per le aziende sanitarie pugliesi, dunque per la ASL BT, orientare i propri obiettivi di produzione in forma coerente con gli obiettivi e gli indicatori contenuti nella Griglia ministeriale L.E.A., nel Programma Nazionale Esiti dell'Agenas, e nel cruscotto – bersagli per il monitoraggio delle performances regionali (Laboratorio Management & Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa) strutturato in relazione all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza nel quale sono contenuti numerosi obiettivi di produzione direttamente riconducibili alla *governance* della Azienda

Sanitaria, rispetto ai quali è possibile anche un'azione di auto-controllo e di confronto-benchmark con le altre aziende sanitarie regionali ed extra-regionali.

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

1.2 Il Contesto Regionale

Con la **D.G.R. n. 1159 del 28.06.2018**, la Regione Puglia ha approvato il "**Documento di Indirizzo Economico Funzionale (DIEF) del Servizio Sanitario Regionale. Presa d'atto del riparto definitivo F.S.R. definitivo 2017 e rimodulazione programmazione progettuale per il biennio 2018-2019**", che comporta, tra le altre cose, quale obiettivo per il Direttore Generale della ASL BT il contenimento della spesa farmaceutica, per l'assistenza farmaceutica convenzionata e per dispositivi medici, in coerenza con i tetti di spesa stabiliti dal Dipartimento Promozione della Salute della Regione Puglia.

E' di tutta evidenza che tale indicazione vincolante della Giunta Regionale assume una rilevanza strategica prioritaria, aggiuntiva rispetto al mandato vincolante già conferito al Direttore Generale con l'atto di nomina. Pertanto l'Azienda deve attuare radicali modifiche dei tradizionali sistemi organizzativi ed operativi al fine di rendere raggiungibile l'obiettivo. Peraltro, il processo di revisione della spesa deve essere contestuale alla ricerca di ulteriori soluzioni nei seguenti ambiti, quali ad esempio:

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

La Regione Puglia, inoltre, con la **D.G.R. n. 129 del 6 febbraio 2018** ha stabilito il Piano delle Azioni necessarie per l'attuazione del Piano Operativo 2016 – 2018 e con la **D.G.R. n. 53 del 23 gennaio 2018**, ha approvato il Regolamento Regionale n. 3/2018 con le modifiche e le integrazioni al Regolamento Regionale n. 7/2017 riguardante il *"Riordino Ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di stabilità 2016 – 2017"*. Successivamente con la **D.G.R. n. 2025 del 15 novembre 2018** è stato adottato il Regolamento Regionale riguardante il modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza.

Con tali provvedimenti la Regione Puglia ha sostanzialmente inteso:

- classificare le strutture ospedaliere in P.O. di base, di I livello e di II livello, secondo gli standard fissati in merito alla distribuzione delle specialità per bacini di popolazione, quindi secondo criteri di carattere epidemiologico e di accessibilità alle cure per la popolazione;
- implementare l'organizzazione della rete ospedaliera applicando il modello hub e spoke alle reti assistenziali per patologia, tra le quali soprattutto infarto del miocardio, ictus, trauma, emergenza 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, delle reti tempo dipendenti e di quelle cliniche specifiche.

Le suddette innovazioni disegnano uno scenario in cui l'orizzonte organizzativo delle Aziende sanitarie della regione Puglia muta in maniera significativa, anche in relazione alla contestuale presenza di altre importanti variabili nel sistema quali, ad esempio, la fase di sofferenza sociale non ancora regredita a fronte della crisi del *welfare*, il trend di progressivo invecchiamento della popolazione, l'introduzione di tecnologie sanitarie e di farmaci in grado di incidere drasticamente su alcune importanti malattie generando dunque forti attese nei cittadini e nelle associazioni di ammalati a fronte però di costi esorbitanti per il sistema sanitario, una pressante richiesta di garantire il benessere delle persone e delle comunità attraverso lo svolgimento di un ruolo più attivo da parte del sistema sanitario nella sorveglianza dei determinanti di salute ambientali.

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

1.3 Chi siamo

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

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

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

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

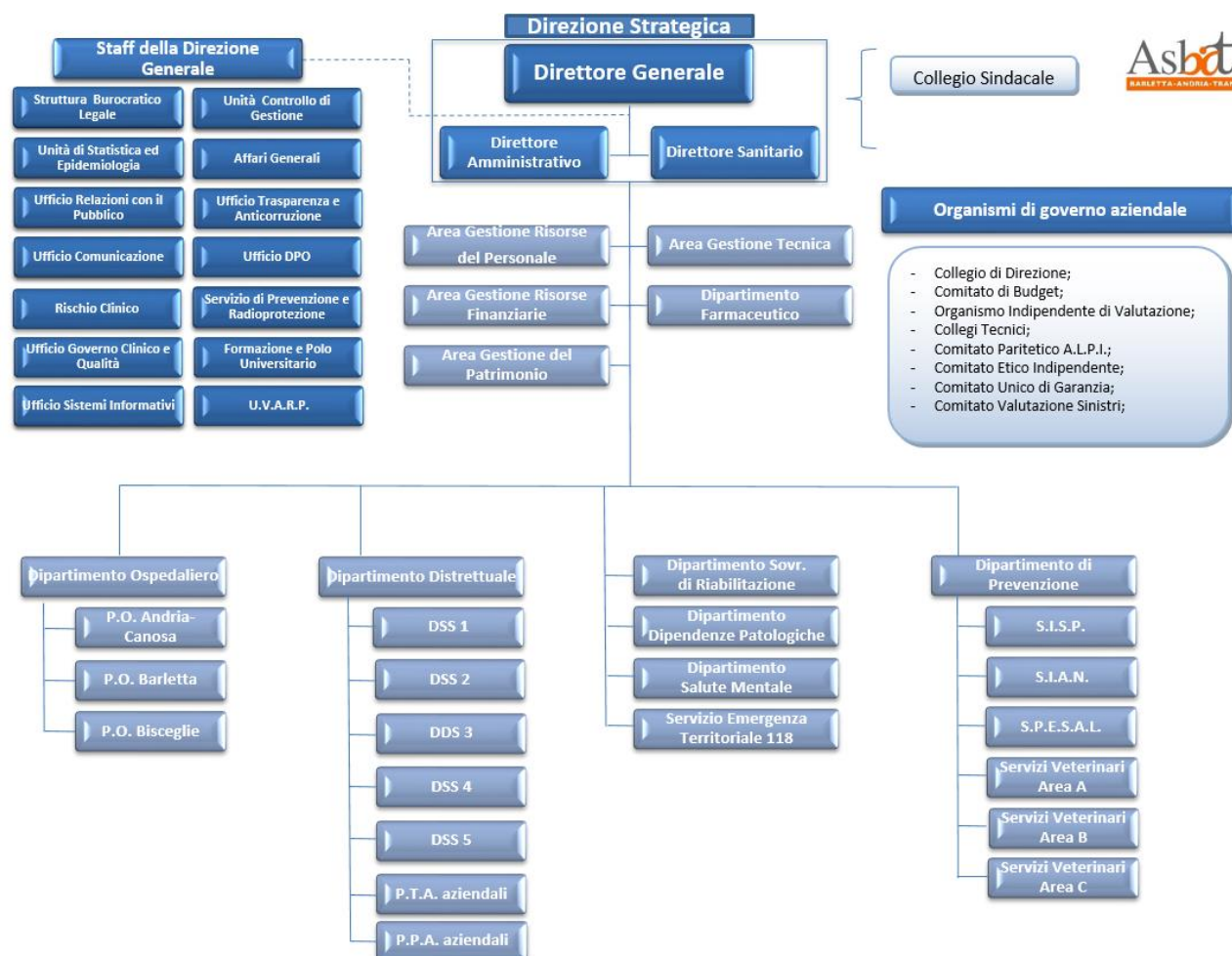
La ASL BT si articola in **Distretti, Presidi Ospedalieri, Dipartimenti strutturali e Aree di gestione amministrativa**, in aderenza al modello ordinario di gestione delle attività aziendali di cui al precedente costituito in attuazione a quanto previsto dalla Legge Regionale n. 34/1994 e Legge Regionale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

A seguito dell'impostazione dipartimentale di tipo "trasversale" definita con la deliberazione n. 143 del 22 gennaio 2018, l'organizzazione aziendale è rappresentata, nel suo complesso, dal seguente organigramma:



1.4 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 azienda. 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 :

- prendersi cura dei pazienti, rispondendo in modo adeguato ai loro bisogni di salute, ponendo attenzione alla centralità della persona e perseguendo l'umanizzazione nei rapporti interpersonali tra operatori sanitari ed utenti – pazienti, con nuovi modelli organizzativi di "care" in grado di trasferire la propria azione dall'idea di curare la malattia all'idea di farsi

carico del malato (ad esempio per la gestione delle cronicità, per identificare i bisogni di salute, ecc.);

- garantire trasparenza e legalità, assicurando che tutti gli atti e i comportamenti posti in essere dall'azienda siano rispondenti alle disposizioni normative vigenti. 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 di output;
- 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 esponenziali di interessi diffusi per poter sviluppare un sistema di salute e socio – sanitario partecipato e prendendo decisioni basate sul valore e sulla qualità degli atti di cura;
- garantire la crescita e le competenze professionali, in relazione alle capacità di ognuno, a tutti coloro che mettono la loro professionalità a servizio dell'Azienda con idonei percorsi formativi al fine di sviluppare una forza lavoro moderna e flessibile. La medicina moderna esige un adattamento professionale ai criteri gestionali di un'azienda complessa e costosa e, pertanto, lo scopo primario è il perseguimento dell'equilibrio decisionale (governance) tra tutti gli attori in causa nella gestione del sistema;

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 al fine di garantire il diritto alla tutela della salute, il rispetto della dignità della persona e la qualità della vita in relazione alle condizioni di malattia.

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.

1.5 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*. A livello distrettuale – l'ASL è articolata in 5 Aree distrettuali, 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 dall'Assessorato alla sanità e alle Politiche Sociali, 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**.

Nel livello di assistenza ospedaliera l'orientamento aziendale è rivolto alla riorganizzazione della rete dell'offerta di prestazioni ospedaliere con l'obiettivo prioritario di aumentare la quantità e la qualità delle prestazioni ospedaliere con la finalità di ridurre la mobilità passiva per le patologie non di alta complessità 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* creando una strategia integrata che metta in relazione e crei sinergia tra gli aspetti clinici, gestionali ed economici; con l'obiettivo di garantire il contenimento dei costi con un efficiente gestione e con la garanzia del perseguimento della qualità, efficacia e sicurezza delle prestazioni. Nell'ambito organizzativo la ASL è impegnata, prioritariamente, in una riprogettazione organizzativa assistenziale, finalizzata allo sviluppo graduale di risposte che privilegino altri livelli assistenziali sia presso l'ospedale, come il Day Service, i Percorsi Diagnostici Terapeutici e ecc, sia in sede territoriale con le strutture residenziali e

semiresidenziali, ed, infine prediligendo il domicilio del paziente con l'attivazione delle cure domiciliari di complessità appropriata al bisogno espresso.

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'azienda ASL spingersi verso approcci pluridisciplinari e forme di integrazione orizzontali (all'interno degli stessi livelli) e verticali (tra i diversi livelli assistenziali: strutture ospedaliere e territoriali) con lo sviluppo di **Reti Assistenziali** soprattutto 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.

Con riguardo al Distretto, tutte le azioni programmate 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).

Nel livello di assistenza distrettuale l'orientamento aziendale è rivolto essenzialmente al potenziamento dell'integrazione ospedale territorio, ove la centralità del paziente richiede, necessariamente, l'intervento integrativo di strutture socio-assistenziali che, nel medio termine, costituiranno una concreta soluzione all'inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri.

In particolare al potenziamento delle cure domiciliari integrate in quanto l'assistenza a domicilio, particolarmente per le forme di cronicità, si presenta come alternativa a ricoveri ospedalieri inappropriati e come forma assistenziale da preferire per i vantaggi in termini di qualità della vita del paziente, a cui vanno aggiunti anche benefici economici rispetto a forme di ricovero anche di carattere extra ospedaliero. 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 di tutto il territorio aziendale per poter affermare la presa in carico del paziente, e nello specifico 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 delle persone è largamente influenzata da fattori estranei al sistema sanitario quali i determinanti sociali, economici, comportamentali ed ambientali.

Tenuto conto che è ormai evidente 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; 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.

2 ANALISI DEL CONTESTO

Dimensione strategica della ASL BT

Per poter definire il piano della performance aziendale 2019-2021, 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.

2.1 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 31/12/2018.

Ruolo	Dipendenti al 31/12/2018
SANITARIO - Dirigenti Area medica e veterinaria	697
SANITARIO - Dirigenti - Area non Medica	98
SANITARIO - Comparto	1.804
TECNICO - Dirigenti	1
TECNICO - Comparto	613
PROFESSIONALE - Dirigenti	6
PROFESSIONALE - Comparto	6
AMMINISTRATIVO - Dirigenti	18
AMMINISTRATIVO - Comparto	256
Totale Complessivo	3.499

Fonte dati: Area Gestione del Personale

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 Economico Preventivo 2019 e quelli relativi al "Pre-consuntivo 2018".

		A	B	C=A-B	
		Bilancio Economico Preventivo 2019	Preconsuntivo 2018	Val.ass.	Var. %
		€/000	€/000	€/000	
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	697.949	688.740	9.209	1,3
	Costo della Produzione				
BA0010	B.1) Acquisti di beni	99.409	112.724	-13.315	-11,8
BA0390	B.2) Acquisti di servizi	368.848	371.009	-2.161	-0,6
BA0400	B.2.A) Acquisti servizi sanitari	341.639	343.478	-1.839	-0,5
BA1560	B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	27.209	27.531	-322	-1,2
BA1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	5.904	6.231	-327	-5,2
BA1990	B.4) Godimento di beni di terzi	2.781	3.014	-233	-7,7
BA2080	<u>Totale Costo del personale</u>	194.451	174.168	20.283	11,6
BA2500	B.9) Oneri diversi di gestione	2.393	2.496	-103	-4,1
BA2560	<u>Totale Ammortamenti</u>	7.171	6.576	595	9,0
BA2630	B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	0	0	0	0,0
BA2660	B.15) Variazione delle rimanenze	0	-1.206	1.206	-100,0
BA2690	B.16) Accantonamenti dell'esercizio	2.832	4.037	-1.205	-29,8
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	683.789	679.049	4.740	0,7
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	-9	-32	23	-71,9
DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0	0	0	0,0
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	0	-945	945	-100,0
XA0000	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	14.151	8.714	5.437	62,4
YZ9999	Totale imposte e tasse	14.151	11.935	2.216	18,6
ZZ9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	0	-3.221	3.221	-100,0

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

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

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

2.1.1. ASSISTENZA OSPEDALIERA

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

L'attuale Regolamento Regionale n. 3/2018 prevede che l'attività assistenziale ospedaliera per acuti venga svolta presso i seguenti Presidi Ospedalieri a gestione diretta per un totale di n. 717 posti letto afferenti alla rete pubblica:

Presidio/Plesso Ospedaliero	Classificazione D.M. 70/2015	Totale Dotazione P.L.	Totale P.L. utilizzati 2018 (*)
Andria	Ospedale I Livello	218 posti letto	141 posti letto
Canosa di Puglia	Plesso Post Acuzie	60 posti letto	39 posti letto
Barletta	Ospedale I livello	261 posti letto	220 posti letto
Bisceglie-Trani	Ospedale di Base	178 posti letto	140 posti letto

(*) dati provvisori pre-consuntivo 2018.

Con deliberazione aziendale n. 2083 del 13 dicembre 2018 il plesso ospedaliero di Trani è stato riconvertito in Presidio Territoriale di Assistenza (P.T.A.).

In aggiunta alla rete pubblica ospedaliera è prevista anche quella privata accreditata con il S.S.R. costituita da "Universo Salute" per le attività afferenti alla Casa di Cura "Casa Divina Provvidenza" di Bisceglie con una dotazione complessiva di n. 100 posti letto (attualmente per le discipline di Riabilitazione Respiratoria e Cardiologica, Medicina Fisica e Riabilitazione, Neurologia, Cardiologia e Pneumologia).

Al fine di potenziare e migliorare l'assistenza ospedaliera della ASL BT, con deliberazione n. 1147 del 13 giugno 2018 é stata approvata la documentazione preliminare allo studio di fattibilità per i lavori di realizzazione del Nuovo Ospedale di Andria quale Ospedale di II livello con una dotazione complessiva di 400 posti letto.

2.1.2 TERRITORIO E CONTINUITA' DELLE CURE

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



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

- ❖ **Distretto n. 1 -Margherita di Savoia-San Ferdinando di Puglia-Trinitapoli**
- ❖ **Distretto n. 2- Andria**
- ❖ **Distretto n. 3- Canosa di Puglia-Minervino-Spinazzola**
- ❖ **Distretto n. 4- Barletta**
- ❖ **Distretto n. 5- Trani-Bisceglie**

2.1.3 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**

2.1.4 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.

- ❖ **Dipartimento di Prevenzione**

2.1.5 FARMACEUTICA

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

- ❖ **Dipartimento Farmaceutico**

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

La rappresentazione grafica mostra che la popolazione della Provincia BT al 01.01.2018 ammonta a **391.224 residenti**, di cui **193.305** maschi e **197.919** femmine.

Popolazione Istat al 1 Gennaio 2018 suddivisa per Comune

Comune	Maschi	Femmine	Totale
Andria	49.290	50.567	99.857
Barletta	46.810	47.667	94.477
Bisceglie	27.516	27.869	55.385
Canosa di Puglia	14.659	15.188	29.847
Margherita di Savoia	5.759	6.012	11.771
Minervino Murge	4.359	4.505	8.864
San Ferdinando di Puglia	6.877	6.951	13.828
Spinazzola	3.156	3.359	6.515
Trani	27.756	28.275	56.031
Trinitapoli	7.123	7.526	14.649

Totale complessivo	193.305	197.919	391.224
---------------------------	----------------	----------------	----------------

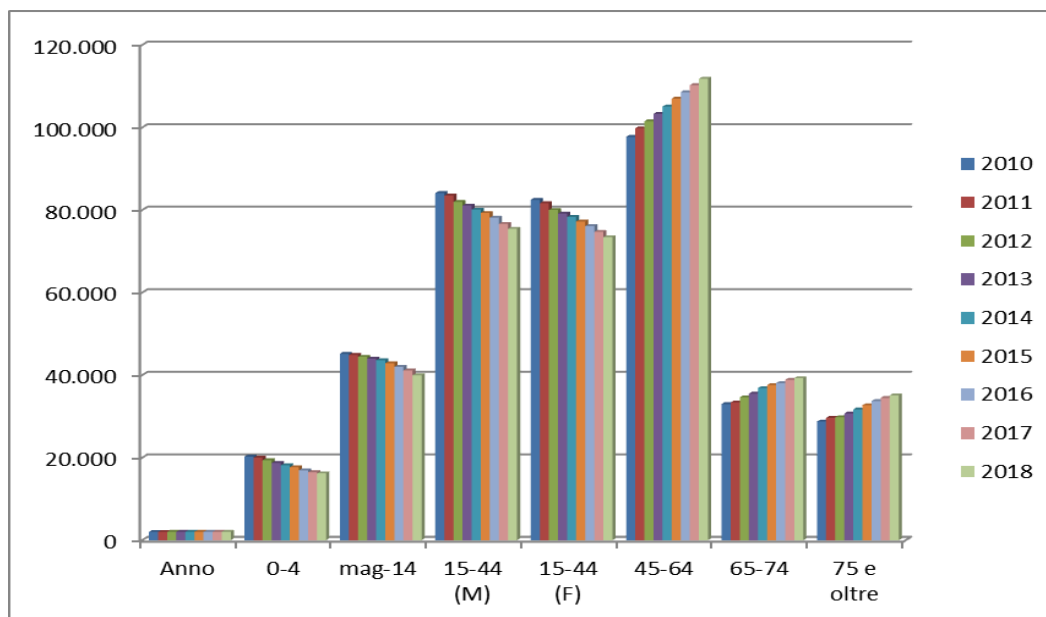
Popolazione Istat al 1 Gennaio 2018 suddivisa per Distretto e Fasce di Età

DSS n.:	0-4	5-14	15-44 (M)	15-44 (F)	45-64	65-74	75 e oltre	Totale
1	1.719	4.094	7.562	7.560	11.051	4.204	4.058	40.248
2	4.397	10.787	19.975	19.664	27.628	9.348	8.058	99.857
3	1.607	4.183	8.305	8.106	13.146	5.037	4.842	45.226
4	3.971	9.772	18.432	17.796	26.920	9.360	8.226	94.477
5	4.513	11.148	21.174	20.298	33.064	11.311	9.908	111.416
Totale ASL	16.207	39.984	75.448	73.424	111.809	39.260	35.092	391.224

Percentuale Popolazione Istat al 1 Gennaio 2018 suddivisa per Distretto e Fasce di Età

DSS n.:	0-4	5-14	15-44 (M)	15-44 (F)	45-64	65-74	75 e oltre	Totale
1	4,3%	10,2%	18,8%	18,8%	27,5%	10,4%	10,1%	100%
2	4,4%	10,8%	20,0%	19,7%	27,7%	9,4%	8,1%	100%
3	3,6%	9,2%	18,4%	17,9%	29,1%	11,1%	10,7%	100%
4	4,2%	10,3%	19,5%	18,8%	28,5%	9,9%	8,7%	100%
5	4,1%	10,0%	19,0%	18,2%	29,7%	10,2%	8,9%	100%
Totale ASL	4,1%	10,2%	19,3%	18,8%	28,6%	10,0%	9,0%	100%

Anno	0-4	5-14	15-44 (M)	15-44 (F)	45-64	65-74	75 e oltre	Totale
2010	20.256	45.173	84.126	82.464	97.744	32.991	28.752	391.506
2011	19.995	44.887	83.506	81.653	99.789	33.377	29.656	392.863
2012	19.389	44.440	81.975	80.035	101.503	34.625	29.803	391.770
2013	18.729	43.994	81.087	79.149	103.279	35.504	30.704	392.446
2014	18.144	43.591	80.100	78.317	105.073	36.853	31.691	393.769
2015	17.684	42.888	79.290	77.232	106.998	37.596	32.699	394.387
2016	16.936	42.006	78.138	76.107	108.558	38.057	33.732	393.534
2017	16.486	41.136	76.634	74.706	110.256	38.854	34.474	392.546
2018	16.207	39.984	75.448	73.424	111.809	39.260	35.092	391.224



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

2.3 Il rapporto con gli Stakeholder

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

Le forme tradizionali di coinvolgimento come, ad esempio, il dialogo e la contrattazione con i dipendenti (*stakeholders* interni), sono stati istituzionalizzati attraverso politiche, norme e regolamenti nonché con la costituzione del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) in modo sistematico ed organico attraverso le indagini di customer satisfaction volte a rilevare il grado di soddisfazione degli utenti in relazione alla qualità dei servizi erogati ed in ragione dello specifico contesto organizzativo al fine di poter rilevare gli eventuali

elementi di criticità come possibili riferimenti per il miglioramento. Pertanto, dovrà essere garantita e predisposta un'adeguata e sistematica reportistica di monitoraggio periodico da parte degli uffici U.R.P., di concerto con l'U.O.S.V.D. Governo Clinico e Qualità, che consenta di analizzare i reclami e le segnalazioni (rilevanti e ricorrenti) acquisite al fine di individuare i punti di forza oppure di debolezza delle articolazioni/unità organizzative interessate. In tale senso potranno essere considerate anche le eventuali proposte e/o segnalazioni da parte del Comitato Consultivo Misto con le Associazioni di Volontariato iscritte nell'albo aziendale;

- b) in modo diffuso ed aperto attraverso la comunicazione diretta degli utenti esterni ed interni all'O.I.V. attraverso segnalazioni sul proprio grado di soddisfazione per le attività e per i servizi erogati.

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

3.1 Rete Ospedaliera e Ambulatoriale

Nelle tabelle di seguito riportate si evidenziano i dati relativi all'attività ospedaliera dell'ASL BT. In particolari è stato estratto il numero dei ricoveri complessivi, sia in regime ordinario che in day hospital, riferito agli anni 2017.

Di seguito si riportano i principali dati di attività relativi al 2017, concernenti l'assistenza ospedaliera, confrontati con quelli dell'esercizio 2016. I dati non includono quelli dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, evidenziati nel paragrafo dedicato al Dipartimento di Salute Mentale.

Ricoveri ordinari Anno 2017

Presidio	Posti letto (*)	Ricoveri ordinari	gg. degenza	Degenza media	% utilizzo p.l.	Peso medio
P.O. Andria (Presidio Canosa)	38	1.139	10.805	9,5	78,9	1,01
P.O. Andria	136	8.303	48.228	5,8	97,2	1,19
P.O. B./T. (osp. di Bisceglie)	98	5.264	28.658	5,4	80,1	0,87
P.O. B./T. (osp. di Trani)	42	1.387	14.527	10,5	94,8	1,05
P.O. Barletta	191	11.641	69.591	6,0	100,0	0,92
TOTALI	504	27.734	171.809	6,2	93,4	1,00

Anno 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	528	28.732	181.102	6,3	94,1	0,96

Differenza 2017 vs. 2016

Presidio	Posti letto (*)	Ricoveri ordinari	gg. degenza	Degenza media	% utilizzo p.l.	Peso medio
P.O. Andria (Presidio Canosa)	-6	-116	-1.322	-0,2	2,6	-0,02

P.O. Andria	-8	301	-1.461	-0,4	2,3	0,04
P.O. B./T. (osp. di Bisceglie)	-5	-736	-5.023	-0,2	-9,2	0,03
P.O. B./T. (osp. di Trani)	-6	30	-1.628	-1,4	2,9	-0,19
P.O. Barletta	2	-477	141	0,2	-1,0	0,07
TOTALI	-23	-998	-9.293	-0,1	-0,8	0,04

Ricoveri diurni Anno 2017

Presidio	Posti letto	Ricoveri d.h.	Accessi	Accessi medi	Peso medio
P.O. Andria (Presidio Canosa)	2	102	494	4,8	1,02
P.O. Andria	11	337	622	1,8	0,55
P.O. B./T. (osp. di Bisceglie)	8	434	958	2,2	0,92
P.O. B./T. (osp. di Trani)	1	217	595	2,7	0,94
P.O. Barletta	19	1.598	4.101	2,6	0,76
TOTALI	41	2.688	6.770	2,5	0,78

Presidio	Posti letto	Ricoveri d.h.	Accessi	Accessi medi	Peso medio
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

Differenza 2017 vs. 2016

Presidio	Posti letto	Ricoveri d.h.	Accessi	Accessi medi	Peso medio
P.O. Andria (Presidio Canosa)	0	26	143	0,2	-0,06
P.O. Andria	2	-55	-69	0,1	-0,08
P.O. B./T. (osp. di Bisceglie)	0	4	134	0,3	-0,07
P.O. B./T. (osp. di Trani)	-1	31	60	-0,1	-0,06
P.O. Barletta	0	346	310	-0,5	-0,10
TOTALI	1	352	578	-0,1	-0,08

tabella di sintesi:

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ricoveri ordinari	39.758	37.391	35.619	33.346	30.387	29.909	28.732	27.734

Ricoveri diurni	14.217	12.754	12.398	8.451	5.394	2.836	2.336	2.688
Totale	53.975	50.145	48.017	41.797	35.781	32.745	31.068	32.439

Il fenomeno sopra descritto, determinato specialmente della progressiva riduzione delle risorse disponibili in particolare per quelle destinate all'assistenza ospedaliera in regime di ricovero ordinario, ha inevitabilmente ripercussioni sulla gestione economica aziendale in termini di incremento dei flussi migratori per mobilità passiva infraregionale ed extra regionale.

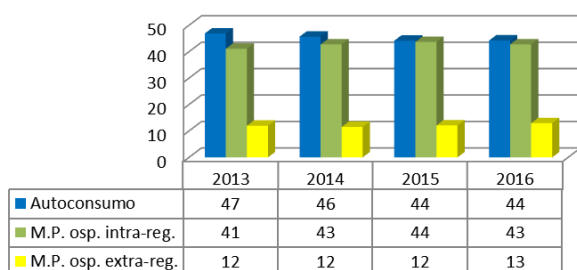
SINTESI MOBILITA' PASSIVA OSPEDALIERA

* Include l' Istituto Divina Provvidenza

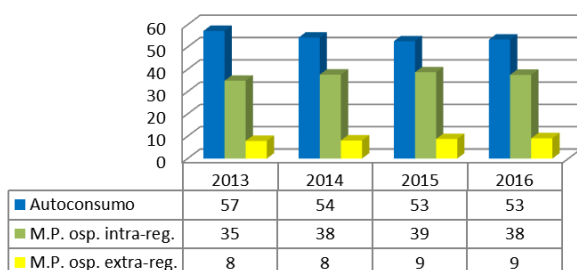
VALORE				
ANNO	Autoconsumo	M.P. osp. intra-reg. *	M.P. osp. extra-reg.	Totale complessivo
2013	80.763.635	70.821.506	20.658.980	172.244.122
2014	76.696.289	71.774.820	19.383.161	167.854.270
2015	72.022.021	71.276.499	19.715.434	163.013.954
2016	71.362.185	69.036.288	20.910.737	161.309.210
%				
ANNO	Autoconsumo	M.P. osp. intra-reg.	M.P. osp. extra-reg.	Totale complessivo
2013	47	41	12	100
2014	46	43	12	100
2015	44	44	12	100
2016	44	43	13	100

PRESTAZIONE				
ANNO	Autoconsumo	M.P. osp. intra-reg.	M.P. osp. extra-reg.	Totale complessivo
2013	35.621	21.733	4.923	62.277
2014	31.061	21.545	4.650	57.256
2015	27.515	20.237	4.582	52.334
2016	26.663	18.774	4.547	49.984
%				
ANNO	Autoconsumo	M.P. osp. intra-reg.	M.P. osp. extra-reg.	Totale complessivo
2013	57	35	8	100
2014	54	38	8	100
2015	53	39	9	100
2016	53	38	9	100

ASL BT - % VALORE ATTIVITA' DI RICOVERO



ASL BT - % PRESTAZIONE ATTIVITA' DI RICOVERO



3.2 Attività Sanitaria Ambulatoriale

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

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

Prestazioni ambulatoriali (fonte: CUPNET/SW gestionali)

L'attività specialistica ambulatoriale erogata agli assistiti del territorio dagli ambulatori ospedalieri negli anni 2017 e 2016 è così riassunta:

Anno 2017

		Canosa	Minerv.	Spinazz.	Andria	Bisceglie	Trani	Barletta	Totale
Fatturato	€/mgl	2.039			8.613	2.690	3.833	15.694	32.870
Prestaz.	N.ro	259.217	0	0	391.156	148.547	214.150	677.616	1.690.686
- di cui visite specialistiche	n.ro	5.686			51.755	10.216	17.148	75.763	160.568
- di cui diagn. per immagini	n.ro	16.323			27.438	13.331	20.191	28.496	105.779
- di cui prestaz. di patol. clinica	n.ro	228.372			258.725	111.340	138.935	455.865	1.193.237
- di cui altre prestazioni	n.ro	8.836			53.238	13.660	37.876	117.492	231.102

Anno 2016

		Canosa	Minerv.	Spinazz.	Andria	Bisceglie	Trani	Barletta	Totale
Fatturato	€/mgl	2.577			9.060	2.185	3.957	14.992	32.771
Prestaz.	N.ro	292.174	0	0	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
Fatturato medio prestaz.	€	8,8			19,5	15,2	17,5	20,8	17,7

Differenza 2017 vs. 2016

		Canosa	Minerv.	Spinazz.	Andria	Bisceglie	Trani	Barletta	Totale
Fatturato	€/mgl	-538	0	0	-447	505	-124	702	99
Prestaz.	N.ro	-32.957	0	0	-73.575	5.188	-12.349	-44.528	-158.221
- di cui visite specialistiche	n.ro	-1.880	0	0	-13.171	283	-4.412	-7.374	-26.554
- di cui diagn. per immagini	n.ro	-853	0	0	1.032	-1.429	-768	-1.101	-3.119
- di cui prestaz. di patol. clinica	n.ro	-28.780	0	0	-55.137	3.823	-2.366	-31.836	-114.296
- di cui altre prestazioni	n.ro	-1.444	0	0	-6.299	2.511	-4.803	-4.217	-14.252
Fatturato medio prestaz.	€	16,3			6,1	97,4	10,0	-15,8	-0,6

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 virtù del passaggio ad una nuova modalità di presa in carico e trattamento assistenziale dei pazienti in precedenza trattati in regime di ricovero diurno (day service).

Nell'ambito dell'attività specialistica ambulatoriale erogata sul territorio, Assistenza specialistica (fonte: CUPNET/sistema inform. Reg. "EDOTTO")

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.

Anno 2017

		DSS 1	DSS 2	DSS 3	DSS 4	DSS 5	Totale
Fatturato	€/mgl	909	856	2.810	908	1.257	6.740
Prestaz.	N.ro	50.790	44.358	94.627	52.723	64.583	307.081
- di cui visite specialistiche	n.ro	22.157	29.177	28.506	27.148	31.981	138.969
- di cui diagn. per immagini	n.ro	8.487	3.600	13.442	5.897	12.962	44.388
- di cui prestaz. di patol. clinica	n.ro	12.728	1.154	13.937	7.282	2.392	37.493
- di cui altre prestazioni	n.ro	7.418	10.427	38.742	12.396	17.248	86.231

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

Differenza 2017 vs. 2016

		DSS 1	DSS 2	DSS 3	DSS 4	DSS 5	Totale
Fatturato	€/mgl	18	-31	267	3	329	586
Prestaz.	N.ro	-1.576	-1.406	2.432	-2.285	14.598	11.763
- di cui visite specialistiche	n.ro	1.261	860	1.650	698	4.012	8.481
- di cui diagn. per immagini	n.ro	-508	23	-1.911	-451	3.312	465
- di cui prestaz. di patol. clinica	n.ro	-4.994	-304	-2.304	-1.657	2.390	-6.869
- di cui altre prestazioni	n.ro	2.665	-1.985	4.997	-875	4.884	9.686

Il confronto dei dati concernenti la produzione ambulatoriale dei distretti evidenzia un aumento dei valori sia in termini di fatturato che di volume di prestazioni erogate.

Altri dati di attività (fonte: Direzioni di distretto)

Tra gli altri dati di attività disponibili si riepilogano, di seguito, relativamente agli anni 2017 e 2016, quelli concernenti l'assistenza di Guardia Medica (Quadro F), Assistenza Farmaceutica Convenzionata (Quadro G), Assistenza Domiciliare Integrata (Quadro H), Assistenza Programmata (Quadro I):

F: Guardia Medica	2017	2016
Punti	11	11
Medici Titolari	61	62
Ore Totali	73.499	80.591
Contatti Effettuati	48.028	52.336
Ricoveri Presscritti	752	620
Medici con disponibilità domiciliare	67	68
Ore di apertura del servizio	59.380	57.060

G: Assistenza Farmaceutica Convenzionata	2017		2016	
	Numero	Importo	Numero	Importo
Ricette di specialità Medicinali e Galenici	4.022.855	57.378.267	4.048.536	59.417.907
Assistenza Integrativa		4.631.315		4.108.724
Ticket e Quote Fisse		11.592.753		11.400.159
Ticket Esenti	3.622.112		2.266.430	

H: Assistenza Domiciliare Integrata 2017

Casi Trattati	3.679	Utenti in Lista di Attesa	76
di cui anziani	2.612		
di cui malati terminali	614		
Accessi del Personale Medico	22.896	di cui ad anziani	13.532
		di cui a malati terminali	6.140

	Terapisti della Riabilitazione	Infermieri Professionali	Altri Operatori	Totale
Ore di Assistenza Erogata	9.942	26.520	8.301	44.763
di cui ad anziani	7.517	16.335	5.018	28.870
di cui a malati terminali	0	3.598	44	3.642
Accessi degli operatori	13.891	54.566	14.346	82.803
di cui ad anziani	10.888	37.103	9.960	57.951
di cui a malati terminali	2	7.915	86	8.003

H: Assistenza Domiciliare Integrata 2016

Casi Trattati	3.646	Utenti in Lista di Attesa	63
di cui anziani	2.699		
di cui malati terminali	452		
Accessi del Personale Medico	14.505	di cui ad anziani	14.505
		di cui a malati terminali	4.688

	Terapisti della Riabilitazione	Infermieri Professionali	Altri Operatori	Totale
Ore di Assistenza Erogata	9.952	25.034	1.604	36.590
di cui ad anziani	7.488	16.628	1.181	25.297
di cui a malati terminali	41	2.585	0	2.626
Accessi degli operatori	15.227	51.679	16.331	83.237
di cui ad anziani	11.640	38.619	11.700	61.959
di cui a malati terminali	50	4.747	9	4.806

I: Assistenza Programmata

2017 2016

Numero di Medici	257	256
Numero di Autorizzazioni Concesse	6.109	5.962

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.

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

I principali dati relativi all'attività svolta nel 2017	Utenti ass. residenziale	Giornate ass. residenziale	Utenti ass. semiresidenziale	Giornate ass. semiresidenziale	accessi ass. ambulatoriale
---	--------------------------	----------------------------	------------------------------	--------------------------------	----------------------------

e nel 2016 dal S.S.R. sono riassunti nella seguente Descrizione Patologia										
	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016
Riabilitazione	249	123	7.380	5.583	124	132	25.444	27.941	26.192	22.747
Riabilitazione Pneumologica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Riabilitazione Cardiologica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Riabilitazione Motoria	374	289	11.071	13.026	0	0	0	0	2.751	7.827
Riabilitazione Psicosensoriale	0	0	0	0	0	0	0	0	294	9
Riabilitazione Neuropsichiatria Infantile	0	0	0	0	53	59	11.405	12.257	77.195	70.493
Altro	0	0	0	0	0	0	0	0	25	4.699
Totale	623	412	18.451	18.609	177	191	36.849	40.198	106.457	105.775

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

I principali dati che hanno caratterizzato l'attività del Dipartimento nel corso del 2017, confrontati con i dati dell'anno precedente, sono riassunti nella tabella che segue:

	2017	2016	2015	2014
Utenti e attività a gestione diretta				
Utenti in regime ambulat.	2.249	2.564	2.742	2645
Utenti in trattamento domiciliare	1	0	1	1
Trattamenti in regime ambulat. (*) (**)	221.141	10.787	3.663	3.338
Trattamenti in regime domiciliare	3	0	2	3
Utenti strutture convenzionate				
Utenti centri semiresidenziali	2	7	5	7
Utenti centri residenziali	126	119	99	84
Altri dati di attività				
gg di degenza in comunità semiresid.	119	1.458	686	1759
gg di degenza in comunità residenziali	19.502	26.345	16.856	15.322

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

(**) trattasi di prestazioni in regime ambulatoriale

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 Bisceglie e Barletta.

I principali dati che hanno caratterizzato l'attività del Dipartimento nel corso del 2017, confrontati con i dati dell'anno precedente, sono riassunti nella tabella che segue:

	D.S.M.			
	2017	2016	2015	2014
Utenti e attività a gestione diretta				
Utenti in regime ambulat. / domiciliare(1)	9.164	9.073	8.240	8.883
Utenti centri semiresidenziali	59	70	70	70
Utenti centri residenziali (2)	38	34	34	10
Trattamenti in regime ambulat. (3)	65.540	64.526	66.045	74.580
Trattamenti in regime domiciliare	11.537	17.450	21769	15.625
Trattamenti in regime semiresid.	11.254	12.186	11226	12.328
Trattamenti in regime residenziale (4)	10.250	11079	3929	10
Utenti strutture convenzionate				
Utenti centri semiresidenziali	44	40	40	40
Utenti centri residenziali (5)	121	99	94	90
Altri dati di attività (6)				
gg di degenza in comunità semiresid.	10.370	11.015	10309	8542
gg di degenza in comunità residenziali	20.305	43.524	32059	30616

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:

		2017		2016		2015	
		Bisceglie	Barletta	Bisceglie	Barletta	Bisceglie	Barletta
Posti letto (medi)	n.ro	4	10	8	10	8	10
Ricoveri ordinari	n.ro	180	525	329	412	391	443
Giornate di deg.	gg	1.891	4.377	3.530	3.415	3.238	3.768
Deg. media	gg	10,5	8,3	10,7	8,3	8,3	8,5
Utilizzo p.l.	%	129,5	119,9	120,9	93,6	110,9	103,2
Case mix		0,74	0,71	0,74	0,70	0,73	0,73

3.3 L'assistenza collettiva

A) *Stato dell'arte*

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

- Igiene e sanità pubblica,
- Igiene degli alimenti e della nutrizione,
- Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro,

- Sanità animale,
- Igiene degli alimenti di origine animale,
- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

I principali dati relativi all'attività svolta dal Dipartimento di Prevenzione dell'A.S.L. BT, nel 2017, nel 2016 e nel 2015, sono di seguito riportati:

DIP. PREV. (Igiene e Sanità Pubblica)	ANNO 2017	ANNO 2016	ANNO 2015
Certificazioni medico-legali	11.564	8.693	8.676
Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate	211.506	195.980	177.922
Certificati di vaccinazione	65.011	40.109	38.713
Counseling medicina del turismo	412	427	167
Indagine epidemiologiche	112	311	497
Notifiche malattie infettive (SIMI)	109	168	277
Idoneità igienico-sanitarie attività sanit. e socio-sanit.	181	190	168
Idoneità scuole private e pubbliche	55	47	49
Idoneità palestre, piscine, centri sportivi e stab. baln.	68	67	53
Idoneità attività artigianali e commerciali	333	317	358
Idoneità parrucchieri, estetiste e tatuatori/piercing	55	59	71
Idoneità alberghi, Bed & Breakfast	108	83	76
Certificazione conformità scarichi e vasche imhoff	85	96	56
Certificati antigiogenicità ambienti di vita	111	137	114
Numero istanze invalidi civili pervenute	5.012	4.188	12.356
Numero pratiche invalide civili evase	4.986	3.928	12.578
Visite fiscali richieste	3.213	5.313	6.546
Visite fiscali effettuate	928	855	1.163
Partecipazione conferenze di servizio	83	78	85
Partecipaz. commiss. pubblico spettacolo...	102	90	104
Inconvenienti igienico-sanitari	651	307	379
Pareri edilizi	303	278	306
Certificazioni necroscopiche (più scheda ISTAT)	1.515	1.402	1.487
Nulla osta sanitario per trasporto salme	45	21	15
Autorizzazione al trasporto salme	12	15	19
Traslazioni ed esumazioni straord. di salme	35	27	56
Conservazione di salme	11	14	5
Autorizzaz. autorimesse e idoneità carri funebri	70	74	62
Attività di vigilanza igienico-sanitaria	251	273	329
Campionamenti vari	25	22	36
Provvedimenti sanzionatori	0	0	2
Rapporti con AA.GG e Amm.va	34	31	36
Consulenze medico-legali in attività giudiz.	15	10	24
Istruttoria e relaz. medico legale (L. 210/92)	50	N.D.	N.D.

DIP. PREV. (SIAN)	ANNO 2017	ANNO 2016	ANNO 2015
Controlli sui produttori	187	103	134
Controlli sulla distribuzione degli alimenti	339	300	588
Controlli sui trasporti degli alimenti	5	5	11
Controlli sulla ristorazione pubblica	324	142	163
Controlli sulla ristorazione collettiva	89	42	51
Controlli su confezionatori	75	84	128
Controlli sui prodotti fitosanitari	181	194	159
Controlli ispettorato micologico	11	12	9
Controlli sulle acque	194	155	234
Controlli nelle mense	89	42	84
Controlli sulla sicurezza alimentare e sulle tossinfez.	68	89	157
Corsi di formazione	172		112

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

DIP. PREV. (SPESAL)	ANNO 2017	ANNO 2016	ANNO 2015
Nr lavoratori controllati o comunque esaminati per accertamento o certificazioni sanitarie:	16	10	15
di cui apprendisti minori:	0	0	0
Numero di indagini effettuate per infortuni sul lavoro:	21	33	36
Numero di indagini effettuate per malattie professionali:	30	68	40
Numero di aziende interessate da atti autorizzativi, esame progetti, piani di lavoro e notifiche	50	35	76
Numero di Aziende in cui sono stati effettuati interventi di vigilanza e di polizia giudiziaria	576	527	631

DIP. PREV. (Serv. Veterinario Area "A")	ANNO 2017	ANNO 2016	ANNO 2015
Catture cani randagi	538	730	850
Sterilizzazioni cani randagi	762	617	850
Controlli sulla popolaz. canina randagia	9.000	10.500	11.000
Controlli sulla popolaz. canina di proprietà	8.000	11.000	8.000
Programmi di eradicazione e controllo brucellosi	27.000	24.000	25.000
Piani di controllo mal. infet. best. lista "A" O.I.E.	6.500	6.800	6.500
Piani di controllo mal. infet. best. lista "B" O.I.E.	5.000	4.000	3.500
Anagrafe Zootecnica - SUMMA -SANAN - ACIR - SIMAN	54.000	52.000	45.000

DIP. PREV. (Serv. Veterinario Area "B")	ANNO 2017	ANNO 2016	ANNO 2015
n. ispezione su strutture riconosciute	451	643	716
n. ispezioni con non conformità	79	157	166
n. ispezione su strutture registrate	690	736	606
n. ispezioni con non conformità	163	72	57
n. audit	43	46	45
n. campioni totali	490	469	482
n. campioni non conformi	9	25	19
n. provvedimenti amministrativi	24	293	474
n. provvedimenti penali	4	1	3

DIP. PREV. (Serv. Veterinario Area "C")	ANNO 2017	ANNO 2016	ANNO 2015
Controlli sui residui come da PNR e PNAA ↓	108	109	106
a) programmati	85	87	84
b) non programmati	23	22	22
Controlli BSE ↓	128	126	110
a) programmati	106	105	101
b) non programmati	12	11	9
Interventi di farmacovigilanza: ↓	3.737	3.744	3.698
1) controlli sul campo ↓	406	478	407
a) programmati	328	384	323
b) non programmati	78	94	84
2) verifica ricette	836	793	792
3) verifica appropriatezza farmaci prescritti	2.495	2.473	2.499
Interventi di farmacovigilanza	0	0	
Controlli sul benessere animale ↓	61	64	53
1) In allevamento ↓	44	43	
a) programmati	32	33	31
b) non programmati	12	10	22
2) Idoneità Mezzi di Trasporto ↓	17	21	
a) programmati	14	18	
b) non programmati	3	3	
Controlli produz. zootecniche primarie (O.S.A.) ↓	19	20	17
a) programmati	17	11	10
b) non programmati	2	9	7
Controlli sottoprodotti di O.A. ↓	53	59	94
a) programmati	32	36	35
b) non programmati	21	23	59
Controlli alimentazione animale (O.S.M.) ↓	234	192	159
a) programmati	178	135	121

b) non programmati	56	57	38
Controlli attività commerciali diverse ↓	24	10	35
a) programmati	17	2	28
b) non programmati	7	8	7
Controlli Igiene ambientale	5	3	0
Controlli sulla riproduz. animale	0	0	0
Pratiche istruite (autorizzaz., registraz., vidimaz., protocollo etc.)	1.276	1.313	1.530

4. OBIETTIVI GENERALI

4.1 Obiettivi Generali - Piano della Performance – Ciclo di Budget ASL BT 2019-2021

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

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

Dall'analisi dei fattori di contesto esterni ed interni all'Azienda, precedentemente esposta, emerge uno spazio strategico ben definito per la ASL BT, i cui obiettivi posti al centro del piano di performance aziendale sono riconducibili alle fonti normative di seguito indicate, hanno diverso grado di vincolo, ma tutti ugualmente convergenti nell'orientare la strategia aziendale per il triennio di riferimento 2019-2021:

- **Obiettivi di Mandato** contenuti nell'incarico conferito al Direttore Generale con D.G.R. n. 114 del 31 gennaio 2018.
- **Patto per la Salute 2014-2016.**
- **Programma Nazionale Esiti** (AGENAS) e **Network delle Regioni** (Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa).
- **Regolamento Ministeriale** sugli standard ospedalieri di cui al Decreto Ministeriale n. 70/2015.
- **DIEF 2017** Regione Puglia (D.G.R. n. 1159/2018) e programmazione progettuale per il biennio 2018-2019.
- **Regolamento Regionale n. 3/2018** criteri di riordino della rete ospedaliera e approvazione modelli per la riconversione dell'assistenza ospedaliera in assistenza territoriale (D.G.R. n. 2025 del 15 novembre 2011).
- **Piano triennale del Fabbisogno del Personale** ai sensi dell'art.6 del D.Lgs. n. 75/2017 e del successivo D.M. 8 maggio 2018, in attuazione della D.G.R. n. 2416 del 21 dicembre 2018.
- **Proposta del nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2018 - 2020.**

- **Nuove linee guida regionali** in materia di appropriatezza e qualità delle prestazioni sanitarie, sia per il pubblico che per il privato accreditato.

Rispetto a tali fonti, la pianificazione della performance aziendale 2019-2021 prevede i seguenti **Obiettivi Generali Strategici**:

- 1) Garanzia della correttezza, trasparenza, efficacia ed efficienza della azione amministrativa aziendale (pre-condizione e requisito necessario per l'intera azione amministrativa).
- 2) Attuazione della programmazione regionale in materia di rete dei servizi, rapporti con gli erogatori accreditati, dotazione di personale, rispetto della tempistica per l'invio dei flussi informativi.
- 3) Utilizzo e sviluppo del sistema di contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, con particolare riferimento all'analisi dei costi e dei consumi.
- 4) Revisione della spesa mediante la eliminazione delle inapproprietezze e la riallocazione delle risorse in direzione delle aree emergenti di bisogno assistenziale.
- 5) Miglioramento della qualità globale da sostenere mediante una politica della formazione aziendale adeguata a sviluppare le competenze professionali del personale, nonché mediante una crescente integrazione reticolare con il sistema della formazione universitaria.
- 6) Potenziamento delle attività di prevenzione a tutela della salute della persona e della comunità, con particolare attenzione alle relazioni tra salute umana e salute dell'ambiente, anche con particolare riferimento agli screening oncologici.
- 7) Riqualificazione della assistenza ospedaliera, in termini di qualità, sicurezza, equità di accesso alle cure, appropriatezza clinica ed organizzativa, anche mediante un potenziamento della organizzazione dipartimentale.
- 8) Riqualificazione della assistenza territoriale, in termini di adeguamento della rete secondo criteri di appropriatezza, di equità di accesso ai fini dell'abbattimento delle liste di attesa, di potenziamento delle cure intermedie e domiciliare secondo i modelli organizzativi regionali, di capacità di presa in carico della cronicità e della fragilità ad ogni livello del bisogno sanitario, socio-sanitario, socio-assistenziale .
- 9) Rispetto dei tetti spesa per acquisto farmaci, dispositivi medici, protesi e dei costi per il personale dipendente e degli specialisti ambulatoriali.
- 10) Monitoraggio e rispetto degli accordi di programma per l'utilizzo dei fondi comunitari e delle risorse ex articolo 20 della L.n. legge 87/1988.

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

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

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

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

Con D.G.R. n. 2198 del 28 dicembre 2016 la Regione Puglia ha introdotto il sistema di valutazione delle performance del M.E.S. (Laboratorio Management & Sanità) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa come strumento per la programmazione sanitaria regionale (PSR) e la valutazione del management aziendale, indicando le macro-aree strategiche, gli obiettivi e gli indicatori a cui le linee strategiche aziendali devono uniformarsi.

Il piano operativo che si sviluppa, tenuto conto delle attuali linee programmatiche regionali, è integrato dagli obiettivi previsti dal Piano Nazionale Esiti (P.N.E.) e dagli obiettivi che questa Direzione Strategica considera importanti per la "governance" dell'Azienda e che tengono conto delle specificità della nostra realtà.

Le seguenti macroaree strategiche sulle base delle quali è orientata l'azione di governo aziendale, sono rappresentate nell'albero della performance, nelle more dell'aggiornamento del

Piano Operativo Regionale che assegna alle Aziende Sanitarie Locali gli obiettivi gestionali e di performance per il triennio 2019-2021:

MACRO-AREA	OBIETTIVO
CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA (15%)	Riduzione tassi di ospedalizzazione per residenti
	Degenza media per acuti in R.O. entro standard ministeriali
	Riorganizzazione rete ospedaliera
	Riorganizzazione rete emergenza-urgenza
	Riorganizzazione percorso nascita
	Implementazione delle reti cliniche regionali (Oncologia, Ematologia, Parkinson, Anatomia Patologica, Patologia Clinica, Medicina Trasmfusionale, Nefrologia e Dialisi, Radiologia Interventistica, ecc.) e di quelle tempo - dipendenti
APPROPRIATEZZA E QUALITA' (15%)	Miglioramento appropriatezza chirurgica
	Miglioramento appropriatezza medica
	Riduzione ricoveri ospedalieri con abbattimenti tariffari LEA
	Miglioramento qualità e appropriatezza area materno-infantile
	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza
	Miglioramento qualità e appropriatezza area oncologica
	Riduzione mobilità passiva
	Miglioramento complessità della casistica trattata
	Implementazione attività trasversali e coordinate in ambito del Governo Clinico e Qualità, Rischio Clinico, UVARP, Statistica ed Epidemiologia e Direzioni di Presidio
	Miglioramento della qualità globale mediante una politica della formazione aziendale adeguata a sviluppare le competenze professionali del personale
ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE (15%)	Miglioramento qualità di processo
	Miglioramento qualità percepita
	Riduzione tasso di ospedalizzazione patologie cronico-degenerative
	Implementazione attività Presidi Territoriali di Assistenza (P.T.A.)
PREVENZIONE (20%)	Potenziamento assistenza domiciliare
	Potenziamento dell'offerta nell'ambito della salute mentale
	Potenziamento copertura vaccinale
ASSISTENZA FARMACEUTICA (20%)	Attuazione Piano Regionale della Prevenzione
	Potenziamento screening oncologici (mammografico, cervice uterina, colon retto)
ASSISTENZA FARMACEUTICA (20%)	Potenziamento copertura vaccinale
	Monitorare e incentivare la prescrizione di molecole a brevetto scaduto o a costo inferiore, potenziamento monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva da parte dei medici ospedalieri, degli specialisti ambulatoriali, dei M.M.G. e dei pediatri di libera scelta ai fini del contenimento della spesa farmaceutica
ASSISTENZA FARMACEUTICA (20%)	Pieno utilizzo del sistema informativo regionale Edotto per la redazione dei Piani Terapeutici e delle prescrizioni farmaceutiche territoriali ed ospedaliere

	Utilizzo dei registri di monitoraggio AIFA
	Riduzione dei consumi dei Sartani con copertura brevettuale
	Contenimento del numero dei nuovi pazienti (naive e switch) posti in trattamento con farmaci anticoagulanti orali (NAO)
	Adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso
	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche
	Riduzione del consumo di antibiotici in età pediatrica
	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto
	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale
	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA
	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico
SANITA' DIGITALE (5%)	Implementazione del piano triennale 2018 – 2020 di Sanità Digitale della Regione Puglia
	Implementazione utilizzo del sistema informativo regionale CUP Edotto per la gestione delle liste di attesa relative ai ricoveri ed alle prestazioni ambulatoriali
	Diffusione dei servizi online sul portale regionale della salute
	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata
	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi
	Definizione del nuovo Atto Aziendale
ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA (7%)	Miglioramento efficienza operativa ASL attraverso riduzione dello scostamento tra costi e ricavi
	Riduzione Tempi di Pagamento dei fornitori
	Realizzazione del Piano degli investimenti ed aggiornamento delle gare
	Utilizzo dei finanziamenti FESR oppure di altra provenienza
	Pianificazione dei fabbisogni del personale per livelli di assistenza
	Potenziamento del sistema integrato della sicurezza sul lavoro
	Revisione sistematica delle procedure interne amministrative (governance aziendale) al fine di garantire l'ottimizzazione dei processi nel rispetto dei principi di trasparenza e di equità
	Deflazionamento del contenzioso
	Revisione ed adozione del regolamento aziendale per esercizio dell'attività libero professionale intramoenia
	Accordi contrattuali con le strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate (strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ed in regime ambulatoriale; RSA; RSSA)
	Attivazione procedure per convenzione assistenziale con Università di Bari e/o di Foggia per clinicizzazione di attività ospedaliere
	Progetti di ricerca
RICERCA E SPERIMENTAZIONE CLINICA E GESTIONALE DELL'ASSISTENZA (3%)	

4.2 Dagli Obiettivi Generali agli Obiettivi Specifici

Nella costruzione del Piano della Performance sono state individuate cinque diverse **Aree strategiche di attività**:

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

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

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

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

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

La definizione degli obiettivi specifici e delle azioni operative 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 generali ai sensi dell'art. 5 del Decreto Legislativo n.150/2009 devono essere:

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della Collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'Amministrazione;
- specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- riferibili ad un arco temporale determinato;
- commisurati ai valori di riferimento derivanti da *standard* definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con Amministrazioni omologhe;
- confrontabili con le tendenze della produttività dell'Amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

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

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

Il monitoraggio degli obiettivi operativi e delle azioni inseriti nel Piano della Performance, consentirà alla Direzione aziendale di verificare 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.

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

5. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

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

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

In tal senso il bilancio pluriennale di previsione per gli anni 2019 – 2021, adottato con deliberazione aziendale n. 2220 del 28 dicembre 2018, ha tenuto conto delle prodromiche attività di valutazione e di coerenza, rispetto alle specifiche indicazioni regionali a tale riguardo. Ulteriori elementi di analisi sono riportati nella deliberazione aziendale n. 2011 del 29 novembre 2018 con cui è stato approvato il bilancio di previsione 2019.

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

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

5.2 Azioni per il miglioramento del Ciclo della Gestione delle Performance

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

- Promozione della cultura aziendale della partecipazione e del coinvolgimento del personale nella definizione degli obiettivi e nell'individuazione del contributo atteso delle strutture e dei singoli professionisti;

- Formazione dei valutatori per la gestione dei colloqui di valutazione e del feedback, l'individuazione di azioni di miglioramento e sviluppo dei collaboratori, gestione del conflitto;
- Miglioramento dell'integrazione del ciclo della performance organizzativa e della performance individuale;
- Adozione di un adeguato sistema informativo direzionale a supporto del CdP, tale da permettere la definizione del contributo atteso agli obiettivi organizzativi e degli obiettivi individuali, nonché la valutazione a fine esercizio. La piattaforma software dovrà prevedere il necessario livello di integrazione con il sistema premiante aziendale e permettere la storicizzazione delle valutazioni che alimentano il fascicolo individuale del professionista;
- Miglioramento delle scadenze temporali riguardanti le diverse fasi operative collegate alla performance (definizione budget annuale aziendale; fase di istruttoria, negoziazione e formalizzazione schede di budget per le diverse unità operative ed articolazioni funzionali; audit interni al fine di rendere partecipe il personale interessato; monitoraggio e rendicontazione finale delle attività svolte).

5.3 Collegamento Trasparenza e Integrità

L'art.10, comma 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 nell'aggiornamento del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e del Programma per la Trasparenza per il triennio 2019-2021 sono recepiti nell'ambito del Piano della Performance, assicurando il necessario collegamento con lo stesso.

In particolare il predetto piano ha declinato i seguenti obiettivi:

- a) Implementazione delle attività formative dei dipendenti, partendo da quelle proprie delle aree a rischio corruttivo e continuando con tutti gli altri, anche tramite attività di impulso e supporto alle varie strutture aziendali ed emanazioni di circolari e direttive al fine di fornire eventuali chiarimenti sulla normativa in materia di anticorruzione e trasparenza;

- b) Rafforzamento dell'attività del RPCT e previsione di attività di vigilanza, controllo e monitoraggio dell'attività amministrativa che renda effettiva la prevenzione dei fenomeni corruttivi e l'attuazione della normativa in materia di corruzione e trasparenza;
- c) Implementazione dell'informatizzazione e digitalizzazione, anche ai fini della maggiore trasparenza e rispetto dei tempi del procedimento ai sensi dell'art.1, comma 28, della L. n. 190/2012;
- d) Garanzia in materia di trasparenza della massima accessibilità a dati anche non oggetto di pubblicazione, attraverso una attività progressiva anno per anno, accertabile attraverso il regime di reportistica infrannuale;
- e) Attuazione della misura della rotazione dei dipendenti anche attraverso la individuazione di criteri per garantirne l'effettività nei confronti del personale della dirigenza e del comparto e di percorsi formativi;
- f) Revisione ed aggiornamento dei Regolamenti aziendali finalizzati a neutralizzare l'insorgere di fenomeni corruttivi, con specifico riferimento al codice di comportamento ed al regolamento disciplinante le autorizzazioni allo svolgimento di attività extra istituzionali dei dipendenti.

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.

5.4 Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance

In coerenza con il D.Lgs. n. n. 74/2017, di modifica del D.Lgs. n. 150/2009, l'oggetto del Sistema è la performance, inteso come il contributo che ciascun soggetto (singolo individuo, organizzazione) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'ASL e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali la stessa è stata costituita, esso è monitorato attraverso il Sistema di Misurazione della Performance.

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

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

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

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

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

La formalizzazione del 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; rientra quindi 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.A.C.), è svolta:

- dagli **Organismi Indipendenti di Valutazione** (O.I.V.), cui compete la misurazione e valutazione della performance di ciascuna struttura funzionale nel suo complesso (*performance organizzativa*);
- dai **Dirigenti** dell'Azienda (*performance individuale*).

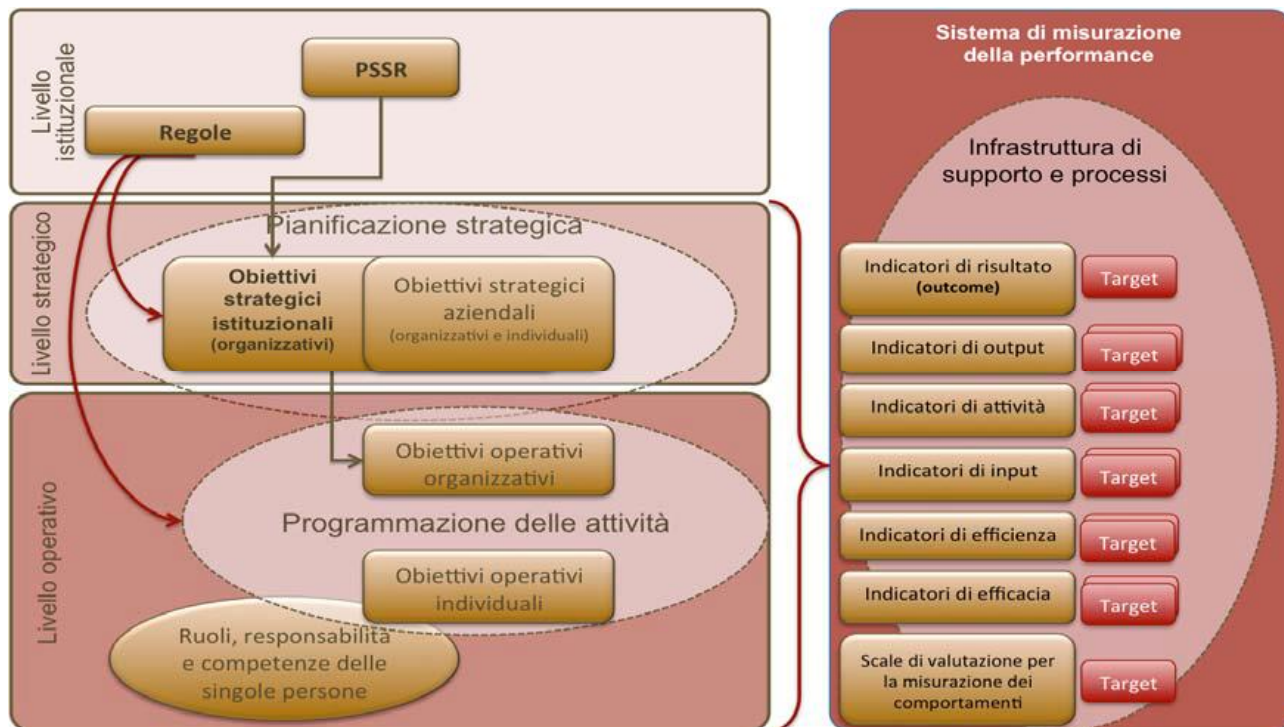
Per quanto concerne i principi generali di riferimento, l'articolo 3 del D.Lgs. 150/09 ne elenca molteplici, fortemente integrati tra di loro. Nel primo comma si fa riferimento al ruolo che la misurazione e valutazione della performance ha nel processo di miglioramento della qualità dei servizi offerti 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:



Indicatore

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

L'indicatore deve possedere alcune caratteristiche fondamentali:

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

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

Target

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

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

Infrastruttura di supporto

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

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

Processo

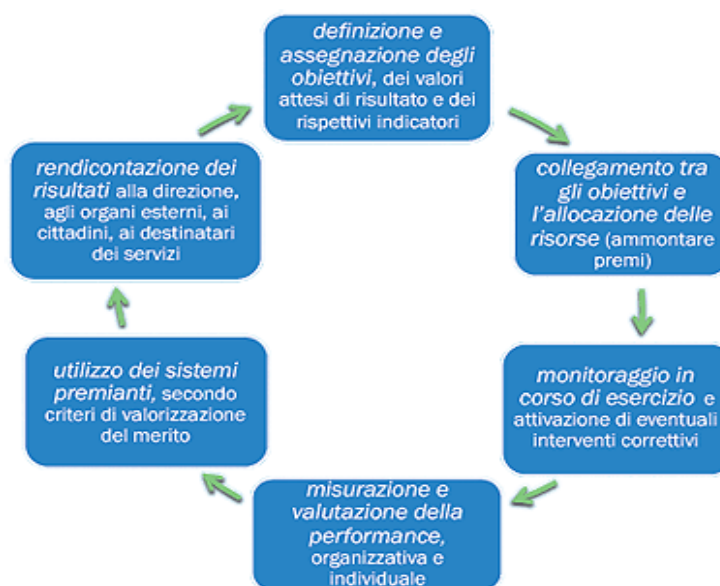
Il processo di misurazione e valutazione si svolge secondo uno schema logico-temporale, il ***ciclo di gestione della performance***, che prevede la successione di momenti distinti caratterizzati da attività e dalla partecipazione di soggetti diversi:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- 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".



5.5 La Valutazione della Performance Organizzativa ed Individuale

Ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs n.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 attesi (volumi ed esiti).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La relazione finale annuale dei risultati di performance organizzativa conseguita da tutte le articolazioni organizzative aziendali è deliberata, entro il termine individuato dalla normativa vigente, dal Direttore Generale e successivamente trasmessa all'O.I.V. che, ai sensi dell'art.14, comma 6, del D.Lgs. n.150/2009, così come modificato dal D.L.gs. n. 74/2017, è chiamato a validare la Relazione sulla Performance.

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 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.

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.

Qualora, 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.

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

La valutazione della performance organizzativa ed individuale costituisce "conditio sine qua non" per il conseguimento della retribuzione di risultato, tenuto conto delle fasce di performance definite nel vigente sistema di misurazione e valutazione della performance (Si.Mi.Va.P.) di cui alle deliberazioni aziendali n. 1070/2015 e n. 1093/2017.