



PIANO DELLA PERFORMANCE AZIENDA SANITARIA LOCALE BT Anni 2020 – 2022

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

(approvato con deliberazione n. _____ del 31 gennaio 2020)

Indice

PRESENTAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE	3
1 SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDERS ESTERNI.....	6
1.1 Il Contesto Nazionale	6
1.2 Il Contesto Regionale	7
1.3 Chi siamo	8
1.4 Cosa facciamo	11
1.5 Come operiamo	13
2 ANALISI DEL CONTESTO	18
2.1 Analisi del contesto interno	18
2.2 Analisi del contesto esterno	22
2.3 Il rapporto con gli Stakeholder	24
3. L'ASL BT IN CIFRE - DATI ATTIVITA'.....	26
3.1 Rete Ospedaliera ed Ambulatoriale	26
3.2 Attività Sanitaria Ambulatoriale	31
3.3 L'assistenza Collettiva.....	37
4. OBIETTIVI GENERALI.....	42
4.1 Obiettivi Generali - Piano della Performance – Ciclo di Budget ASL BT 2019-2021	42
4.2 Dagli Obiettivi Generali agli Obiettivi Specifici.....	55
5. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO	58
5.1 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio	Errore. Il segnalibro non è definito.
5.2 Azioni per il miglioramento del Ciclo della Gestione delle Performance	Errore. Il segnalibro non è definito.
5.3 Collegamento Trasparenza e Integrità	Errore. Il segnalibro non è definito.
5.4 Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance	61

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 ed i relativi indicatori.

L'Azienda, pertanto, intende far proprio il dettato normativo avviando un percorso innovativo anche rispetto alle indicazioni e contenuti forniti inizialmente dalla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT) con la *delibera 28 Ottobre 2010 n. 112*, nonché dall'ANAC (Autorità Nazionale Anticorruzione), e successivamente dalle Linee Guida del 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 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 2020-2022 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. 2437 del 30 dicembre 2019, 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, 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.

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 ss.mm.ii., e di quelle contenute nelle Linee Guida n. 1/2017 del Dipartimento della Funzione Pubblica, 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 e ss.mm.ii., che evidenzia a consuntivo e con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali conseguiti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse disponibili, con la rilevazione degli eventuali scostamenti ed il bilancio di genere realizzato.

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 dall'approvazione del Patto per la Salute 2019-2021 di cui al repertorio atti n. 209/CSR del 18 dicembre 2019 della Conferenza Stato – Regioni, dal Nuovo sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria di cui al Decreto Ministero della Salute del 12 marzo 2019 e dalle norme previste dalla legge 27 dicembre 2019, n. 160 (Legge di Bilancio 2020) contenente misure per fronteggiare la grave carenza di personale e superare il precariato, nonché per garantire la continuità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

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

L'azienda ha ritenuto fondamentali le azioni richieste dal Dipartimento Promozione della Salute della Regione Puglia ai fini dell'attuazione della programmazione regionale del S.S.R. per l'anno 2020 e delle connesse attività relative al vigente Piano Operativo 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 e protesica, in coerenza con i tetti di spesa stabiliti.

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

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

La Regione Puglia, inoltre, con Regolamento n. 23/2019 ha aggiornato i criteri di riordino della rete ospedaliera e con Regolamento Regionale n. 7/2019 ha definito il modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza/Presidi Post Acuzie.

Con tali provvedimenti la Regione Puglia ha sostanzialmente inteso:

- classificare le strutture ospedaliere in P.O. di base, di I livello e di II livello, secondo gli standard fissati in merito alla distribuzione delle specialità per bacini di popolazione, quindi secondo criteri di carattere epidemiologico e di accessibilità alle cure per la popolazione;
- implementare l'organizzazione della rete ospedaliera applicando il modello hub e spoke alle reti assistenziali per patologia, tra le quali soprattutto infarto del miocardio, ictus, trauma, emergenza 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, a seguito della riorganizzazione effettuata con deliberazione n. 271/2016 e successive, si è data una organizzazione di tipo dipartimentale nell'ambito della cornice delineata dalla DGR 879/2015, in cui, ai Dipartimenti Strutturali si affiancano Dipartimenti "trasversali", con la



missione di assicurare appropriatezza organizzativa ed appropriatezza clinica dei percorsi di presa in carico, cura ed assistenza.

La nuova struttura dipartimentale è pertanto organizzata nei seguenti Dipartimenti:

- Dipartimento Direzioni Ospedaliere
- Dipartimento Distretti Socio Sanitari
- Dipartimento Medico Specialistico
- Dipartimento Cardiologico
- Dipartimento Oncologico
- Dipartimento Chirurgico – Traumatologico
- Dipartimento Neuropsicofisiologico e Malattie dell'Apparato Respiratorio
- Dipartimento Materno Infantile
- Dipartimento Immagini e Diagnostica
- Dipartimento Area Intensiva e delle Emergenze
- Dipartimento Emo-Trasfusionale
- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento Farmaceutico
- Dipartimento della Riabilitazione
- Dipartimento Salute Mentale
- Dipartimento Dipendenze Patologiche
- Dipartimento Direzionale
- Dipartimento dei Servizi Tecnici

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**.

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 DI CONTESTO

Dimensione strategica della ASL BT

Per poter definire il piano della performance aziendale 2020-2022, 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 **Dipartimenti strutturali e Dipartimenti di natura "trasversale"**.

Al fine di fornire una più completa rappresentazione dell'Azienda, si riportano nella seguente tabella, i dati relativi alla consistenza del **personale** dell'ASL BT alla data del 31/12/2019.

	Totale Dipendenti al 31/12/2019
RUOLO AMMINISTRATIVO-Comparto	280
RUOLO AMMINISTRATIVO-Dirigenza	27
RUOLO PROFESSIONALE-Comparto	4
RUOLO PROFESSIONALE-Dirigenza	4
RUOLO SANITARIO-Comparto	1844
RUOLO SANITARIO-Dirigenza	806
RUOLO TECNICO-Comparto	641
RUOLO TECNICO-Dirigenza	2
	3608

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 2020 e quelli relativi al "Pre-consuntivo 2019".

		A	B	C=A-B	
		Bilancio Economico Preventivo 2020	Preconsuntivo 2019	Val. Ass.	Var. %
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	715.360.793	693.613.757	21.747.036	3,04
	B) Costi della produzione				
BA0010	B.1) Acquisti di beni	103.737.881	115.379.365	-11.641.484	-11,22
BA0390	B.2) Acquisti di servizi	376.025.307	376.350.335	-325.028	-0,09
BA1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria externalizzata)	5.911.906	6.158.792	-246.886	-4,18
BA1990	B.4) Godimento di beni di terzi	3.070.337	3.145.370	-75.033	-2,44
BA2080	Totale Costo del personale	190.687.848	187.331.454	3.356.394	1,76
BA2500	B.9) Oneri diversi di gestione	2.761.435	3.971.632	-1.210.197	-43,82
BA2560	Totale Ammortamenti	10.129.536	8.263.648	1.865.888	18,42
BA2630	B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	0	0	0	0,00
BA2660	B.13) Variazione delle rimanenze	0	144.580	-144.580	0,00
BA2690	B.14) Accantonamenti dell'esercizio	9.326.002	7.051.282	2.274.720	24,39
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	701.650.254	707.796.456	-6.146.202	-0,88
				0	0,00
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	-83.457	206.484	-289.941	347,41
DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0	0	0	0,00
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	0	-2.008.160	2.008.160	0,00
XA0000	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	13.627.082	-15.984.375	29.611.457	217,30
YZ9999	Totale imposte e tasse (Y)	13.626.895	14.098.505	-471.610	-3,46
ZZ9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	187	-30.082.880	30.083.067	

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. 23/2019 prevede che l'attività assistenziale ospedaliera per acuti venga svolta presso i seguenti Presidi Ospedalieri a gestione diretta per un totale di n. 735 posti letto afferenti alla rete pubblica:

Presidio/Plesso Ospedaliero	Classificazione D.M. 70/2015	Totale Dotazione P.L.	Totale P.L. utilizzati 2019 (*)
Andria	Ospedale I Livello	218 posti letto	144 posti letto
Canosa di Puglia	Plesso Post Acuzie	60 posti letto	24 posti letto
Barletta	Ospedale I livello	283 posti letto	235 posti letto
Bisceglie	Ospedale di Base	174 posti letto	135 posti letto

(*) dati provvisori pre-consuntivo 2019.

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. 1666 del 23 settembre 2019 sono state avviate le necessarie attività propedeutiche di progettazione dei lavori per la realizzazione del Nuovo Ospedale di Andria, quale Ospedale di II livello, con una dotazione complessiva di 400 posti letto.

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

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 01.01.2019 ammonta a **390.011 residenti**, di cui **192.772** maschi e **197.239** femmine.

Codice Comune	Comuni	Totale Maschi	Totale Femmine	Maschi + Femmine
110001	Andria	49.266	50.405	99.671
110002	Barletta	46.871	47.693	94.564
110003	Bisceglie	27.423	27.828	55.251
110004	Canosa di Puglia	14.595	15.062	29.657
110005	Margherita di Savoia	5.724	5.984	11.708
110006	Minervino Murge	4.301	4.418	8.719
110007	San Ferdinando di Puglia	6.828	6.886	13.714
110008	Spinazzola	3.044	3.321	6.365
110009	Trani	27.652	28.199	55.851
110010	Trinitapoli	7.068	7.443	14.511
	TOTALE	192.772	197.239	390.011

Popolazione ISTAT al 01 gennaio 2019 suddivisa per Distretto e Fasce di età						
Età	DSS1	DSS2	DSS3	DSS4	DSS5	TOTALE ASL
0-4	1.687	4.184	1.540	3.945	4.559	15.915
5-14	3.937	10.581	4.056	9.535	10.749	38.858
15-44	14.876	39.059	15.964	35.876	40.659	146.434
45-64	11.180	28.126	13.231	27.298	33.446	113.281
64-74	4.211	9.472	5.111	9.524	11.565	39.883
75 e oltre	4.042	8.249	4.839	8.386	10.124	35.640
Totale	39.933	99.671	44.741	94.564	111.102	390.011

Percentuale Popolazione ISTAT al 1 gennaio 2019 suddivisa per Distretto e Fasce di età						
Età	DSS1	DSS2	DSS3	DSS4	DSS5	TOTALE ASL
0-4	0,43%	1,07%	0,39%	1,01%	1,17%	4,08%
5-14	1,01%	2,71%	1,04%	2,44%	2,76%	9,96%
15-44	3,81%	10,01%	4,09%	9,20%	10,43%	37,55%
45-64	2,87%	7,21%	3,39%	7,00%	8,58%	29,05%
64-74	1,08%	2,43%	1,31%	2,44%	2,97%	10,23%
75 e oltre	1,04%	2,12%	1,24%	2,15%	2,60%	9,14%
Totale	10,24%	25,56%	11,47%	24,25%	28,49%	100,00%

Anno	0-4	5-14	15-44	45-64	64-74	75 e oltre	Totale
2010	20.256	45.173	166.590	97.744	32.991	28.752	391.506
2011	19.995	44.887	165.159	99.789	33.377	29.656	392.863
2012	19.389	44.440	162.010	101.503	34.625	29.803	391.770
2013	18.729	43.994	160.236	103.279	35.504	30.704	392.446
2014	18.144	43.591	158.417	105.073	36.853	31.691	393.769
2015	17.684	42.888	156.522	106.998	37.596	32.699	394.387
2016	16.936	42.006	154.245	108.558	38.057	33.732	393.534
2017	16.486	41.136	151.340	110.256	38.854	34.474	392.546
2018	16.207	39.984	148.872	111.809	39.260	35.092	391.224
2019	15.915	38.858	146.434	113.281	39.883	35.640	390.011

La tabella 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 e 2018.

Di seguito si riportano i principali dati di attività relativi al 2018, concernenti l'assistenza ospedaliera, confrontati con quelli dell'esercizio 2017. I dati non includono quelli dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, evidenziati nel paragrafo dedicato al Dipartimento di Salute Mentale.

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

Anno 2018

Presidio	Posti letto (*)	Ricoveri ordinari	gg. degenza	Degenza media	% utilizzo p.l.	Peso medio
P.O. Andria (Presidio Canosa)	37,0	988	9.096	9,2	67,4	1,06
P.O. Andria	136,0	8.093	47.736	5,9	96,2	1,23
P.O. B./T. (osp. di Bisceglie)	95,0	4.911	27.668	5,6	79,8	0,90
P.O. B./T. (osp. di Trani)	40,7	1.232	12.728	10,3	85,7	1,02
P.O. Barletta	191,0	11.074	68.021	6,1	97,6	0,94
TOTALI	499,7	26.298	165.249	6,3	90,6	1,03

Anno 2017

Presidio	Posti letto (*)	Ricoveri ordinari	gg. degenza	Degenza media	% utilizzo p.l.	Peso medio
P.O. Andria (Presidio Canosa)	37,5	1.139	10.805	9,5	78,9	1,01
P.O. Andria	136,0	8.303	48.228	5,8	97,2	1,19
P.O. B./T. (osp. di Bisceglie)	98,0	5.264	28.658	5,4	80,1	0,87
P.O. B./T. (osp. di Trani)	42,0	1.387	14.527	10,5	94,8	1,05
P.O. Barletta	190,7	11.641	69.591	6,0	100,0	0,92
TOTALI	504,2	27.734	171.809	6,2	93,4	1,00

Differenza 2018 vs. 2017

Presidio	Posti letto (*)	Ricoveri ordinari	gg. degenza	Degenza media	% utilizzo p.l.	Peso medio
P.O. Andria (Presidio Canosa)	-0,5	-151	-1.709	-0,3	-11,6	0,06
P.O. Andria	0,0	-210	-492	0,1	-1,0	0,04
P.O. B./T. (osp. di Bisceglie)	-3,0	-353	-990	0,2	-0,3	0,03
P.O. B./T. (osp. di Trani)	-1,3	-155	-1.799	-0,1	-9,1	-0,03
P.O. Barletta	0,3	-567	-1.570	0,2	-2,4	0,02
TOTALI	-4,5	-1.436	-6.560	0,1	-2,8	0,03

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

Anno 2018

Presidio	Posti letto	Ricoveri d.h.	Accessi	Accessi medi	Peso medio
P.O. Andria (Presidio Canosa)	2	8	31	3,9	1,26
P.O. Andria	6	251	539	2,1	0,49
P.O. B./T. (osp. di Bisceglie)	7	316	638	2,0	0,82
P.O. B./T. (osp. di Trani)	2	186	518	2,8	0,99
P.O. Barletta	19	1.315	2.803	2,1	0,72
TOTALI	36	2.076	4.529	2,2	0,73

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

Differenza 2018 vs. 2017

Presidio	Posti letto	Ricoveri d.h.	Accessi	Accessi medi	Peso medio
P.O. Andria (Presidio Canosa)	0	-94	-463	-1,0	0,24
P.O. Andria	-5	-86	-83	0,3	-0,06
P.O. B./T. (osp. di Bisceglie)	-1	-118	-320	-0,2	-0,10
P.O. B./T. (osp. di Trani)	1	-31	-77	0,0	0,05
P.O. Barletta	0	-283	-1.298	-0,4	-0,04
TOTALI	-5	-612	-2.241	-0,3	-0,05

tabella di sintesi:

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ricov. ord.	39.758	37.391	35.619	33.346	30.387	29.909	28.732	27.734	26.298
Ricov. diurni	14.217	12.754	12.398	8.451	5.394	2.836	2.336	2.688	2.076
Totale	53.975	50.145	48.017	41.797	35.781	32.745	31.068	32.439	28.374

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.

Flussi di mobilità ospedaliera regionale 2018 (Valori in €/000)

Discipline con mobilità > di 1 milione di euro

MOBILITA' PASSIVA ANNO 2018	ASL BT			PROVENIENZA ASSISTITI					DESTINAZIONE					
	Totale Mobilt à Passiv a Region	Totale Mobilt à Passiva Extra Region	Totale	DSS 1	DSS 2	DSS 3	DSS 4	DSS 5	Italia - Centro	Italia - Nord	Italia - Sud	Puglia - AOU/IR CCS	Puglia - Presidi Ospeda lieri ASL	Puglia - Privato Accredi tato
36 - ortopedia e traumatologia	5.358	5.692	11.050	1.525	2.390	1.534	2.298	3.302	1.270	3.816	606	642	649	4.066
09 - chirurgia generale	6.965	2.886	9.851	1.528	1.924	1.462	2.096	2.841	784	1.669	433	3.448	774	2.743
07 - cardiocirurgia	7.002	923	7.925	1.035	2.169	767	1.837	2.118	60	597	265	649	0	6.354
08 - cardiologia	6.134	1.446	7.580	1.338	1.486	891	1.549	2.316	75	992	378	740	1.037	4.356
43 - urologia	4.286	520	4.807	885	778	695	1.174	1.275	118	316	86	1.720	1.535	1.031
56 - recupero e riabilitazione funzionale	2.542	1.564	4.106	512	1.157	656	834	947	385	1.022	157	1.413	56	1.074
37 - ostetricia e ginecologia	3.478	529	4.007	455	778	648	903	1.224	112	257	160	1.204	1.134	1.140
30 - neurochirurgia	3.020	864	3.884	452	935	600	865	1.032	147	598	118	696	85	2.239
18 - ematologia	2.212	629	2.841	658	661	425	693	403	275	184	169	518	379	1.314
14 - chirurgia vascolare	2.470	209	2.679	272	623	308	643	833	16	148	45	307	271	1.892
26 - medicina generale	1.882	554	2.436	772	393	399	390	482	109	410	34	303	847	732
13 - chirurgia toracica	2.136	284	2.420	233	542	306	615	723	55	182	47	1.482	9	645
49 - terapia intensiva	2.036	74	2.110	322	540	149	436	664	10	62	2	773	210	1.054
64 - oncologia	1.007	846	1.853	319	539	335	311	349	236	417	193	223	0	785
62 - neonatologia	1.603	19	1.622	198	414	118	454	438	1	17	1	1.165	196	242
39 - pediatria	1.051	281	1.332	256	344	198	259	275	48	221	12	278	562	210
38 - otorinolaringoiatria	1.035	248	1.283	143	287	131	328	395	86	132	30	330	232	474
58 - gastroenterologia	990	152	1.142	248	295	114	206	279	21	130	0	214	27	749
32 - neurologia	777	293	1.071	175	237	101	263	294	70	195	29	409	55	313
12 - chirurgia plastica	832	225	1.057	137	213	234	182	290	99	42	84	635	94	102
68 - pneumologia	874	181	1.055	117	334	146	184	274	100	32	49	479	281	114

Di seguito si riportano i principali dati informativi elaborati per il preconsuntivo 2019, non ancora consolidati, relativi ai Dipartimenti aziendali:

DIPARTIMENTO AREA INTENSIVA E DELLE EMERGENZE

AREA DELLA PRODUZIONE		2019	2018
Indicatori			
Indice di complessità (case-mix)		3,41	3,54
N. Ricoveri con DRG "inappropriato" / N. Ricoveri con DRG non "inappropriato" (Edotto - SDO-G211) Valore Normale = <0,21	n.ro	0,02	0,06
Degenza media pre-operatoria (Edotto- SDO-G116)	%	3,3	3,1
Abbandoni da Pronto Soccorso	%	6,0	6,9
AREA DEI CONSUMI			
Indicatori			
Consumi mat. sanit. / Valore Produzione (Ricoveri Ord. +Dh+Ambulatoriale Esterna)	€uro	0,9	0,9
Consumi mat. sanit. / Prestaz. amb.li esterne "equivalenti"	€uro	64	61

DIPARTIMENTO CARDIOLOGICO

AREA DELLA PRODUZIONE		2019	2018
Indicatori			
Indice di complessità (case-mix)		1,30	1,30
N. Ricoveri con DRG "inappropriato" / N. Ricoveri con DRG non "inappropriato" (Edotto - SDO-G211) Valore Normale = <0,21	n.ro	0,05	0,06
Degenza media pre-operatoria (Edotto- SDO-G116)	%	1,9	1,9
AREA DEI CONSUMI			
Indicatori			
Consumi mat. sanit. / Valore Produzione (Ricoveri Ord. +Dh+Ambulatoriale Esterna)	€uro	0,4	0,4
Consumi mat. sanit. / Prestaz. amb.li esterne "equivalenti"	€uro	26	26

DIPARTIMENTO CHIRURGICO TRAUMATOLOGICO

AREA DELLA PRODUZIONE		2019	2018
Indicatori			
Indice di complessità (case-mix)		1,37	1,39
N. Ricoveri con DRG "inappropriato" / N. Ricoveri con DRG non "inappropriato" (Edotto - SDO-G211) Valore Normale = <0,21	n.ro	0,24	0,25
Degenza media pre-operatoria (Edotto- SDO-G116)	%	2,6	3,4
fratture del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione (Edotto - SDO-G122)	%	76,5	71,0
Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (LEA.19) (Edotto - SDO-G214) Valore Normale =>60%	%	79,5	74,8
AREA DEI CONSUMI			
Indicatori			
Consumi mat. sanit. / Valore Produzione (Ricoveri Ord. +Dh+Ambulatoriale Esterna)	€uro	0,2	0,2
Consumi mat. sanit. / Prestaz. amb.li esterne "equivalenti"	€uro	10	11

DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE

		2019	2018
AREA DELLA PRODUZIONE			
Indicatori			
Indice di complessità (case-mix)		0,43	0,44
N. Ricoveri con DRG "inappropriato" / N. Ricoveri con DRG non "inappropriato" (Edotto - SDO-G211) Valore Normale = <0,21	n.ro	0,07	0,07
Degenza media pre-operatoria (Edotto- SDO-G116)	%	0,8	0,8
% cesarei su totale	%	31,7	37,7
Percentuale parti cesarei primari (LEA.18) (Edotto - SDO-G210)	%	20,6	25,1
AREA DEI CONSUMI			
Indicatori			
Consumi mat. sanit. / Valore Produzione (Ricoveri Ord. +Dh+Ambulatoriale Esterna)	€uro	0,1	0,1
Consumi mat. sanit. / Prestaz. amb.li esterne "equivalenti"	€uro	4	7

DIPARTIMENTO MEDICO-SPECIALISTICO

		2019	2018
AREA DELLA PRODUZIONE			
Indicatori			
Indice di complessità (case-mix)		1,15	1,14
N. Ricoveri con DRG "inappropriato" / N. Ricoveri con DRG non "inappropriato" (Edotto - SDO-G211) Valore Normale = <0,21	n.ro	0,05	0,06
AREA DEI CONSUMI			
Indicatori			
Consumi mat. sanit. / Valore Produzione (Ricoveri Ord. +Dh+Ambulatoriale Esterna)	€uro	0,2	0,2
Consumi mat. sanit. / Prestaz. amb.li esterne "equivalenti"	€uro	3	3

DIPARTIMENTO NEUROSENSORIALE E DELL'APPARATO RESPIRATORIO

		2019	2018
AREA DELLA PRODUZIONE			
Indicatori			
Indice di complessità (case-mix)		1,09	1,10
N. Ricoveri con DRG "inappropriato" / N. Ricoveri con DRG non "inappropriato" (Edotto - SDO-G211) Valore Normale = <0,21	n.ro	0,31	0,29
Degenza media pre-operatoria (Edotto- SDO-G116)	%	1,0	0,97
AREA DEI CONSUMI			
Indicatori			
Consumi mat. sanit. / Valore Produzione (Ricoveri Ord. +Dh+Ambulatoriale Esterna)	€uro	0,3	0,3
Consumi mat. sanit. / Prestaz. amb.li esterne "equivalenti"	€uro	5	4

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

		2019	2018
AREA DELLA PRODUZIONE			
Indicatori			
Indice di complessità (case-mix)		1,44	1,51
N. Ricoveri con DRG "inappropriato" / N. Ricoveri con DRG non "inappropriato" (Edotto - SDO-G211) Valore Normale = <0,21	n.ro	0,55	0,67
Degenza media pre-operatoria (Edotto- SDO-G116)	%	2,3	3,0
AREA DEI CONSUMI			
Indicatori			
Consumi mat. sanit. / Valore Produzione (Ricoveri Ord. +Dh+Ambulatoriale Esterna)	€uro	2,4	2,6
Consumi mat. sanit. / Prestaz. amb.li esterne "equivalenti"	€uro	28,1	33

DIPARTIMENTO IMMAGINI E DIAGNOSTICA

		2019	2018
AREA DELLA PRODUZIONE			
Prestazioni ambulatoriali			
Prestaz. amb.li esterne	n.ro	1.350.824	1.302.801
Prestaz. amb.li esterne "equivalenti"	n.ro	3.026.746	2.874.340
Prestaz. amb.li esterne Valore	€	15.618.011	14.831.595
Indicatori			
AREA DEI CONSUMI			
Materiale sanitario		7.927.579	7.801.876
Indicatori			
Consumi mat. sanit. / Valore Produzione (Ricoveri Ord. +Dh+Ambulatoriale Esterna)	€uro	0,5	0,5
Consumi mat. sanit. / Prestaz. amb.li esterne "equivalenti"	€uro	3	3

Peggioramento	Stabile	Miglioramento
0	2	0

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 alternative 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 2018 e 2017 è così riassunta:

Anno 2018

		Canosa	Minerv.	Spinazz.	Andria	Bisceglie	Trani	Barletta	Totale
Fatturato	€/mgl	2.058			9.061	2.831	4.090	16.371	34.411
Prestaz.	N.ro	289.368			377.352	160.260	214.253	685.018	1.726.251
- di cui visite specialistiche	n.ro	5.021			42.871	10.232	14.829	66.659	139.612
- di cui diagn. per immagini	n.ro	17.956			31.432	14.832	26.817	29.519	120.556
- di cui prestaz. di patol. Clinica	n.ro	259.527			265.943	121.315	148.358	500.454	1.295.597
- di cui altre prestazioni	n.ro	6.864			37.106	13.881	24.249	88.386	170.486
Fatturato medio prestaz.	€	7,1			24,0	17,7	19,1	23,9	19,9

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
Fatturato medio prestaz.	€	7,9			22,0	18,1	17,9	23,2	19,4

Differenza 2018 vs. 2017

		Canosa	Minerv.	Spinazz.	Andria	Bisceglie	Trani	Barletta	Totale
Fatturato	€/mgl	19			448	141	257	677	1.541
Prestaz.	N.ro	30.151			-13.804	11.713	103	7.402	35.565
- di cui visite specialistiche	n.ro	-665			-8.884	16	-2.319	-9.104	-20.956
- di cui diagn. per immagini	n.ro	1.633			3.994	1.501	6.626	1.023	14.777
- di cui prestaz. di patol. Clinica	n.ro	31.155			7.218	9.975	9.423	44.589	102.360
- di cui altre prestazioni	n.ro	-1.972			-16.132	221	-13.627	-29.106	-60.616
Fatturato medio prestaz.	€	-0,8			2,0	-0,4	1,2	0,7	0,5

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).

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

Nel 2018 l'organico medio impiegato nei 5 Distretti è stato pari a 401 unità così distribuite:

	Ruolo sanitario			Ruolo prof.le			Ruolo tecnico			Ruolo amm.vo			TOTALE		
	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale
Distretti	63	211	274	0	0	0	0	69	69	3	55	58	66	335	401
D.S.S. 1	7	29	36			0		5	5		7	7	7	41	48
D.S.S. 2	10	31	41			0		12	12		10	10	10	53	63
D.S.S. 3	11	57	68			0		24	24	1	12	13	12	93	105
D.S.S. 4	17	44	61			0		11	11	1	9	10	18	64	82
D.S.S. 5	7	29	36			0		5	5		7	7	7	41	48

I dati relativi alle prestazioni ambulatoriali erogate nel 2018 e nel 2017 dai poliambulatori distrettuali (fonte CUP) sono di seguito riassunti:

Anno 2018

		DSS 1	DSS 2	DSS 3	DSS 4	DSS 5	Totale
Fatturato	€/mgl	948	916	2.702	876	1.259	6.701
Prestaz.	N.ro	51.821	46.420	67.499	50.895	62.799	279.434
- di cui visite specialistiche	n.ro	24.209	30.162	22.175	28.530	31.726	136.802
- di cui diagn. per immagini	n.ro	9.604	4.424	12.052	5.545	12.729	44.354
- di cui prestaz. di patol. Clinica	n.ro	11.419	1.270	12.409	6.628	2.333	34.059
- di cui altre prestazioni	n.ro	6.589	10.564	20.863	10.192	16.011	64.219
Fatturato medio prestaz.	€	18,3	19,7	40,0	17,2	20,0	24,0

Anno 2017

		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
Fatturato medio prestaz.	€	18,3	19,7	40,0	17,2	20,0	24,0

Differenza 2018 vs. 2017

		DSS 1	DSS 2	DSS 3	DSS 4	DSS 5	Totale
Fatturato	€/mgl	39	60	-108	-32	2	-39
Prestaz.	N.ro	1.031	2.062	-27.128	-1.828	-1.784	-27.647
- di cui visite specialistiche	n.ro	2.052	985	-6.331	1.382	-255	-2.167
- di cui diagn. per immagini	n.ro	1.117	824	-1.390	-352	-233	-34
- di cui prestaz. di patol. Clinica	n.ro	-1.309	116	-1.528	-654	-59	-3.434
- di cui altre prestazioni	n.ro	-829	137	-17.879	-2.204	-1.237	-22.012
Fatturato medio prestaz.	€	18,3	19,7	40,0	17,2	20,0	24,0

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 per i Distretti DSS1 e DSS2, mentre si registra una riduzione per i restanti distretti.

Altri dati di attività (fonte: Direzioni di distretto)

Tra gli altri dati di attività disponibili si riepilogano, di seguito, relativamente agli anni 2018 e 2017, 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	2018	2017	2016
Punti	11	11	11
Medici Titolari	69	61	62
Ore Totali	87193	73.499	80.591
Contatti Effettuati	56018	48.028	52.336
Ricoveri Presscritti	701	752	620
Medici con disponibilità domiciliare	71	67	68
Ore di apertura del servizio	58148	59.380	57.060

G: Assistenza Farmaceutica Convenzionata	2018		2017	
	Numero	Importo	Numero	Importo
Ricette di specialità Medicinali e Galenici	4.323.773	54.814.101	4.022.855	57.378.267
Assistenza Integrativa		4.804.069		4.631.315
Ticket e Quote Fisse		12.024.534		11.592.753
Ricette Esenti	3.427.881		3.622.112	

H: Assistenza Domiciliare Integrata 2018			
Casi Trattati	3.487	Utenti in Lista di Attesa	129
di cui anziani	2.415		
di cui malati terminali	564		
Accessi del Personale Medico	22.464	di cui ad anziani	12.296
		di cui a malati terminali	6.967

	Terapisti della Riabilitazione	Infermieri Professionali	Altri Operatori	Totale
Ore di Assistenza Erogata	11.949	42.628	28.266	82.843
di cui ad anziani	9.154	22.664	17.052	48.870
di cui a malati terminali	13	7.132	248	7.393
Accessi degli operatori	14.044	52.546	14.024	80.614
di cui ad anziani	10.900	33.217	9.012	53.129
di cui a malati terminali	18	9.653	175	9.846

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

I: Assistenza Programmata	2018	2017	2016
Numero di Medici	270	257	256
Numero di Autorizzazioni Concesse	6161	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 2018 e nel 2017 dal S.S.R. sono riassunti nella seguente tabella:

Modello RIA 11 Quadro H : Istitui o Centri di Riabilitazione art. 26 della legge 833/78																	
Cod.	Descrizione Patologi	Utenti ass. residenziale			Giornate ass.			Utenti ass.			Giornate ass.			accessi ass.			
		2018	2017	2016	2018	2017	2016	2018	2017	2016	2018	2017	2016	2018	2017	2016	
1	Riabilitazione	155	249	123	6.054	7.380	5.583	113	124	132	24.417	25.444	27.941	27.145	26.192	22.747	
2	Riabilitazione Pneumologica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
3	Riabilitazione Cardiologica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
4	Riabilitazione Motoria	363	374	289	14.125	11.071	13.026	0	0	0	0	0	0	7.111	2.751	7.827	
5	Riabilitazione Psicosensoriale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	292	294	9	
6	Riabilitazione Neuropsichiatria Infantile	0	0	0	0	0	0	50	53	59	10.605	11.405	12.257	40.862	77.195	70.493	
7	Altro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	4.699	
Totale		518	623	412	20.179	18.451	18.609	163	177	191	35.022	36.849	40.198	75.410	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 2018, confrontati con i dati dell'anno precedente, sono riassunti nella tabella che segue:

	D.D.P.			
	2018	2017	2016	2015
Utenti e attività a gestione diretta				
Utenti in regime ambulat.	3.351	2.249	2.564	2.742
Utenti in trattamento domiciliare	0	1	0	1
Trattamenti in regime ambulat. (*) (**))	106.271	221.141	10.787	3.663
Trattamenti in regime domiciliare	0	3	0	2
Utenti strutture convenzionate				
Utenti centri semiresidenziali	1	2	7	5
Utenti centri residenziali	100	126	119	99
Altri dati di attività				
gg di degenza in comunità semiresid.	217	119	1.458	686
gg di degenza in comunità residenziali	20.356	19.502	26.345	16.856

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 2018, confrontati con i dati dell'anno precedente, sono riassunti nella tabella che segue:

	D.S.M.			
	2018	2017	2016	2015
Utenti e attività a gestione diretta				
Utenti in regime ambulat. / domiciliare(1)	6.664	9.164	9.073	8.240
Utenti centri semiresidenziali	55	59	70	70
Utenti centri residenziali (2)	34	38	34	34
Trattamenti in regime ambulat. (3)	70.748	65.540	64.526	66.045
Trattamenti in regime domiciliare	15.772	11.537	17.450	21769
Trattamenti in regime semiresid.	11.254	11.254	12.186	11226
Trattamenti in regime residenziale (4)	10.250	10.250	11079	3929
Utenti strutture convenzionate				
Utenti centri semiresidenziali	42	44	40	40
Utenti centri residenziali (5)	118	121	99	94
Altri dati di attività (6)				
gg di degenza in comunità semiresid.	11.280	10.370	11.015	10309
gg di degenza in comunità residenziali	31.380	20.305	43.524	32059

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:

		2018		2017		2016	2015		
		Bisceglie	Barletta	Bisceglie	Barletta	Bisceglie	Barletta	Bisceglie	Barletta
Posti letto (medi)	n.ro		10	4	10	8	10	8	10
Ricoveri ordinari	n.ro		612	180	525	329	412	391	443
Giornate di deg.	gg		4.562	1.891	4.377	3.530	3.415	3.238	3.768
Deg. media	gg		7,5	10,5	8,3	10,7	8,3	8,3	8,5
Utilizzo p.l.	%		125,0	129,5	119,9	120,9	93,6	110,9	103,2
Case mix			0,00	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 2018, nel 2017 e nel 2016, sono di seguito riportati:

DIP. PREV. (Igiene e Sanità Pubblica)	ANNO 2018	ANNO 2017	ANNO 2016
Certificazioni medico-legali	6.078	11.564	8.693
Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate	193.404	211.506	195.980
Certificati di vaccinazione	52.916	65.011	40.109
Counseling medicina del turismo	2.629	412	427
Indagine epidemiologiche	203	112	311
Notifiche malattie infettive (SIMI)	185	109	168
Idoneità igienico-sanitarie attività sanit. e socio-sanit.	165	181	190
Idoneità scuole private e pubbliche	42	55	47
Idoneità palestre, piscine, centri sportivi e stab. baln.	39	68	67
Idoneità attività artigianali e commerciali	276	333	317
Idoneità parrucchieri, estetiste e tatuatori/piercing	40	55	59
Idoneità alberghi, Bed & Breakfast	56	108	83
Certificazione conformità scarichi e vasche imhoff	57	85	96
Certificati antigieneità ambienti di vita	84	111	137
Numero istanze invalidi civili pervenute	6.584	5.012	4.188
Numero pratiche invalide civili evase	6.535	4.986	3.928
Visite fiscali richieste	488	3.213	5.313
Visite fiscali effettuate	127	928	855
Partecipazione conferenze di servizio	58	83	78
Partecipaz. commiss. pubblico spettacolo...	91	102	90
Inconvenienti igienico-sanitari	243	651	307
Pareri edilizi	141	303	278
Certificazioni necroscopiche (più scheda ISTAT)	1.173	1.515	1.402
Nulla osta sanitario per trasporto salme	21	45	21
Autorizzazione al trasporto salme	11	12	15
Traslezioni ed esumazioni straord. di salme	20	35	27
Conservazione di salme	11	11	14
Autorizzaz. autorimesse e idoneità carri funebri	55	70	74
Attività di vigilanza igienico-sanitaria	231	251	273
Campionamenti vari	3	25	22
Provvedimenti sanzionatori	14	0	0
Rapporti con AA.GG e Amm.va	39	34	31
Consulenze medico-legali in attività giudiz.	2	15	10
Istruttoria e relaz. medico legale (L. 210/92)	N.D.	50	N.D.

DIP. PREV. (SIAN)	ANNO 2018	ANNO 2017	ANNO 2016
Controlli sui produttori	185	187	103
Controlli sulla distribuzione degli alimenti	438	339	300
Controlli sui trasporti degli alimenti	7	5	5
Controlli sulla ristorazione pubblica	187	324	142
Controlli sulla ristorazione collettiva	56	89	42
Controlli su confezionatori	120	75	84
Controlli sui prodotti fitosanitari	167	181	194
Controlli ispettorato micologico	40	11	12
Controlli sulle acque	262	194	155
Controlli nelle mense	54	89	42
Controlli sulla sicurezza alimentare e sulle tossinfez.	24	68	89
Corsi di formazione	170	172	

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

DIP. PREV. (SPESAL)	ANNO 2018	ANNO 2017	ANNO 2016
Nr lavoratori controllati o comunque esaminati per accertamento o certificazioni sanitarie:	14	16	10
di cui apprendisti minori:	0	0	0
Numero di indagini effettuate per infortuni sul lavoro:	25	21	33
Numero di indagini effettuate per malattie professionali:	38	30	68
Numero di aziende interessate da atti autorizzativi, esame progetti, piani di lavoro e notifiche	232	50	35
Numero di Aziende in cui sono stati effettuati interventi di vigilanza e di polizia giudiziaria	473	576	527

DIP. PREV. (Serv. Veterinario Area "A")	ANNO 2018	ANNO 2017	ANNO 2016
Catture cani randagi	849	538	730
Sterilizzazioni cani randagi	841	762	617
Controlli sulla popolaz. canina randagia	12.000	9.000	10.500
Controlli sulla popolaz. canina di proprietà	9.000	8.000	11.000
Programmi di eradicazione e controllo brucellosi	26.000	27.000	24.000
Piani di controllo mal. infet. best. lista "A" O.I.E.	6.200	6.500	6.800
Piani di controllo mal. infet. best. lista "B" O.I.E.	4.800	5.000	4.000
Anagrafe Zootecnica - SUMMA -SANAN - ACIR -SIMAN	50.000	54.000	52.000

DIP. PREV. (Serv. Veterinario Area "B")	ANNO 2018	ANNO 2017	ANNO 2016
n. ispezione su strutture riconosciute	412	451	643
n. ispezioni con non conformità	65	79	157
n. ispezione su strutture registrate	612	690	736
n. ispezioni con non conformità	154	163	72
n. audit	67	43	46
n. campioni totali	n.d.	490	469
n. campioni non conformi	7	9	25
n. provvedimenti amministrativi	18	24	293
n. provvedimenti penali	1	4	1

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 2020-2022

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

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

Dall'analisi dei fattori di contesto esterni ed interni all'Azienda, precedentemente esposta, emerge uno spazio strategico ben definito per la ASL BT, i cui obiettivi posti al centro del piano di performance aziendale sono riconducibili alle più significative fonti normative di seguito indicate, hanno diverso grado di vincolo, ma tutti ugualmente convergenti nell'orientare la strategia aziendale per il triennio di riferimento 2020-2022:

- **Obiettivi di Mandato** contenuti nell'incarico conferito al Direttore Generale con D.G.R. n. 114 del 31 gennaio 2018 ed integrati con D.G.R. n. 1487 del 2 agosto 2019.
- **Obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi** assegnati ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. pugliese per l'anno 2019 con D.G.R. n. 2427 del 30 dicembre 2019;
- **Patto per la Salute 2019-2021** di cui al repertorio atti n. 209/CSR del 18 dicembre 2019 della Conferenza Stato – Regioni.
- **Nuovo sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria** di cui al Decreto Ministero della Salute del 12 marzo 2019 (Gazzetta Ufficiale n. 138 del 14 giugno 2019).
- **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.
- **Regolamento Regionale n. 16 del 23 luglio 2019** recante disposizioni in materia di accreditamento delle strutture sanitarie e socio – sanitarie (D.G.R. n. 1296 del 9 luglio 2019).

- **D.I.E.F. 2017** Regione Puglia (D.G.R. n. 1159/2018) e programmazione progettuale per il biennio 2018-2019 nonché dei **tetti di spesa** stabiliti dalla programmazione regionale in materia di razionalizzazione/contenimento della **spesa farmaceutica per acquisto diretto di farmaci (D.G.R. n. 2343/2019), per dispositivi medici (D.G.R. n. 2342/2019 e D.G.R. n. 878/2019) ed assistenza protesica (D.G.R. n. 1914/2019) per l'anno 2020.**
- **Regolamento Regionale n. 23/2019** criteri di riordino della rete ospedaliera (D.G.R. n. 1726 del 23 settembre 2019) e **Regolamento Regionale n. 7/2019** modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza/Presidi Post Acuzie (D.G.R. n. 2025 del 15 novembre 2018 e D.G.R. n. 2150 del 25 novembre 2019).
- **Prosecuzione delle attività per la realizzazione del nuovo ospedale di Andria** in attuazione della D.G.R. n. 1512 del 2 agosto 2019 e della D.G.R. n. 89 del 22 gennaio 2019 e di **implementazione delle attività assistenziali territoriali previste per i P.T.A. di Trani, di Spinazzola e di Minervino Murge nonché per il Presidio Post Acuzie di Canosa di Puglia.**
- **Clinicizzazione di unità operative ospedaliere** di cui alla D.G.R. n. 2044 dell'11 novembre 2019 in attuazione del Protocollo d'Intesa Regione/Università recante la disciplina dell'integrazione fra attività didattiche, assistenziali e di ricerca ed in particolare per le sedi decentrate della collaborazione fra S.S.R. ed Università degli Studi di Foggia.
- **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 ed integrata dalla D.G.R. n. 2452 del 30 dicembre 2019 nonché dalle norme previste dalla legge 27 dicembre 2019, n. 160 (**Legge di Bilancio 2020**) contenente misure per fronteggiare la grave carenza di personale e superare il precariato, nonché per garantire la continuità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, per il personale medico, tecnico professionale e infermieristico, dirigenziale e non, del Servizio sanitario nazionale per la stabilizzazione del personale.
- **Legge Regionale n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18 aprile 2019 per attuazione del Nuovo Piano Nazionale e di Governo delle Liste di Attesa 2019 – 2021** e del relativo piano aziendale (P.A.G.L.A) di cui alla deliberazione n. 1319 del 15 luglio 2019.
- **Nuove Linee guida regionali in materia di organizzazione e gestione delle Società in house delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale** approvate con la con la D.G.R. n. 2126 del 25 novembre 2019.
- **D.G.R. n. 90 del 22 gennaio 2019** di approvazione delle **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 2020-2022 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 macroaree strategiche sulle base delle quali è orientata l'azione di governo aziendale, sono di seguito rappresentate:

APPROPRIATEZZA E QUALITA'

Area Strategica	Obiettivo Operativa	Azione	Indicatore
APPROPRIATEZZA E QUALITA'	Migliorare i principali indicatori di appropriatezza e qualità attraverso un costante confronto con le risultanze medie delle Asl Pugliesi	Porre in essere ogni azione finalizzata a migliorare gli indicatori che presentano un andamento non in linea con la media regionale delle Asl Pugliesi	Benchmark Regionale Su Indicatori anno 2020 Reperti Chirurgici (1 Deg Media; 2 Drg Medio; 3 Case Mix; 4 Deg Post Operatoria; 5 Appropriatazza Chirurgica; 6 Appropriatazza Drg Lea/Drg Totali; 7) Dimissioni Volontarie. Reperti Medici (1 Deg Media; 2 Drg Medio; 3 Case Mix; 4 Appropriatazza Drg Lea/Drg Totali; 5) Dimissioni Volontarie; Benchmark Anno Precedente Reparti Chirurgici e Medici
APPROPRIATEZZA E QUALITA'	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	Incremento tempestività delle prestazioni	% Accessi in P.S. con codice giallo visitati entro 30 minuti ; con codice verde visitati entro 60 minuti, con codice verde, non inviati al ricovero, con tempi di permanenza entro le 4 ore ; Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro le 8 ore;
APPROPRIATEZZA E QUALITA'	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	Miglioramento funzione filtro del Pronto Soccorso e qualità percepita	% Ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DGR chirurgico alla dimissione - Abbandoni da Pronto Soccorso
APPROPRIATEZZA E QUALITA'	Miglioramento qualità di processo	Riduzione Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore	Tempi di attesa per la chirurgia oncologica (Ind. MES C10c)
APPROPRIATEZZA E QUALITA'	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	Incremento degli interventi su fratture del collo del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione	% Fratture collo del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione
APPROPRIATEZZA E QUALITA'	Qualità cure rete ospedaliera	Riduzione parti cesarei primari	% cesarei primari
APPROPRIATEZZA E QUALITA'	Miglioramento qualità di processo (Riduzione del contenzioso)	Definizione nel corso del 2020 di almeno 4 nuove procedure operative finalizzate alla riduzione dei rischi in ambito sanitario e Attivazione di almeno 3 audit per ogni procedura esistente attestata da verbale controfirmato dall'unità oggetto di controllo.	Proposta di deliberazione per l'adozione della procedura operativa
APPROPRIATEZZA E QUALITA'	Miglioramento qualità di processo (Riduzione del contenzioso)	Definizione nel corso del 2020 di un correttivo per ogni evento sentinella verificatosi	Protocollo con cui è stato formalizzato il correttivo
APPROPRIATEZZA E QUALITA'	Verifica della qualità percepita dagli assistiti / utenti rispetto alle varie U.O.	Monitoraggio dei reclami	Assenza di reclami nei confronti della struttura

APPROPRIATEZZA E QUALITA'	Presenza ad incontri multidisciplinari area oncologica	Garantire la partecipazione di uno psicooncologo agli incontri multidisciplinari per pazienti oncologici	Presenza agli incontri programmati
---------------------------	--	--	------------------------------------

CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA CLINICA

Area Strategica	Obiettivo Operativa	Azione	Indicatore
CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	Governo delle liste e tempi di attesa. Obiettivo di MANDATO ex DGR n. 114/2018	Creazione Agende Specifiche di Presa in Carico Assistiti.	Invio formale a mezzo di sistema tracciante entro 60 giorni dall'assegnazione del presente obiettivo di una richiesta al Rula (Responsabile Unico Liste di Attesa) per l'apertura di una nuova agenda.
CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	Governo delle liste e tempi di attesa. Obiettivo di MANDATO ex DGR n. 114/2018	Prescrizione e Prenotazione Diretta sulle Agende	% di prescrizione e prenotazione dirette sull'agenda rispetto alla potenzialità massima;
CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	Governo delle liste e tempi di attesa. Obiettivo di MANDATO ex DGR n. 114/2018	Incremento delle prestazioni esterne rispetto all'anno precedente	% di incremento dal 5% al 15% delle prestazioni esterne rispetto all'anno precedente;
CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	Riduzione della degenza media e della permanenza in PS	Riduzione dei tempi di refertazione degli esami richiesti da PS e Reparti	Giorni decorrenti dalla data di richiesta dell'Esame alla data di refertazione
CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	Governo delle liste e tempi di attesa. Obiettivo di MANDATO ex DGR n. 114/2018	Utilizzo liste di attesa in edotto per ricoveri programmati	Esistenza nel sistema Edotto delle liste di attesa per ricoveri programmati

ASSISTENZA FARMACEUTICA

Area Strategica	Obiettivo Operativa	Azione	Indicatore
ASSISTENZA FARMACEUTICA	Riduzione Spesa Farmaceutica	1) Elaborazione di almeno tre report nel corso dell'anno, dal quale si evincano MMG e PLS del distretto con valore medio pro-capite delle prescrizioni, superiori alla media regionale e audit verbalizzato di ciascun medico attenzionato;	Presenza dei verbali di audit MMG / PLS
ASSISTENZA FARMACEUTICA	Riduzione Spesa Farmaceutica	Avvio del procedimento con nota formale nei confronti dei medici segnalati dall'Area Farmaceutica e per i quali è stata rilevata inappropriatezza prescrittiva e non aderenza alla normativa	Presenza delle note di avvio del procedimento
ASSISTENZA FARMACEUTICA	RIDUZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA	Elaborazione reportistica mensile per il monitoraggio delle prescrizioni di farmaci ad alto costo	Elaborazione mensile report per il monitoraggio delle prescrizioni mensili di farmaci ad alto costo

ASSISTENZA FARMACEUTICA	RIDUZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA	Incrementare la somministrazione diretta di farmaci alla dimissione da parte delle strutture ospedaliere	Segnalazioni effettuate dai soggetti preposti al controllo
-------------------------	------------------------------------	--	--

ASSISTENZA TERRITORIALE

Area Strategica	Obiettivo Operativa	Azione	Indicatore
ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento tempestività erogazione assistenza domiciliare / ricoveri in strutture con particolare riferimento ai pazienti oncologici	Riduzione dei tempi per la valutazione dei casi in UVM	Giorni decorrenti dalla data di presentazione dell'istanza alla data di valutazione in UVM
ASSISTENZA TERRITORIALE	Migliorare la qualità della vita dei pazienti fragili e dei loro familiari	Presa in carico del paziente affetto da ludopatia	Numero di pazienti presi in carico
ASSISTENZA TERRITORIALE	Migliorare la qualità della vita dei pazienti fragili e dei loro familiari	Presa in carico del paziente affetto da altre dipendenze patologiche (es. alcolismo, tossicodipendenza ecc.)	Numero di pazienti presi in carico
ASSISTENZA TERRITORIALE	Migliorare la qualità della vita dei pazienti fragili e dei loro familiari	Promozione e sensibilizzazione sui pericoli connessi alla patologia del gioco	Numero di incontri documentati presso scuole e/o associazioni
ASSISTENZA TERRITORIALE	Migliorare la qualità della vita dei pazienti fragili e dei loro familiari	Monitoraggio fabbisogno assistenziale attraverso una rilevazione che consenta di monitorare i fabbisogni assistenziali dei pazienti afferenti alla struttura	Adozione di una procedura che consenta di monitorare i fabbisogni assistenziali dei pazienti afferenti alla struttura, avendo cura di determinare e registrare per ciascun assistito le seguenti informazioni: 1) data iniziale di manifestazione del fabbisogno; 2) tipologia di assistenza di cui il paziente necessita; 3) data di effettiva presa in carico; 4) stima media di fabbisogno assistenziale mensile per ciascun paziente espressa in ore e relativa ai soli fabbisogni da soddisfarsi all'interno delle strutture Asl; 5) durata stimata in mesi del fabbisogno assistenziale;
ASSISTENZA TERRITORIALE	Migliorare la qualità della vita dei pazienti fragili e dei loro familiari	Istituzione di un sistema di monitoraggio delle liste di attesa per assistenza residenziale e semi-residenziale (H24, H12, Diurna, Gruppi appartamento)	Adozione di una procedura che consenta di monitorare i fabbisogni assistenziali dei pazienti afferenti alla struttura, avendo cura di determinare e registrare per ciascun assistito le seguenti informazioni: 1) data iniziale di manifestazione del fabbisogno; 2) tipologia di assistenza di cui il paziente necessita; 3) data di effettiva presa in carico; 4) stima media di fabbisogno assistenziale mensile per ciascun paziente espressa in ore e relativa ai soli fabbisogni da soddisfarsi all'interno delle strutture Asl; 5) durata stimata in mesi del fabbisogno assistenziale;

ASSISTENZA TERRITORIALE	Migliorare la qualità della vita dei pazienti fragili e dei loro familiari	Incremento delle ore di ambulatorio dedicate ai pazienti seguiti dalla struttura	% Incremento ore di ambulatorio rispetto all'anno precedente
-------------------------	--	--	--

PREVENZIONE

Area Strategica	Obiettivo Operativa	Azione	Indicatore
PREVENZIONE	ATTUAZIONE DEL PIANO REGIONALE DEI CONTROLLI IN MATERIA DI SICUREZZA ALIMENTARE E SANITA' VETERINARIA E SICUREZZA COLLETTIVA	Espletamento delle attività di controllo programmate dal piano regionale	Numero dei controlli effettuati rispetto ai controlli previsti
PREVENZIONE	MONITORAGGIO DEL PIANO REGIONALE DEI CONTROLLI IN MATERIA DI SICUREZZA ALIMENTARE E SANITA' VETERINARIA E SICUREZZA COLLETTIVA	Monitoraggio per dipendente della % di attività di controllo conclusasi con contestazione/segnalazione	% di attività di controllo conclusasi con contestazione/segnalazione
PREVENZIONE	INDIVIDUAZIONE DI UNA METODOLOGIA DI CAMPIONAMENTO SULLE ATTIVITA' DI CONTROLLO	Definizione del piano dei controlli per la individuazione casuale delle aziende da sottoporre a controllo avendo cura di effettuare un numero di controlli in misura % uguale per comune (es. se sono da controllare il 10% delle attività di ristorazione, occorrerà che in ognuno dei 10 comuni vengano controllate il 10% degli esercizi presenti). Nella determinazione delle aziende da sottoporre a controllo dovrà tenersi conto dell'indice di pericolosità incrementando i controlli verso le aziende /esercizi che presentano una maggiore pericolosità.	Elaborazione di un report contenente tutte le strutture da assoggettare a controllo e definizione di una metodologia di individuazione delle strutture da controllare che non sia lasciata alla discrezionalità dei soggetti che effettuano il controllo attraverso un campionamento.
PREVENZIONE	Implementazione strumenti sorveglianza epidemiologica (Registro casistica Registro Tumori e Registro Malformazioni Congenite)	Aggiornamento casistica Registro Tumori, Registro Malformazioni, Registro Mortalità secondo programmazione CTS (SI/NO)	Aggiornamenti a casi incidenti anno predefinito
PREVENZIONE	Relazione stato di salute della popolazione Asl	Elaborazione e analisi della relazione sullo stato di salute della popolazione che attraverso appropriati indicatori statistico-epidemiologici descriva il profilo di salute della popolazione in termini di morbilità ed ospedalizzazione, con una contestualizzazione demografica.	Trasmissione del documento alla Direzione Strategica

SANITA' DIGITALE

Area Strategica	Obiettivo Operativa	Azione	Indicatore
SANITA' DIGITALE	Rispetto delle disposizioni vigenti in materia di Sanità Elettronica. Obiettivo di mandato ex DGR n. 114/2018	% ricette dematerializzate rispetto al totale delle ricette emesse	% di ricette dematerializzate su totali

SANITA' DIGITALE	ELIMINAZIONE DELLE PRESCRIZIONI CARTACEE E AUMENTO UTILIZZO PIANI TERAPEUTICI	Disincentivare l'utilizzo delle prescrizioni cartacee, attraverso la segnalazione da parte delle farmacie ospedaliere e aziendale del numero di ricette cartacee pervenute da ciascuna struttura mensilmente	Trasmissione entro il 10/3 - 10/5 - 10/7 - 10/9 - 10/11 - 10/01 Anno N+1 del report con le segnalazioni per U.O.
------------------	---	--	--

ASPETTI ECONOMICI FINANZIARI E DI EFFICIENZA OPERATIVA

a) Anticorruzione e trasparenza

Obiettivo Operativa	Azione	Indicatore
Rispetto delle leggi e del principio di buon andamento ed imparzialità dell'Amministrazione Obiettivo VINCOLANTE	Rispetto del piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza. Invio delle 2 relazioni previste dall'art. 5.1 del Piano Adottato con Delibera 130/2019 e s.m.i.	Invio delle 2 relazioni previste dall'art. 5 del piano di prevenzione dell'anticorruzione e trasparenza Delibera 130/2019 e s.m.i.
Rispetto delle leggi e del principio di buon andamento ed imparzialità dell'Amministrazione Obiettivo VINCOLANTE	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza. Rispetto cronoprogramma Art. 15 riferito anno in corso del Piano Adottato con Delibera 130/2019 e s.m.i..	Adempimenti previsti nel cronoprogramma anno 2020 Delibera 130/2019 e s.m.i. ART. 15.
Rispetto delle leggi e del principio di buon andamento ed imparzialità dell'Amministrazione Obiettivo VINCOLANTE	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza. Rispetto cronoprogramma Art. 18 riferito anno in corso del Piano Adottato con Delibera 130/2019 e s.m.i. Trasmissione all'RPCT da parte di ciascuna struttura entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento, di una relazione indicante per ciascun adempimento (atto da pubblicare) l'avvenuta pubblicazione e la data di pubblicazione come espressamente riportata sul portale.	Adempimenti previsti nel cronoprogramma anno 2020 Delibera 130/2019 e s.m.i. ART. 18. Adempimenti e dati oggetto di pubblicazione.
ROTAZIONE DEL PERSONALE DI VIGILANZA NELLE ATTIVITA' DI CONTROLLO	Effettuazione di un programma per garantire che il personale impegnato in attività di controllo effettui nel corso dell'anno almeno il 30% dei controlli in comuni diversi da quello di residenza e/o lavoro	% di attività di controllo effettuate in comuni diversi da residenza e/o lavoro rispetto ai controlli effettuati

b) Obiettivi di monitoraggio finanziario

Obiettivo Operativa	Azione	Indicatore
Riduzione dei debiti verso fornitori	Liquidazione delle fatture anni 2019 e precedenti, entro 30 giorni dalla notifica delle partite da pagare come notificate dall'Agref, ad eccezione delle fatture bloccate dando evidenza per ciascuna fattura della nota di protocollo con cui la fattura è stata contestata alla struttura;	Azzeramento debiti pregressi

Riduzione dei debiti verso fornitori	Liquidazione delle fatture ricevute a decorrere dal 1° gennaio dell'anno 2020 entro 40 giorni;	Rispetto dei tempi di pagamento
RIDUZIONE DEI TEMPI DI PAGAMENTO	Riduzione dei tempi di registrazione delle fatture	Registrazione delle fatture entro 8 giorni dal ricevimento
RIDUZIONE DEI TEMPI DI PAGAMENTO	Riduzione dei tempi di pagamento delle fatture	Pagamento delle fatture entro 7 giorni dal ricevimento dell'atto di liquidazione e comunque entro i termini di legge
RIDUZIONE DEI TEMPI DI PAGAMENTO	Monitoraggio bimestrale sulle fatture non liquidate	Trasmissione entro la fine di ciascun bimestre, di un report a ciascun centro di liquidazione, contenente fatture non liquidate con separata evidenza delle fatture bloccate.
ATTIVITA' DI CONTROLLO SULLE ATTIVITA' DI RICOVERO	Verifiche finalizzate al pagamento delle fatture passive relative ai ricoveri e ad altre prestazioni sanitarie in tempi utili per il rispetto dei tempi previsti dalla legge	Redazione di verbali di verifica utili alla quantificazione degli importi da liquidare (Strutture private accreditate) entro la scadenze fissata dall'azienda. Dal verbale dovrà potersi rilevare importo da pagare ed importo da contestare.

c) Obiettivi di monitoraggio efficienza operativa

Obiettivo Operativa	Azione	Indicatore
Riduzione ricorso all'affidamento diretto	Ridurre l'entità dei ricorsi ad affidamento diretto	% di gare con affidamento diretto
TEMPESTIVITA' NEL RECLUTAMENTO	Monitoraggio costante tempi di esecuzione attività procedure concorsuali e confronto con la stima di conclusione della procedura da allegare come scheda tecnica a ciascuna delibera di indizione del bando.	Elaborazione di un report che definisca per ciascuna procedura concorsuale / avviso pubblico, con riferimento a ciascuna singola fase (es. adozione delibera, pubblicazione burp, pubblicazione G.U., Delibera ammissione candidati ecc.) le date di completamento delle singole attività;
TEMPESTIVITA' NEL RECLUTAMENTO	Programmazione delle procedure di reclutamento e/o avvio delle procedure concorsuali, sulla scorta del piano delle cessazioni programmate elaborato dalla Uosvd Giuridico_Previdenziale	Elaborazione entro 60 giorni dal ricevimento della relazione da parte del settore giuridico, di un documento che evidenzi con riferimento a ciascun profilo per il quale è prevista la cessazione le modalità di sostituzione
TEMPESTIVITA' NEL RECLUTAMENTO	Avvio procedure concorsuali Dirigenza Sanitaria / Pta e Strutture Complesse per profili che evidenziano scostamenti fra piano dei fabbisogni e personale in servizio	Proposta di delibera approvazione bando di concorso su posti vacanti entro il 30/04/2020
RISPETTO TEMPI PER LA SOTTOSCRIZIONE DEI CONTRATTI CON LE STRUTTURE	Proposta delibera determinazione fondi unici e recepimento contratti con strutture 15 giorni prima della scadenza del termine previsto dalla normativa di riferimento.	Esistenza proposta di deliberazione

PROGRAMMAZIONE CESSAZIONE DEL PERSONALE PER TEMPESTIVO AVVIO PROCEDURE DI RECLUTEMANTO	Elaborazione del piano delle cessazioni/pensionamenti programmati.	Elaborazione entro 30 giorni dall'assegnazione dell'obiettivo di un piano dei pensionamenti già deliberati e in corso di adozione
PROGRAMMAZIONE CESSAZIONE DEL PERSONALE PER TEMPESTIVO AVVIO PROCEDURE DI RECLUTEMANTO	Elaborazione del piano delle cessazioni/pensionamenti programmati.	Aggiornamento del piano delle cessazioni entro il 30 Settembre 2020;
RIDUZIONE CONTRATTI IN PROROGA	Azzeramento dei contratti in proroga esistenti alla data del 31/12/2019 e riduzione del valore dei contratti in proroga nel corso del 2020.	% Numero dei contratti in proroga al 31/12/2019 aggiudicati nel corso del 2020
RIDUZIONE CONTRATTI IN PROROGA	Riduzione delle proroghe nel corso del 2020 con riferimento ai contratti in scadenza nel corso del medesimo anno.	% Numero proroghe al 31/12/2020 relativamente ai soli contratti scaduti nel 2020.
UTILIZZO FONDI FESR / ART. 20	Attivazione di tutte le procedure relative all'utilizzo delle fondi di finanziamento esterno	% Valore Economico Messo a Gara su fondi disponibili
MONITORAGGIO CONTRATTI E CONTABILITA' GENERALE	Elaborazione entro il 30/04/2020 di un report su fac-simile concordato con la Direzione Strategica e l'UCG che definisca per ciascuna procedura in corso di validità (ivi compresi i contratti in proroga), estremi di aggiudicazione, date di validità contratto, conto economico di riferimento, e l'onere previsto per ciascuna annualità di valenza del contratto.	Trasmissione del report all'UCG a mezzo sistema tracciante entro il 30/04/2020
ATTIVITA' DI CONTROLLO SULLE ATTIVITA' DI RICOVERO	Porre in essere i controlli nei termini e nel rispetto delle % previste dalla normativa di riferimento	% Controlli Effettuati
RIDUZIONE COSTO CONFERIMENTO INCARICHI	Riduzione del ricorso ad incarichi esterni. Contenimento della spesa per la costituzione di nuovi giudizi	numero incarichi esterni/numero costituzioni totali (al netto di magistrature superiori, ipotesi di incompatibilità)
MIGLIORAMENTO DELLE STRATEGIE DIFENSIVE FINALIZZATE A RIDURRE LE SOCCOMENZE IN GIUDIZIO	Valutazione sull'opportunità di resistere in giudizio solo nei casi in cui si dispone di adeguata documentazione a supporto delle tesi aziendali.	% di giudizi sfavorevoli
TEMPESTIVA DEFINIZIONE DEI CASI PREVISTI DAL COMITATO VALUTAZIONE RISCHI	Partecipazione in qualità di componente/Dirigente Avvocato all'attività del Comitato Aziendale di Valutazione dei Sinistri	Valutazione sistematica dei casi di richieste risarcitorie stragiudiziali
Regolamento sulla formazione	Proposta di deliberazione sul regolamento della formazione che disciplini le modalità e le procedure sia con riferimento a corsi interni che esterni	Predisposizione e trasmissione alla Direzione entro il 31/03/2020 della proposta di regolamento.
Tempestivo e corretto soddisfacimento delle richieste in relazione al fabbisogno aziendale	Incremento procedure in economia ove necessarie	Numero procedure eseguite

MONITORAGGIO DEI TEMPI DI COMPLETAMENTO DELLE PROCEDURE DI GARA	Verifica rispetto dei tempi programmati per la conclusione del procedimento e dei tempi effettivamente impiegati. Al riguardo si segnala che ciascuna struttura dovrà allegare a ciascun atto deliberativo di avvio della procedura una scheda che individui le singole fasi endoprocedurali con relative date di completamento e data stimata di aggiudicazione finale (somma dei tempi previsti per le singole fasi)	Giorni di ritardo complessivo di tutte le procedure programmate come aggiudicazioni 2020 .
CORRETTA GESTIONE DEGLI APPROVVIGIONAMENTI	Ordini coerenti con il consumo del prodotto registrato nel periodo precedente.	Alla fine di ciascun trimestre Giacenze finale prodotto / Giacenza iniziale prodotto non dovrà essere superiore al 120%

d) Obiettivi di monitoraggio attenzione alla gestione delle risorse umane

Obiettivo Operativa	Azione	Indicatore	Unità Aziendali Di Riferimento
GRADUAZIONE DELLE FUNZIONI E DEGLI INCARICHI A SEGUITO DI ADOZIONE NUOVO CCNL	Elaborazione ed invio alla Direzione strategica entro il 30/04 di una nuova bozza di regolamento per la graduazione delle funzioni , tenuto conto delle disposizioni del nuovo CCNL della Dirigenza approvato il 19/12/2019	Invio proposta	
Miglioramento dell'aggiornamento professionale del personale dipendente	Alimentazione di un sistema informativo finalizzato a monitorare l'attività formativa di ciascun dipendente a tempo indeterminato.	Alimentazione del sistema informativo	
Elaborazione del piano di Formazione annuale	Definizione del Piano di Formazione annuale sulla base delle indicazioni della Direzione Strategico-Aziendale	Predisposizione e trasmissione alla Direzione del PAF entro il 31/01/2020 per l'anno corrente entro il 30/11/2020 per l'anno 2021	
Monitorare il controllo sanitario del personale dipendente	Alimentazione di un sistema informativo finalizzato a monitorare le visite di idoneità di ciascun dipendente.	Alimentazione del sistema informativo	
Sottoporre a visita medica entro il 30/06/2020 tutto il personale dipendente a cui risulta scaduto il controllo alla data del 31/12/2019;	Sottoporre a visita il personale privo di certificato di idoneità in corso di validità	% Dipendenti sottoposti a visita	
Garantire alla data del 31/12/2020 che tutto il personale dipendente abbia un certificato di idoneità non scaduto	Sottoporre a visita il personale senza visita o con visita scaduta	% Dipendenti sottoposti con certificato in corso di validità	
Miglioramento dell'aggiornamento professionale del personale dipendente	Alimentazione di un sistema informativo finalizzato a monitorare le limitazioni riconosciute a ciascun dipendente.	Alimentazione del sistema informativo	

e) Obiettivi di monitoraggio dei costi

Obiettivo Operativa	Azione	Indicatore	Unità Aziendali Di Riferimento
Assicurare efficacia, efficienza ed economicità della gestione Aziendale	Riduzione dell'incidenza % dei costi per consumi di materiali e spesa del personale rispetto al valore della produzione.	Incidenza costi per consimi di materiale e personale / valore della produzione	Strutture di produzione aziendale
Assicurare efficacia, efficienza ed economicità della gestione Aziendale	Riduzione dell'incidenza della spesa per farmaci e dispositivi in linea con le indicazioni fornite con DGR Dicembre 2019.	Rispetto dei vincoli di spesa e delle disposizioni impartite dalla Direzione Strategica per il contenimento della spesa su farmaci e dispositivi.	Centri utilizzatori e prescrittori
Efficienza operativa ASL	Contenimento della spesa del personale entro i limiti fissati dalla normativa vigente Obiettivo di MANDATO ex DGR n. 114/2018	Contenimento dei costi per straordinario (Ordinario, Festivo, in reper., ecc..) e prestazioni aggiuntive, nei limiti dell'ammontare assegnato dal Capo Dipartimento (o in assenza dall'Area del Personale)	Strutture assegnatarie di scheda obiettivi
MONITORAGGIO COMPETENZE PERSONALE DIPENDENTE	Attivare procedure di controllo sulle competenze accessorie;	Verbale trimestrale attestante i controlli effettuati	Uosvd Giuridico Economico Previdenziale
MONITORAGGIO COMPETENZE MEDICI CONVENZIONATI	Attivare procedure di controllo sull'inserimento delle competenze effettuate presso le strutture territoriali	Invio di almeno 4 richieste annuali a tutte le strutture distrettuali finalizzate a verificare il corretto inserimento a campione di voci stipendiali con rifeirmento a ciascuna categoria (MMG / PLS / MGM / AMBULATORIALI)	Uosvd Concorsi e Convenzioni
RIDUZIONE SPESA ASSISTENZA PROTESICA	Porre in essere attività di controllo finalizzate a garantire il rispetto del vincolo finanziario previsto dalla regione sulla spesa protesica	Rispetto del budget assegnato	Distretti
Monitoraggio costante spesa e definizione tempestiva del fabbisogno finanziario	Istituzione di un sistema di monitoraggio dei pazienti ricoverati presso strutture esterne a pagamento, finalizzato a rilevare per ciascun paziente informazioni finalizzate al monitoraggio del costo in bilancio.	Adozione di una procedura che consenta di monitorare la presenza di ns. assistiti presso strutture sanitarie esterne e quantificare il costo di tale assistenza, avendo cura di determinare e registrare per ciascun assistito le seguenti informazioni: 1) data iniziale di manifestazione del fabbisogno; 2) tipologia di assistenza di cui il paziente necessità; 3) data di effettivo inserimento nella struttura 4) durata autorizzata del ricovero 5) struttura presso la quale è stato disposto il ricovero; 6) Costo giornaliero di assistenza o costo medio stimato ove l'addebito non è strettamente correlato alle giornate di degenza;	
MONITORAGGIO FONDO DISAGIO	Elaborazione di una reportistica mensile tenuto conto dei pagamenti effettuati sulla verifica dell'utilizzo del fondo disagio da parte di ciascuna struttura aziendale	Invio reportistica alla Direzione Strategica	
RIDUZIONE SPESA PERSONALE A TEMPO DETERMINATO	Attivare le procedure previste dal D.lgs 75/2017 Art. 20 comma 11 bis	Avvio della procedura entro il 28/02/2020	

MONITORAGGIO SPESA DEL PERSONALE E RISPETTO VINCOLI DI SPESA	Elaborazione di n.2 relazioni attestanti la spesa del personale ai fini della verifica del rispetto dei vincoli finanziari per il T.I e T.D	Invio relazioni	
PROGRAMMAZIONE ATTIVITA CONCURSUALI PER RIDUZIONE LIMITI T.D.	Elaborazione di un programma assunzionale finalizzato a ricondurre i limiti di spesa a t.d. entro i termini fissati dalla vigente normativa.	Invio programma	

f) Obiettivi per la diffusione della metodica di budget ed il monitoraggio infrannuale

Efficienza operativa	Ribaltare gli obiettivi di Budget sulle diverse articolazioni e dipendenti della Struttura (UOS, Coordinatori, ecc.) e valutazione periodica dell'andamento registrato.	AZIONE SUB 1) Invio al Controllo di Gestione, entro 15 giorni dall'assegnazione degli obiettivi, del verbale (fac-simile allegato A) di condivisione con il personale dirigenziale e di comparto degli obiettivi assegnati; AZIONE SUB 2) Invio al Controllo di Gestione, entro 30 giorni dalla fine di ciascun bimestre, del verbale (fac-simile allegato B) di monitoraggio bimestrale degli obiettivi di budget sottoscritto dal personale della dirigenza ; AZIONE SUB 3) Invio al Controllo di Gestione, entro 30 giorni dalla fine di ciascun quadrimestre, del verbale (fac-simile allegato B) di monitoraggio bimestrale degli obiettivi di budget sottoscritto dal personale del comparto; AZIONE SUB 4) Invio al Controllo di Gestione, entro il 28 febbraio del 2021 della relazione sul raggiungimento degli obiettivi di budget con le modalità che saranno richieste. La trasmissione dovrà essere effettuata attraverso l'utilizzo di sistemi che consentano di certificare la data di invio (protocollo / mail / pec).	Tutte le strutture assegnatarie di budget
----------------------	---	--	---

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 2020 – 2022, adottato con deliberazione aziendale n. 2414 del 27 dicembre 2019, ha tenuto conto delle prodromiche attività di valutazione e di coerenza, rispetto alle specifiche indicazioni/linee operative regionali a tale riguardo. Ulteriori elementi di analisi sono riportati nella deliberazione aziendale n. 2412 del 27 dicembre 2018 con cui è stato approvato il bilancio di previsione 2020.

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 ed operativi in materia di anticorruzione e 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 2020-2022, approvato con deliberazione n. 125 del 30 gennaio 2020, 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/azioni:

- 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 Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance

Premessa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il Sistema di misurazione della performance rispetta i seguenti requisiti:

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

Il SMVP non è sostitutivo degli strumenti di programmazione e controllo già esistenti, ma meglio vuole integrarli e includerli in un sistema più ampio, orientato non solo al presidio dell'efficienza, ma alla performance in senso lato, dove la soddisfazione del bisogno della collettività rappresenta la finalità principale. Il Sistema si basa sull'oggettività della misurazione e della valutazione, a partire dalla individuazione degli indicatori fino alla misurazione ed all'analisi degli scostamenti e individua le responsabilità dei soggetti coinvolti nel processo e prevede idonee modalità per assicurare la trasparenza del processo di gestione della performance sia nei confronti del personale che nei confronti degli stakeholders.

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

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

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

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

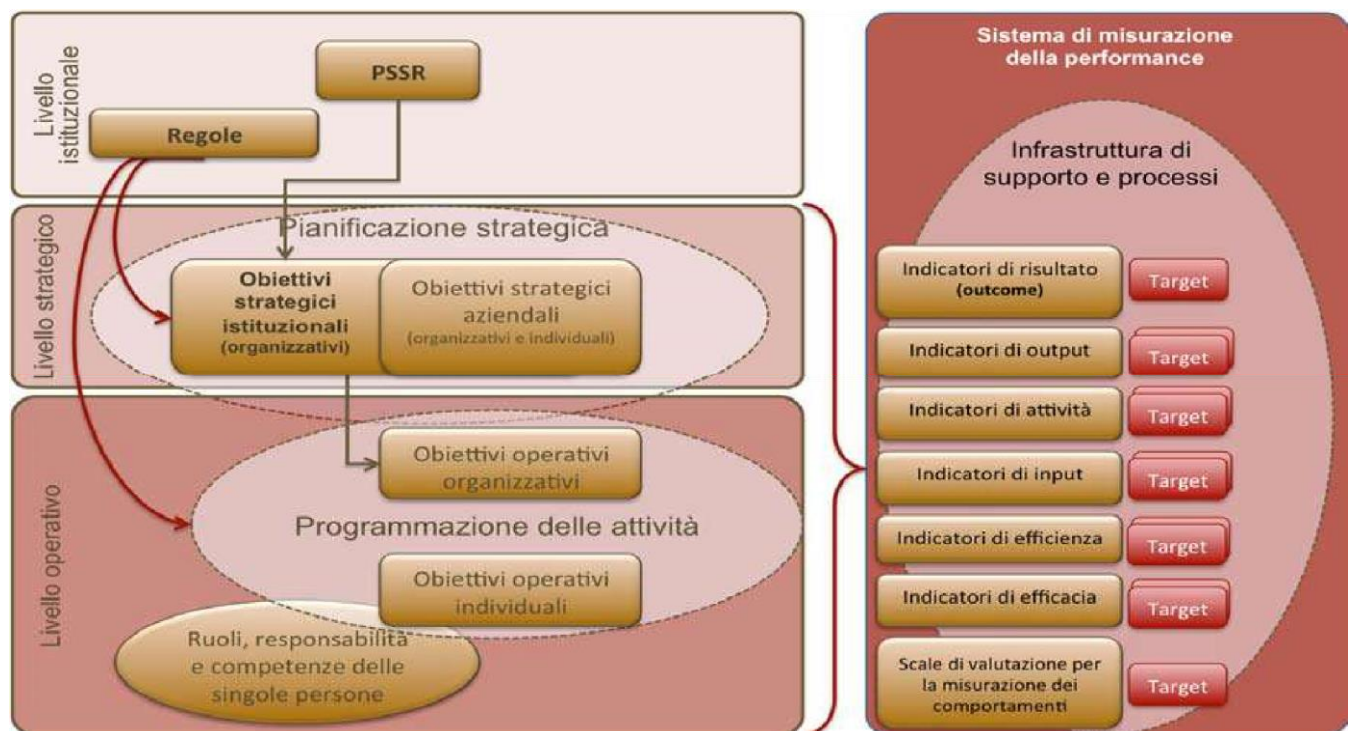
- ❖ Valorizzazione del merito e erogazione dei premi per i risultati conseguiti dai singoli e dalle unità organizzative.
 - o Questo punto viene successivamente ripreso nel secondo comma sottolineando che il sistema deve garantire un'adeguata pervasività in tutti i livelli dell'organizzazione fino a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

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

personale, nonché del conferimento degli incarichi dirigenziali (art. 3, comma 5 D. Lgs. 150/2009 e ss.mm.ii.).

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

Grafico: Livelli di performance:



Indicatore

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

L'indicatore deve possedere alcune caratteristiche fondamentali:

1. comprensibilità (chiaro, contestualizzato, concreto, intelligibile anche per i soggetti e gli stakeholder non appartenenti al settore)
2. rilevanza (riferibile all'obiettivo, utile e significativo, attribuibile alle attività chiave del processo identificate come: outcome, output, attività, efficienza, efficacia, comportamenti)
3. confrontabilità (comparabile nel tempo rispetto alla stessa organizzazione e/o rispetto ad organizzazioni simili e attività standard)

4. fattibilità (misurabile nei sistemi informativi aziendali, sostenibile dal punto di vista finanziario e rispetto all'arco temporale di riferimento)
5. affidabilità (valutazione qualitativa della capacità di rappresentazione e misurazione di un fenomeno).

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

Target

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

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

Infrastruttura di supporto

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

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

Processo

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

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

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

Grafico "Il Ciclo di Gestione della Performance".



LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LE FASI RELATIVE AL CICLO DELLA PERFORMANCE

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

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

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

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

L'ATTRIBUZIONE DEGLI OBIETTIVI

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

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

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

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

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

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

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

LA MISURAZIONE DEGLI OBIETTIVI

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

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

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

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

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

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

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

LA VALUTAZIONE PARTECIPATIVA

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

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

- Mappatura degli stakeholder dell'amministrazione;
- Selezione dei servizi e delle attività oggetto di valutazione e delle corrispondenti modalità e strumenti di coinvolgimento;
- Selezione dei cittadini e/o degli utenti;

- Definizione delle dimensioni di performance organizzativa per la valutazione dei servizi e delle attività selezionati;
- Motivazione dei cittadini e/o degli utenti nonché dei dipendenti coinvolti nella valutazione;
- Valutazione delle attività e/o dei servizi;
- Utilizzo dei risultati ai fini della valutazione della performance organizzativa.

si riserva di aggiornare successivamente il SMVP relativamente a questa sezione.

Nelle more della implementazione del modello di valutazione comparativa, l'ASL BT si impegna ad avviare, tramite la U.O. Governo Clinico e Qualità e la U.O. Informazione e Comunicazione percorsi di progettazione di sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione (customer satisfaction) con le organizzazioni/associazioni dei consumatori o analoghe (Comitato Consultivo Misto), nonché acquisire periodicamente attraverso questionari oppure piattaforme dedicate il gradimento dei cittadini e dei dipendenti (utenti interni) su item predefiniti riconducibili ad obiettivi organizzativi di livello generale (funzioni) oppure specifico (servizi ed attività), coinvolgendo a tal proposito l'O.I.V.

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

Al fine di favorire le più ampie forme di partecipazione degli utenti, dovranno essere implementate procedure diffuse ed aperte attraverso le quali i cittadini, gli utenti finali ed interni dell'azienda sanitaria possano contribuire alla misurazione della performance organizzativa, esprimendo direttamente all'Organismo Indipendente di Valutazione il proprio livello di soddisfazione per i servizi erogati, secondo le modalità definite dagli stessi O.I.V. per la raccolta ed il monitoraggio delle segnalazioni, ai sensi del D.Lgs. n. 74/2017, così come previsto dalle Linee Guida n. 2/2017 del Dipartimento della Funzione Pubblica.

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

LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Al termine del periodo di riferimento, il Dirigente Responsabile della struttura organizzativa predispone e trasmette al Controllo di Gestione la relazione annuale conclusiva delle azioni e delle attività svolte

per il conseguimento degli obiettivi di budget. La valutazione del livello di raggiungimento degli obiettivi avviene secondo una scala cui corrisponde un giudizio finale, tenuto conto della specifica tipologia degli obiettivi, così espresso:

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

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

Fasce della Performance Organizzativa	% Raggiungimento complessivo degli obiettivi	% Retribuzione di Risultato / Incentivazione alla Produttività
Pienamente Raggiunta	= > 90%	100%
Parzialmente Raggiunta	compreso tra 46% ed 89%	in proporzione alla % del risultato raggiunto
Non Raggiunta	< = 45%	0%

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

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

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

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

LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

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

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

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

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

VALUTATO	VALUTATORE
Direttore di Dipartimento	Direttore Sanitario o Amministrativo Aziendale
Dirigente Ufficio di Staff	Direttore Amministrativo o Sanitario Aziendale
Direttore di Struttura Complessa e di Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale	Direttore di Dipartimento o in assenza Direttore Amministrativo o Sanitario Aziendale
Dirigente di Struttura Semplice	Direttore di Struttura Complessa

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

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

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

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

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

Il dipendente che sia stato assente, a vario titolo, per tutto l'anno di riferimento, sarà ritenuto non valutabile. Il dipendente che sia stato assente, a vario titolo, per parte dell'anno di riferimento, dovrà essere valutato per il periodo di servizio svolto.

Oggetto della Valutazione individuale

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

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

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

I Dirigenti di Struttura semplice saranno valutati per:

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

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

- ☐ il raggiungimento degli obiettivi dell'Unità organizzativa di appartenenza;
- ☐ gli obiettivi individuali e/o di gruppo;
- ☐ le competenze manageriali/professionali dimostrate facendo riferimento ad uno specifico modello delle competenze

I dipendenti del comparto titolari di incarico di funzione/coordinamento:

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

Il personale del comparto sarà valutato per:

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

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

	Area di Valutazione	Peso	Area di Valutazione	Peso	Area di Valutazione	Peso	Area di Valutazione	Peso	Totale peso
Direttori Dipartimento/ Direttori UOC/ Direttori UOSVD	Risultato della struttura di appartenenza	75			Capacità di valutazione dei collaboratori	5	Competenze manageriali/professionali	20	100
Dirigenti UOS/ Dirigenti Valutatori	Risultato della struttura di appartenenza	35	Obiettivi individuali e/o di gruppo quantitativi	30	Capacità di valutazione dei collaboratori	5	Competenze manageriali/professionali	30	100
Dirigenti di Incarichi Professionali/Dirigenti di base/Dirigenti non Valutatori	Risultato della struttura di appartenenza	30	Obiettivi individuali e/o di gruppo quantitativi	40			Competenze manageriali/professionali	30	100
Titolari incarico di funzione/Coordinamento	Risultato della struttura di appartenenza	25	Obiettivi individuali e/o di gruppo quantitativi	40	Capacità di valutazione dei collaboratori	5	Competenze manageriali/professionali	30	100
Comparto	Risultato della struttura di appartenenza	10	Obiettivi individuali e/o di gruppo quantitativi	40			Competenze manageriali/professionali	50	100

La Scheda di Valutazione individuale e relative ponderazioni adottate

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

In particolare:

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

Obiettivi individuali o di gruppo: descrive gli obiettivi assegnati al singolo dipendente con il relativo indicatore e la ponderazione. In particolare, per ogni obiettivo viene indicato:

L'Obiettivo, che indica il risultato quantitativo da conseguire;

- Il Valore dell'obiettivo, ossia il target prefissato;
- Il valore minimo atteso, ossia il risultato minimo al di sotto del quale non viene considerato raggiunto neppure parzialmente;
- Il Risultato raggiunto, ossia il risultato conseguito a fine anno;
- % di raggiungimento
- Se il risultato raggiunto è maggiore o uguale al valore obiettivo (target), assume il valore 100%
- Se il risultato è compreso tra il valore obiettivo (target) e il risultato minimo atteso, viene calcolato come il rapporto tra (risultato raggiunto – valore minimo atteso) / (valore obiettivo – valore minimo atteso) espresso in termini percentuali
- Peso: l'obiettivo può assumere valori da 1 a 3. Il peso è determinato a inizio anno dal valutatore che attribuisce l'obiettivo
- Totale: indica la percentuale di raggiungimento dei singoli obiettivi moltiplicati per i pesi assegnati.

Nel caso in cui non sia stato possibile procedere alla declinazione degli obiettivi individuali e/o di gruppo per ciascun dipendente, tale Area di valutazione verrà sostituita da una valorizzazione sintetica, espressa dal valutatore, compresa nel range 1 – 100 (dove 1 rappresenta il contributo minimo e 100 il contributo massimo), che sintetizza il contributo del dipendente al raggiungimento degli obiettivi assegnati.

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

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



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

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

Competenze manageriali e professionali dimostrate: nella scheda di valutazione

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

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

Competenze trasversali/professionali: nella scheda di valutazione individuale ciascuna competenza trasversale e/o professionale da valutare è articolata in differenti aree. Per ogni area è riportato uno o più item, da valutare attraverso indicatori (domande) al fine di mettere in condizione il valutatore di focalizzare la sua attenzione su una specifica competenza dimostrata del valutato e quindi sulla qualità della sua performance lavorativa.

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

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

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

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

VALUTAZIONE NON CONDIVISA

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



Nel caso in cui il dipendente non condivida la valutazione, non potrà rifiutarsi di firmare la scheda ma dovrà riportare le proprie considerazioni nell'apposito campo previsto nella scheda (Feedback del valutato), avviando contestualmente le procedure di contestazione, così come previste dai Contratti Integrativi Aziendali, per ciascuna Area Contrattuale.

Procedura Conciliativa

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

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

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

VALUTAZIONE NEGATIVA

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

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

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

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



A seguito della adozione definitiva delle Linee Guida ANAC in materia di Codici di Comportamento delle Amministrazioni Pubbliche (documento attualmente in consultazione), potranno essere previste modalità con cui realizzare il coordinamento fra Codice di Comportamento e SMVP, ed in particolare sulla possibilità che l'accertamento delle violazioni del codice di comportamento possa incidere negativamente sulla valutazione della performance individuale.

Ai sensi dell'art.7, comma 1 del D.Lgs. n. 150/2009, così come modificato dal D.Lgs. n. 74/2017, il suddetto aggiornamento del sistema di misurazione e valutazione della performance è stato sottoposto al parere dell'Organismo Indipendente di Valutazione, tenuto conto della nota circolare n. DFP-0079054-P del 18 dicembre 2019 del Dipartimento della Funzione Pubblica – Ufficio per la Valutazione della Performance.