

Piano Triennale della Performance – Sottosezione 2.2 del:

**PIANO INTEGRATO ATTIVITA' E  
ORGANIZZAZIONE  
PIAO  
AZIENDA SANITARIA LOCALE BT  
Anni 2024 – 2026**

*ai sensi art. 6 del Decreto Legge n. 80/2021, convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113  
approvato con deliberazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_)*

## Sommario

SEZIONE 1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE.....	3
SEZIONE 2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	5
Sottosezione 2.1 - Valore Pubblico .....	5
Sottosezione 2.2 - Performance .....	21
Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e Trasparenza .....	114
Mappatura dei processi, valutazione e trattamento del rischio.....	133
SEZIONE 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO .....	160
Sottosezione 3.1 - Struttura Organizzativa .....	160
Sottosezione 3.2 - Organizzazione del Lavoro Agile .....	166
Sottosezione 3.3 - Piano Triennale del Fabbisogno di Personale e Formazione.....	234
SEZIONE 4 MONITORAGGIO.....	247

## SEZIONE 1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

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

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

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

Con la **L.R. del 28.12.2006 n.39** la Regione Puglia, nelle norme per il contenimento della spesa sanitaria, ha modificato gli ambiti territoriali delle Aziende Sanitarie Locali esistenti (art.5) riducendole ad una per ciascuna delle 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 ASL su base provinciale ha inteso perseguire obiettivi collegati sia alle prospettive di sviluppo e di ulteriore qualificazione del sistema di servizi delle Aziende USL preesistenti, sia all'equilibrio economico dell'intero Servizio Sanitario Regionale.

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

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

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

## SEZIONE 2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

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

#### **VALORE PUBBLICO**

La *mission* istituzionale di ogni Pubblica Amministrazione è la creazione di Valore Pubblico.

Un'Azienda genera Valore Pubblico quando riesce a gestire in modo razionale le risorse economiche a disposizione ed a valorizzare il proprio patrimonio in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze degli utenti, degli *stakeholders* e dei cittadini in generale.

Una Pubblica Amministrazione è in grado di generare Valore Pubblico, quindi, nel momento in cui il livello di benessere dei suoi utenti e il livello di salute del proprio contesto, interno ed esterno, grazie al miglioramento delle proprie performances, diventano superiori rispetto alle condizioni di partenza, delle politiche pubbliche e dei progetti di miglioramento dello stesso.

Il successo dell'azione pubblica dipende dalla capacità di un'organizzazione di coordinare e realizzare simultaneamente tre condizioni:

- produrre risultati oggettivamente validi per i soggetti pubblici, per i cittadini e per gli *stakeholders* (occorre che l'azione pubblica sia giudicata desiderabile da parte di un gruppo di destinatari);
- intraprendere iniziative sostenibili dal punto di vista organizzativo (le risorse da destinare alle politiche pubbliche devono essere adeguate agli obiettivi istituzionali);
- essere legittimata a godere di sostegno esterno (deve saper attrarre il sostegno degli attori rilevanti).

Il presente P.I.A.O. è strettamente connesso anche al disegno organizzativo della ASL BT da cui derivano gli obiettivi e le linee di sviluppo da perseguire.

Attraverso i propri strumenti programmatori, l'Azienda intende:

- confermare il modello ordinario di organizzazione e gestione operativa delle attività;
  - implementare gli elementi innovativi in tema di organizzazione e gestione;
- favorire la razionalizzazione delle Strutture organizzative, sia dell'ambito sanitario sia dell'ambito amministrativo;

- valorizzare, in maniera più incisiva e nel rispetto delle disposizioni contrattuali, le professionalità presenti in Azienda;
- garantire l'omogeneità di erogazione delle prestazioni rispetto ai bisogni, l'efficacia dei risultati e l'efficienza nell'impiego delle risorse.

Il collegamento degli obiettivi assegnati alle varie strutture dell'Azienda assicura che le azioni previste nel P.I.A.O. abbiano tutte come obiettivo il mantenimento dei servizi resi finora agli utenti finali e il miglioramento degli stessi, grazie anche agli stakeholders, creando un forte collegamento tra la performance e la creazione di valore pubblico.

L'Azienda deve perseguire, quindi, la tutela della salute degli individui e della popolazione realizzando un sistema organizzativo veramente orientato, nella sostanza, al cittadino dando il coerente rilievo ai principi di appropriatezza, efficacia, adeguatezza e qualità dei servizi messi a disposizione per i bisogni dei cittadini in coerenza con il livello delle risorse disponibili e nella garanzie della erogazione dei LEA (livelli essenziali di assistenza) Nazionali e Regionali .

Se la Mission è allineata con le aspettative dei cittadini, il raggiungimento della Mission crea Valore Sociale.

Le componenti fondamentali del Valore Pubblico vengono individuate dall' Azienda, anche nei seguenti items:

- quantità e qualità dei servizi resi;
- *customer service*;
- informazioni;
- libertà di scelta;
- facilità d'uso e di accesso;
- risultati concreti ottenuti;
- fiducia generata.

Tra gli obiettivi del P.I.A.O. trovano spazio anche quelli legati ad azioni per migliorare l'accessibilità sia fisica che digitale dell'Azienda e quelli legati alla semplificazione e reingegnerizzazione delle varie procedure.

Con il **PNRR Salute e con il DM 77/2022**, l'Azienda è chiamata a:

- reingegnerizzare le procedure di presa in carico e gestione dei pazienti cronici e le procedure per la transizione ospedale-territorio e dall'ospedalizzazione alle cure intermedie;
- a migliorare l'accessibilità fisica e digitale dei servizi.

L'esperienza vissuta nel corso della pandemia ha fatto emergere l'importante ruolo che sia l'innovazione tecnologica, sia quella digitale, possono giocare nel rendere più efficiente il nostro Sistema Sanitario Nazionale.

Non da ultimo, si pensi all'impatto che la digitalizzazione ha avuto sulle prestazioni lavorative, permettendo di superare il concetto di sede fisica di lavoro con innumerevoli vantaggi sia per il lavoratore stesso sia per l'Azienda traducendosi in benefici per l'utente finale.

In merito agli obiettivi strategici, si fa capo alle indicazioni nazionali e regionali, in particolar modo fa riferimento al:

- a) Nuovo Sistema di Garanzia e Griglia LEA, per gli indicatori che tuttora non siano confluiti nel Nuovo Sistema di Garanzia;
- b) indicatori di esito (PReVAIE, PNE);
- c) indicatori definiti dalla Regione Puglia, con riferimento al monitoraggio di specifiche azioni di governo.

A tal fine la programmazione e la pianificazione aziendale è coerente e integrata con la programmazione economica aziendale ai sensi del **Programma biennale degli acquisti di beni e servizi anni 2023-2024** redatto ai sensi dell'art. 21 , c.6 del d.L.gs.18 aprile 2006 n.50, approvato con deliberazioni n. 1809 del 15 dicembre 2023 e n. 695 del 21 aprile 2024, , nel quale sono indicati gli acquisti di beni e servizi di importo stimato pari o superiore a € 40.000, di cui l'Azienda necessita nel corso del biennio.

La ASL BT vuole fare buona sanità con trasparenza, innovazione sostenibile ed efficienza gestionale nel rispetto dei vincoli delle risorse assegnate. Per poter realizzare la missione aziendale sono state individuate le seguenti aree su cui l'Azienda intende orientare la propria gestione nel prossimo triennio:

**Organizzazione:** gli obiettivi legati all'efficientamento della struttura in termini logistico-informatico, ma soprattutto di sviluppo della capacità di gestione delle risorse umane, necessaria per agire con competenza, rappresentano lo strumento per consentire il raggiungimento di quanto sopra enunciato.

La creazione di valore pubblico avviene, altresì, anche attraverso il miglioramento progressivo del ciclo di programmazione, misurazione, valutazione e rendicontazione delle performance calata sulle risorse a disposizione delle strutture, seguendo una logica piramidale, che consente di governare i flussi di generazione del valore .

**Gestione efficiente delle risorse.** L'Azienda ritiene strategica la gestione efficiente delle risorse. Tale *vision* è assicurata attraverso il *benchmarking* con altre realtà regionali e con i migliori standard nazionali sia per il governo clinico che per quello economico finanziario e l'implementazione e la razionalizzazione dei sistemi di acquisizione (ad esempio di beni sanitari e non sanitari, di farmaci e di servizi), il monitoraggio e contenimento della spesa.

**Gestione e sviluppo delle risorse umane.** L'Azienda ritiene strategica la gestione e lo sviluppo della risorsa umana al fine di accrescere il senso di appartenenza all'organizzazione e orientare il sistema al miglioramento dell'erogazione dell'attività assistenziale. Lo sviluppo e la crescita del personale è perseguito attraverso la condivisione dei valori e delle strategie aziendali, la promozione di attività formative, la valorizzazione delle capacità tecniche e umane del personale, lo sviluppo di un sistema aziendale di valorizzazione (definizione del sistema di crescita dei professionisti, sistema di conferimento degli incarichi dirigenziali, di posizione organizzativa e di coordinamento) e di valutazione delle performance.

**Attività Istituzionali:** il rafforzamento delle attività di regolazione, valutazione e controllo in specifici settori a tutela della salute pubblica, anche attraverso una puntuale evasione di tutte le richieste presentate dagli *stakeholder* ,ha lo scopo di aumentare la sicurezza della popolazione rispetto a potenziali rischi per la salute umana generando un beneficio oggettivo per la collettività anche in termini di esternalità positive che vengono generate.

**L'Assistenza Primaria** rappresenta la prima porta d'accesso ad un servizio sanitario **equo**. Essa è intesa come l'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita. A tal fine i servizi sono erogati da *équipe* multiprofessionali, in collaborazione con i pazienti e i loro *caregiver*, nei contesti più prossimi alla comunità e alle singole famiglie, e rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuità dell'assistenza alle persone.

**Prestazioni specialistiche appropriate e di qualità.** L'Azienda ritiene strategico il governo dell'offerta assistenziale per garantire risposte efficaci ai bisogni degli assistiti. Tale *vision* è assicurata attraverso la definizione dei percorsi di cura e di presa in carico, la loro costante implementazione, il

miglioramento dell'appropriatezza clinica ed erogativa, la strutturazione di un sistema strutturato di rilevazione e di gestione dei flussi informativi (sanitari ed economici) e di rilevazione del grado di soddisfazione e della qualità percepita per il governo aziendale.

**Sorveglianza:** implementazione e sviluppo dei sistemi di sorveglianza e registri con il fine di restituire i dati e i risultati ai principali *stakeholder* utili per valutare interventi tempestivi di sanità pubblica è tra gli obiettivi che maggiormente incidono sulla creazione di valore pubblica. Le malattie rappresentano un grave onere socioeconomico per i cittadini e i sistemi sanitari dell'UE e di tutto il mondo.

**Formazione:** la ASL persegue convintamente lo sviluppo di una formazione adeguata agli operatori sanitari, per aumentare la qualità della professionalità degli addetti alla tutela della salute. Soltanto attraverso un'alta preparazione è possibile incidere significativamente sulla buona riuscita delle politiche sanitarie programmate in un'ottica di progresso sociale, economico e sanitario sostenibile.

**Informazione:** è obiettivo della ASL rafforzare la capacità di erogare servizi diretti ai cittadini, alle istituzioni e in generale a tutti i portatori di interesse in modo da condividere informazioni correnti sulle attività.

Benessere organizzativo, welfare aziendale, conciliazione di tempi di vita e lavoro :  
è stato istituito il "**Comitato Unico di Garanzia** per le pari opportunità, la non discriminazione e il benessere di chi lavora (CUG)" quale organismo di garanzia che esercita compiti propositivi, consultivi e di verifica (ex art. 57, comma 3, del D. Lgs. n. 165 del 2001) nell'ambito della creazione del benessere lavorativo, ovvero del benessere fisico, psicologico e sociale del lavoratore al quale concorrono una serie di fattori legati ai tempi, alle modalità di lavoro, alla cultura organizzativa, nonché al clima generale che si respira nel luogo di lavoro.

## **PIANO AZIONI POSITIVE**

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

Il presente PAP è stato proposto dal Cug -Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni costituito con deliberazione del

Direttore Generale n.584 del 21 aprile 2021 e successivi atti di deliberazione di modifiche e integrazioni.

Il presente PAP distingue tre macro obiettivi:

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

Ogni macro obiettivo è stato poi declinato in singole azioni rispetto alle quali vengono messi in evidenza:

- 1) Obiettivo
- 2) Tempi di attuazione
- 3) Strutture coinvolte
- 4) Monitoraggio e indicatori

La finalità è quella di identificare con chiarezza e precisione gli elementi strategici di ogni azione che dovrà poi essere declinata in attività specifiche, monitorata e rendicontata. La corretta e concreta attuazione di ogni singola azione potrà subire variazioni rispetto alle strutture coinvolte sulla base delle esigenze che dovessero nel corso del tempo emergere.

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

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

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

**Tempi di attuazione:** 2022 avvio attività di formazione; 2023-2024 aggiornamento sulle attività svolte

**Strutture coinvolte:** Cug, Formazione

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

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

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

**Tempi di attuazione:** 2022-2023-2024

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

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

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

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

**Tempi di attuazione:** 2022-2023-2024

**Strutture coinvolte:** Area del Personale

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

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

### **Azione 1. Analisi del Clima Interno**

**Obiettivi:** Miglioramento del clima interno attraverso l'analisi dei dati a disposizione relativi al progetto "La Tua Parola Conta" (2019), la predisposizione di piani di miglioramento, la valutazione della messa in opera degli stessi e il sostegno alle successive indagini di clima.

**Tempi di attuazione:** 2022 analisi dei dati e predisposizione piano di miglioramento, 2022/2023 nuova indagine di clima interno sulla base delle indicazioni regionali, 2023-2024 analisi nuovi dati

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

**Monitoraggio e indicatori:** predisposizione del piano di miglioramento; aumento della percentuale di adesione all'indagine di clima interno; miglioramento dei dati relativi al benessere organizzativo.

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

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

**Tempi di attuazione:** 2022-2024

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

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

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

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

**Tempi di attuazione:** 2022-2023-2024

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

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

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

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

**Tempi di attuazione:** 2022-2024

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

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

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

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

**Tempi di attuazione:** 2022-2024

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

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

### **Azione 7. I suoni del benessere**

**Obiettivo:** Coltivare l'aggregazione tra dipendenti attraverso la musica con l'obiettivo di creare eventi interni rivolti ai pazienti e ai dipendenti o esterni rivolti a tutti i cittadini

**Tempi di attuazione:** 2022-2024

**Strutture coinvolte:** Cug

**Monitoraggio e indicatori:** Numero di eventi musicali interni/esterni ideati e realizzato

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

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

**Tempi di attuazione:** 2022 ideazione del progetto; 2023 organizzazione e predisposizione Liberoteca

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

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

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

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

**Tempi di attuazione:** 2022-2024

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

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

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

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

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

**Tempi di attuazione:** 2022-2023-2024

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

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

### **Azione 2. Consigliere di Fiducia**

**Obiettivo:** Istituire la presenza del Consigliere di Fiducia

**Tempi di attuazione:** 2022-2023-2024

**Strutture coinvolte:** Cug, Area del Personale

**Monitoraggio e indicatori:** Analisi procedure amministrative avviate, presenza e attività del Consigliere di Fiducia

## ACCESSIBILITÀ DIGITALE

Il programma di innovazione tecnologica e di digitalizzazione dell'Azienda Asl BT, avviato con la nomina di un **Responsabile per la Transizione Digitale**, giusta Delibera N. 1486 del 08/08/2018, prosegue all'interno di un contesto caratterizzato da una profonda regia regionale, la quale con DGR 1094 del 31 luglio 2024 ha ratificato il Piano triennale di Riorganizzazione Digitale della Regione Puglia - Aggiornamento 2023-2025, la cui Azione OR\_14 - *Potenziamento Sanità Digitale* vede come obiettivo "... potenziare l'infrastruttura digitale dell'intero territorio pugliese a supporto dei servizi sanitari regionali... omiss... attraverso l'utilizzo di sistemi informativi che facilitino l'interazione e la cooperazione tra differenti figure professionali, riducano le distanze con il cittadino, aumentando al tempo stesso la qualità e l'efficienza dei servizi pubblico".

Inoltre si rammentano le risorse messe a disposizione del PNRR, ed in particolare dalle seguenti misure:

- M6.C2 - 1.1.1. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (**Digitalizzazione delle strutture ospedaliere DEA** -- Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di Livello I e II);
- M1.C1 - 1.2 Abilitazione al **Cloud** per le PA Locali;
- M1.C1 - 1.4.3 Diffusione della piattaforma dei pagamenti elettronici **PagoPA** e dell'**AppIO** dei servizi pubblici;
- 1.4.4 Rafforzamento dell'adozione delle piattaforme nazionali di identità digitale (**SPID**, CIE) e dell'Anagrafe nazionale (**ANPR**).

L'utilizzo di tali risorse permetterà di consolidare ulteriormente gli interventi di digitalizzazione posti in essere dall'Azienda BT, così come di realizzarne di nuovi volti ad implementare l'accesso ai servizi online in maniera semplice e sicura, garantendo così il diritto di **cittadinanza digitale**.

Si ricordano le iniziative già avviate e consolidate nell'ultimo biennio, quali:

- ✓ pagamento ticket sanitario attraverso **APP IO**, integrata nativamente nel circuito **pagoPA**; implementazione in APP di messaggi *reminder*, che ricordano (5gg prima) al cittadino la prestazione di cui deve fruire, con possibilità di disdire senza incorrere in sanzioni amministrative;
- ✓ portale ritiro referti di laboratorio: l'assistito vi accede secondo credenziali rilasciate all'accettazione per scaricare successivamente il referto in completa autonomia, senza doversi recare nuovamente presso le strutture aziendali;
- ✓ attivazione di specifici canali di posta elettronica, pubblicati sul portale aziendale, con cui il cittadino può interagire per chiedere informazioni o richiedere risoluzioni di problematiche diverse;

il Portale aziendale, inoltre, permette al cittadino di accedere ai seguenti servizi on line:

- ✓ prenotazione/disdetta visite specialistiche (anche in ALPI) e vaccini;
- ✓ pagamento ticket;
- ✓ Fascicolo Sanitario Elettronico;
- ✓ consultazione diario vaccinazioni;
- ✓ consultazione esito tamponi Covid-19;
- ✓ scelta e revoca del medico;
- ✓ pagamento, attraverso il circuito pagoPA, delle tariffe relative al D.Lgs 32/2021 per i controlli sanitari ufficiali nonché per la registrazione e l'aggiornamento del riconoscimento (SCIA);
- ✓ accesso al sistema informatizzato che consente al committente o responsabile dei lavori di assolvere in modalità telematica, prima dell'inizio dei lavori di apertura di un cantiere edile, all'obbligo di trasmissione della **notifica preliminare**, secondo quanto previsto dagli artt. 54 e 99 del D. Lgs. 81/2008.

Al fine di facilitare l'accessibilità dei servizi in ottica digitale, l'Azienda intende perseguire i seguenti obiettivi:

Obiettivo	Azioni	Stakeholders	Indicatori	Tempistica
Facilitare l'interazione dei cittadini con l'Azienda	Potenziamento del sistema <b>CRM (Customer Relationship Management)</b> a supporto dell'Ufficio URP per la gestione integrata delle richieste pervenute dai cittadini via mail o via canali social (Facebook) attraverso l'utilizzo di strumenti di produttività aziendali e workflow definiti per rispondere al cittadino nel minor tempo possibile; ulteriore "addestramento" di un assistente virtuale ( <i>chatbot</i> ) che grazie ad una nutrita <i>Base di Conoscenza (knowledge Base)</i> può	URP, Cittadini	In collaborazione con la UOSVD Formazione e informazione, predisposizione di un cruscotto ad hoc per la rendicontazione delle richieste pervenute tramite i vari canali URP	31/12/2024

	interagire con il cittadino senza intermediazione umana			
Implementare il <b>Fascicolo Sanitario Elettronico</b> per consentire al cittadino la consultazione dei propri documenti clinico-sanitari quali referti, certificati, verbali di P.S., ecc.	<p>Consolidare l'architettura tecnologica aziendale che consente attraverso l'<b>ESB (Enterprise Service Bus)</b> di realizzare la cooperazione applicativa fra sistemi informativi clinico-diagnostici diversi, e fra questi e il <b>CDR (Clinical Data Repository)</b>;</p> <p>Adeguare alla nuova architettura FSE 2.0 i sistemi aziendali che producono documenti clinici;</p> <p>Organizzare corsi ad hoc per promuovere la conoscenza del Fascicolo Sanitario Elettronico presso gli operatori sanitari che operano su sistemi clinici;</p>	Cittadini, operatori sanitari dipendenti	<p>Invio al FSE di almeno l'80% dei referti di specialistica ambulatoriale (per il tramite della CCE - Cartella Clinica Elettronica) completandone il suo dispiegamento presso i Distretti non ancora attivati;</p> <p>predisposizione di apposito cruscotto per verificare il conferimento dei referti di Patologia Clinica (almeno il 95% della produzione totale);</p> <p>Avvio del conferimento</p>	31/12/2024

			dei referti RIS: invio di almeno 70% di referti di radiologia sul totale prodotti;	
Garantire al cittadino i pagamenti elettronici aziendali attraverso il circuito <b>pagoPA</b>	Evolvere i sistemi informativi attinenti ai Servizi del Dipartimento di Prevenzione, realizzando l'integrazione con il nodo regionale dei pagamenti ( <b>MyPay</b> )	Cittadini, Dipartimento di Prevenzione, AGREF	60% dei servizi di incasso del Dipartimento migrati e attivi sulla piattaforma <b>pagoPA</b>	31/12/2024
Migliorare l'interazione con il cittadino da parte dei dipendenti dell'Azienda BT	Promuovere la cultura digitale dei dipendenti aderendo al progetto <b>Competenze Digitali</b> , del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ( <a href="https://www.competenzedigitali.gov.it/index.html">https://www.competenzedigitali.gov.it/index.html</a> ), finalizzato ad affinare le competenze digitali dei dipendenti di una PA al fine di migliorare i servizi per cittadini e imprese	Dipendenti	Promozione della piattaforma <b>Syllabus</b> per il personale amministrativo;  attivazione di corsi specifici per accrescere la consapevolezza in ambito cyber security (almeno 60 discenti formati);	31/12/2024

Implementare ulteriori notifiche di messaggi al cittadino attraverso l' <b>APP IO</b> (ai sensi dell'art. 7 e 64-bis del CAD), facilitando l'interazione PA-cittadino	Evolgere i sistemi informativi aziendali per l'invio di notifiche a <b>IO</b> ; in particolare: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. notifica di disponibilità referto LIS in FSE;</li> <li>2. notifica di disponibilità referto RIS in FSE;</li> <li>3. notifica del pagamento del ticket relativo all'accesso al Pronto Soccorso con dimissione in codice bianco;</li> <li>4. notifica di una posizione debitoria a carico di un cittadino;</li> </ol>	Cittadini, Operatori	Attivazione dei servizi nel back-office di IO; % di notifiche inviate;	31/12/2024
Migrazione in <i>Cloud</i> di parte del Parco Applicativo aziendale	La migrazione in <i>Cloud</i> di alcuni dei sistemi informativi verso il PSN e il CSP di Innovapuglia consente all'amministrazione di potenziare la sicurezza dei Sistemi Informativi e dei relativi Dati, oltre che ridurre le risorse necessarie per la tenuta delle Macchine Virtuali all'interno del proprio datacenter	Ufficio ICT, DPO, Dipendenti	Completamento della migrazione dei sistemi oggetto della Strategia di migrazione: 100% dei sistemi candidati a migrazione	31/12/2024

## LE PROCEDURE DA RE-INGEGNERIZZARE

Nell'ambito dei processi di digitalizzazione sono in corso di sviluppo quei progetti volti alla dematerializzazione della documentazione clinica, in particolare l'adozione del modulo di **Blocco Operatorio**, integrato con la **Cartella Clinica Elettronica**, nuovo sistema di **Laboratorio Analisi** e l'evoluzione **dell'Enterprise service Bus**, che abilitano la dematerializzazione dei referti destinati ad alimentare il Fascicolo Sanitario Elettronico.

Con il PNRR Salute e l'approvazione di 3 (tre) progetti di digitalizzazione DEA a valere sulla misura M6C2, si apre una fase importante in cui l'azienda sarà chiamata a reingegnerizzare le procedure di presa in carico e gestione dei pazienti cronici e le procedure per la transizione ospedale-territorio, dalle cure ospedaliere alle cure intermedie.

A tal fine l'Azienda ha in corso di definizione un Programma pluriennale per le azioni di innovazione digitale in Sanità, con l'obiettivo di affrontare organicamente, in maniera integrata tutti gli aspetti chiamati in causa dalla riforma: organizzazione, processi, tecnologie digitali.

È stato altresì predisposto bozza del **Piano di Trasformazione Digitale dell'Azienda BT**, a seguito di interviste operate soprattutto coinvolgendo le Strutture Amministrative aziendali, al fine di individuare processi da digitalizzare e da rivedere all'interno di un modello organizzativo più ampio, che prevede l'interoperabilità dei vari sistemi attualmente in uso.

Il nuovo Piano introduce alcuni ulteriori e importanti elementi di novità connessi sia all'attuazione del PNRR (alcune piattaforme abilitanti, nonché la condivisione di azioni, obiettivi e risultati), e una vigilanza attiva e collaborativa sulle violazioni degli obblighi di transizione digitale, coerentemente al mandato in tal senso affidato dal CAD all'Agenzia per l'Italia Digitale (Agid).

È importante sottolineare, comunque, che l'intero *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza* fa perno sui processi di digitalizzazione e di innovazione che risultano, pertanto, trasversali a tutti gli interventi.

In linea con questo, il Piano di Trasformazione Digitale della Asl BT, che sarà adottato nel corso del 2024, individua le Aree tematiche oggetto di azione o di riqualificazione, di concerto con le strutture organizzative aziendali, con l'obiettivo di stabilire un modello strategico aziendale in tema di digitalizzazione, con i seguenti obiettivi:

- completare il percorso di digitalizzazione dell'apparato amministrativo aziendale;
- assicurare l'accessibilità dei procedimenti amministrativi digitali erogati mediante portale aziendale;
- razionalizzare i sistemi informativi esistenti, alla luce delle iniziative progettuali introdotte o da introdurre da parte della Regione Puglia;
- garantire l'interoperabilità dei sistemi informativi aziendali con quelli regionali;
- completare l'integrazione di tutti i sistemi informativi con le piattaforme abilitanti (SPID, pagoPA, APP IO, ecc.);
- assicurare, in sinergia con i Dirigenti competenti *ratione materiae* in qualità di Designati al trattamento ex D.G.R. n 145/2019 e con il Responsabile della Protezione dei Dati personali (DPO), che i sistemi informativi in uso e/o da dispiegare siano conformi ai principi di *data protection by default e by design*;
- Potenziamento della Cybersecurity, ovvero il rafforzamento della protezione dell'infrastruttura oltre che dei Dati;
- incremento delle competenze digitali del personale;

- potenziamento del monitoraggio e della governance del percorso di digitalizzazione della Asl BT, attraverso l'approccio del c.d. "**RTD diffuso**", e cioè attraverso l'individuazione di *Key User* che collaborino con l'Ufficio RTD nel processo di *governance* della trasformazione digitale aziendale.

## **Sottosezione 2.2 - Performance**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **CONTENUTI**

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

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

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

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

## **PRINCIPI DI REDAZIONE**

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

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

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

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

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

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

**Orizzonte pluriennale.** L'arco temporale di riferimento del Piano è il triennio, con scomposizione in obiettivi annuali, secondo una logica di scorrimento. La struttura del documento consente il confronto degli anni del Piano con la Relazione sulla Performance di cui all'art. 10, comma 1 lettera b), del D.Lgs.

n. 150/2009 e ss.mm.ii., che evidenzia a consuntivo e con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali conseguiti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse disponibili, con la rilevazione degli eventuali scostamenti ed il bilancio di genere realizzato.

## Il Contesto Nazionale

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

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

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

Obiettivo del legislatore è, attraverso questi strumenti, quello di garantire la sostenibilità del sistema sanitario in un periodo storico nel quale tutti i sistemi di welfare risentono della riduzione di risorse e finanziamenti, attraverso un processo di revisione della spesa che utilizzi un sistema di monitoraggio omogeneo per tutte le regioni rispetto ad un comune sistema di indicatori (di struttura, di organizzazione e di funzionamento) accettato da tutte le Regioni. Questa intesa presuppone quindi la partecipazione del sistema sanitario della Regione Puglia, consapevole, misurabile e misurata, al processo di uniformazione tendenziale agli standard definiti, e comporta la conseguente adozione di provvedimenti regionali cogenti per le Aziende sanitarie.

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

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

## **Il Contesto Regionale**

Con Deliberazione di G.R. n. 1558 del 13 novembre 2023, sono stati definiti gli obiettivi per l'anno 2023 e 2024. Gli obiettivi, sostanzialmente in linea con quelli fissati con DGR 684/2022 per l'anno 2022, riguardano nello specifico:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- controllo degli acquisti (centrale unica di acquisto, unione di acquisto, monitoraggio dei prezzi, revisione dei contratti di fornitura, eliminazione delle forniture non derivanti da procedure di pubblica evidenza);

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

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

Con tali provvedimenti la Regione Puglia ha sostanzialmente inteso:

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

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

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

### Dimensione strategica della ASL BT

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

### Analisi del contesto interno

L’ASL BT si articola in **Dipartimenti strutturali e Dipartimenti di natura “trasversale”**.

Al fine di fornire una più completa rappresentazione dell’Azienda, si riportano nella seguente tabella, i dati relativi alla consistenza del **personale** dell’ASL BT alla data del 31/12/2023 raffrontato al dato del personale al 31/12/2022.

Organico per Contratto e Ruolo al 31/12/2023 vs 31/12/2022

Dirigenza		31/12/2022	31/12/2023	Variazione	Variazione %
		Nr.	Nr.	Nr.	%
	Sanitario	861	851	-10	-1,16%
	Amministrativo	27	26	-1	-3,70%
	Professionale	5	5	0	0,00%
	Tecnico	2	3	1	50,00%
Dirigenza Totale		895	885	-10	-1,12%

Comparto		31/12/2022	31/12/2023	Variazione	Variazione %
		Nr.	Nr.	Nr.	%
	Sanitario	2106	2062	-44	-2,09%
	Amministrativo	282	310	28	9,93%
	Professionale	4	4	0	0,00%
	Tecnico	636	238	-398	-62,58%
	Socio Sanitario	0	417	417	100,00%
Comparto Totale		3028	3031	3	0,10%

Totale Personale		3923	3916	-7	-0,18%
------------------	--	------	------	----	--------

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 2024 e quelli relativi al “Consuntivo 2022”.

Tale confronto è stato fatto rispetto al bilancio d’esercizio 2022 in quanto i dati relativi al preconsuntivo 2023 non sono ancora determinabili con ragionevole certezza, soprattutto con riferimento alle risorse regionali spettanti alle singole aziende e necessarie per la copertura dei maggiori costi sostenuti per affrontare la pandemia ed al caro energia.

CODICE	DESCRIZIONE	CE Previsionale 2024 (Unità di euro)	CE Consuntivo 2022 (Unità di euro)	val.assoluto (Unità di euro)	var. %
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	832.309.981	792.542.699	39.767.282	5,0
	<b>B) Costi della produzione</b>	-	-	-	
BA0010	B.1) Acquisti di beni	137.080.455	123.634.515	13.445.940	10,9
BA0390	B.2) Acquisti di servizi	406.610.482	402.628.366	3.982.116	1,0
BA0400	B.2.A) Acquisti servizi sanitari	358.176.353	349.873.654	8.302.699	2,4
BA1560	B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	48.434.129	52.754.712	- 4.320.583	-8,2
BA1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	10.617.031	11.063.258	- 446.227	-4,0
BA1990	B.4) Godimento di beni di terzi	8.115.134	7.473.569	641.565	8,6
BA2080	Totale Costo del personale	218.540.201	215.552.954	2.987.247	1,4
BA2560	Totale Ammortamenti	13.174.154	13.174.154	0	0,0
BA2630	B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	88.224	-	88.224	
BA2660	B.13) Variazione delle rimanenze	-	- 534.921	534.921	-100,0
BA2690	B.14) Accantonamenti dell'esercizio	19.178.891	10.370.008	8.808.883	84,9
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	816.017.835	787.279.150	28.738.685	3,7
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	-	2.126.880	- 2.126.880	-100,0
DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-	-	-	
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	-	767.725	- 767.725	-100,0
XA0000	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	16.292.146	8.158.155	8.133.991	99,7
YZ9999	Totale imposte e tasse (Y)	16.292.146	15.788.520	503.626	3,2
ZZ9999	<b>RISULTATO DI ESERCIZIO</b>	0	- 7.630.365	7.630.365	

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

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

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

### **ASSISTENZA OSPEDALIERA**

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

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

<b>Presidio/Plesso Ospedaliero</b>	<b>Classificazione D.M. 70/2015</b>	<b>Totale Dotazione P.L. da Piano di Riordino Ospedaliero</b>	<b>Totale P.L. per attività Anno 2023 (*)</b>
Andria	Ospedale I Livello	224 posti letto	145 posti letto
Canosa di Puglia	Plesso Post Acuzie	60 posti letto	36 posti letto
Barletta	Ospedale I livello	305 posti letto	201 posti letto
Bisceglie	Ospedale di Base	182 posti letto	98 posti letto

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

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

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. Il relativo progetto dell'ospedale "orizzontale" è stato presentato il 16 luglio 2021 presso Castel del Monte e prevede un'occupazione complessiva di 82 mila metri quadrati di cui 75 mila saranno di superficie ospedaliera. Il nuovo ospedale sarà di II livello con una dotazione di 400 posti letto, un comparto operatorio di 15 sale, 14 sale diagnostiche, 4 sale operatorie destinate al day surgery, 30 ambulatori di cui 4 chirurgici, 8 sale parto di cui 5 sale travaglio/parto e 1 per parto in acqua, 25 postazioni di dialisi, 5 sale endoscopiche. Il Pronto Soccorso avrà 20 posti letto di Osservazione breve intensiva, 14 sale visita, 2 shock room, 2 sale radiografiche e 2 sale ecografiche.

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.

#### NUOVO OSPEDALE BISCEGLIE

Inoltre, con DGR n. 89/2019, la Regione Puglia ha, tra gli altri, individuato l'intervento Nuovo Ospedale del Nord Barese, ricadente su un'area collocata nell'ambito territoriale della ASL BT e precisamente

tra il confine amministrativo dei comuni di Bisceglie e Molfetta, per il quale la ASL BT ha già aggiudicato l'affidamento dei servizi di architettura e ingegneria per la progettazione definitiva del nuovo ospedale.

## **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**

## **INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA**

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

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

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

## **PREVENZIONE**

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

salubri, e per l'area veterinaria igiene degli alimenti di origine animale, igiene allevamenti e produzioni zootecniche, sanità animale.

## FARMACEUTICA

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

## Analisi del contesto esterno

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

1. fornire una visione integrata della situazione in cui l'amministrazione va ad operare;
2. stimare preliminarmente le potenziali interazioni e sinergie con i soggetti coinvolti nella attuazione delle strategie che si intendono realizzare;
3. verificare i vincoli e le opportunità offerte dall'ambiente di riferimento;
4. verificare i punti di forza e i punti di debolezza che caratterizzano la propria organizzazione rispetto alle strategie da realizzare.

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

La rappresentazione grafica mostra che la popolazione della Provincia BT al 01.01.2023 ammonta a **378.768 residenti**, di cui **187.189** maschi e **191.579** femmine.

## Popolazione Istat al 01 gennaio 2023

Codice comune	Comune	Totale Maschi	Totale Femmine	Maschi + Femmine
110001	Andria	48.029	49.317	97.346
110002	Barletta	45.924	46.703	92.627
110003	Bisceglie	26.521	27.143	53.664
110004	Canosa di Puglia	13.875	14.123	27.998
110005	Margherita di Savoia	5.464	5.704	11.168
110006	Minervino Murge	4.032	4.158	8.190
110007	San Ferdinando di Puglia	6.837	6.834	13.671
110008	Spinazzola	2.869	3.068	5.937
110009	Trani	27.201	27.862	55.063
110010	Trinitapoli	6.759	7.086	13.845
<b>Totale</b>		<b>187.511</b>	<b>191.998</b>	<b>379.509</b>

**Popolazione Istat al 01 gennaio 2023 suddivisa per Distretto e Fascia di età**

ETA'	DSS 1	DSS 2	DSS 3	DSS 4	DSS 5	TOTALE ASL
0-4	1.511	3.921	1.315	3.548	3.949	14.244
5-14	3.638	9.535	3.435	8.566	9.994	35.168
15-44 (M)	6.866	18.067	7.191	16.756	19.026	67.906
15-44 (F)	6.688	17.525	6.797	16.300	18.418	65.728
45-64	11.430	29.375	13.280	28.116	34.113	116.314
65-74	4.317	9.992	5.168	10.012	12.246	41.735
75 e oltre	4.234	8.931	4.939	9.329	10.981	38.414
<b>Totale</b>	<b>38.684</b>	<b>97.346</b>	<b>42.125</b>	<b>92.627</b>	<b>108.727</b>	<b>379.509</b>

**Percentuale Popolazione Istat al 01 gennaio 2023 suddivisa per Distretto e Fascia di età**

ETA'	DSS 1	DSS 2	DSS 3	DSS 4	DSS 5	TOTALE ASL
0-4	3,91%	4,03%	3,12%	3,83%	3,63%	3,75%
5-14	9,40%	9,79%	8,15%	9,25%	9,19%	9,27%
15-44 (M)	17,75%	18,56%	17,07%	18,09%	17,50%	17,89%
15-44 (F)	17,29%	18,00%	16,14%	17,60%	16,94%	17,32%
45-64	29,55%	30,18%	31,53%	30,35%	31,37%	30,65%
65-74	11,16%	10,26%	12,27%	10,81%	11,26%	11,00%
75 e oltre	10,95%	9,17%	11,72%	10,07%	10,10%	10,12%
<b>Totale</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

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

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

## Il rapporto con gli Stakeholder

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) in modo sistematico ed organico attraverso le indagini di customer satisfaction volte a rilevare il grado di soddisfazione degli utenti in relazione alla qualità dei servizi erogati ed in ragione dello specifico contesto organizzativo al fine di poter rilevare gli eventuali elementi di criticità come possibili riferimenti per il miglioramento. Pertanto, dovrà essere garantita e predisposta un'adeguata e sistematica reportistica di monitoraggio periodico da parte degli uffici U.R.P., che consenta di analizzare i reclami e le segnalazioni (rilevanti e ricorrenti) acquisite al fine di individuare i punti di forza oppure di debolezza delle

articolazioni/unità organizzative interessate. In tale senso potranno essere considerate anche le eventuali proposte e/o segnalazioni da parte del Comitato Consultivo Misto con le Associazioni di Volontariato iscritte nell'albo aziendale nonché di quanto previsto dal regolamento aziendale di Pubblica Tutela, approvato con deliberazione n. 1719 del 10 ottobre 2021;

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

## La ASL BT in cifre – Dati di attività

### Rete Ospedaliera e Ambulatoriale

Nelle tabelle di seguito riportate si evidenziano i dati relativi all'attività ospedaliera dell'ASL BT. In particolari è stato estratto il numero dei ricoveri complessivi, sia in regime ordinario che in day hospital, riferito agli anni 2022 e 2021, atteso che non risultano ancora disponibili i dati definitivi riferiti all'anno 2023.

Di seguito si riportano i principali dati di attività relativi al 2022, concernenti l'assistenza ospedaliera, confrontati con quelli dell'esercizio 2021. 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 2022

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

Anno 2021

Presidio	Posti letto (*)	Ricoveri ordinari	gg. degenza	Degenza media	% utilizzo** p.l.	Peso medio
P.O. Andria - Canosa	30	226	3.517	15,6		1,60
P.O. Andria	159	8.380	50.530	6,0	87,1	1,42
P.O. Bisceglie	89	1.448	18.198	12,6		1,72
P.O. Barletta	199	7.251	60.240	8,3		1,21
<b>TOTALI</b>	<b>477</b>	<b>17.305</b>	<b>132.485</b>	<b>7,7</b>	<b>76,1</b>	<b>1,36</b>

\*\* La % di Utilizzo dei Posti Letto è stata calcolata solo su Andria in quanto unico Ospedale ad aver svolto attività di Ricovero ordinaria per l'intero anno. (P.O. di Bisceglie = Ospedale Covid; Plesso di Canosa = Post Covid; P.O. di Barletta Ospedale Covid Parziale.)

Differenza 2022 vs. 2021

Presidio	Posti letto (*)	Ricoveri ordinari	gg. degenza	Degenza media	% utilizzo p.l.	Peso medio
P.O. Andria - Canosa	0	163	3.644	2,8		-0,46
P.O. Andria	-5	-241	-4.397	-0,4		-0,01
P.O. Bisceglie	-8	604	1.394	-3,0		-0,32
P.O. Barletta	-1	1.130	1.561	-0,9		-0,11
<b>TOTALI</b>	<b>374</b>	<b>17.513</b>	<b>116.489</b>	<b>-5,5</b>	<b>79,7</b>	<b>-0,46</b>

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

Anno 2022

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

Anno 2021

Presidio	Posti letto	Ricoveri d.h.	Accessi	Accessi medi	Peso medio
P.O. Andria - Canosa	0	0	0	0,0	0,00
P.O. Andria	9	39	118	3,0	0,70
P.O. Bisceglie	0	0	0	0,0	0,00
P.O. Barletta	20	716	1.561	2,2	0,52
<b>TOTALI</b>	<b>29</b>	<b>755</b>	<b>1.679</b>	<b>2,2</b>	<b>0,53</b>

Differenza 2022 vs. 2021

Presidio	Posti letto	Ricoveri d.h.	Accessi	Accessi medi	Peso medio
P.O. Andria - Canosa	0	0	0	0,0	0,00
P.O. Andria	-4	-19	-72	-0,7	-0,05
P.O. Bisceglie	0	0	0	0,0	0,00
P.O. Barletta	0	190	741	0,4	0,08
<b>TOTALI</b>	<b>25</b>	<b>926</b>	<b>2.348</b>	<b>2,5</b>	<b>0,60</b>

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ricov. ord.	35.619	33.346	30.387	29.909	28.732	27.734	26.910	24.969	18.736	17.777	18.961
Ricov. diurni	12.398	8.451	5.394	2.836	2.336	2.688	2.076	1.136	787	755	926
<b>Totale</b>	<b>48.017</b>	<b>41.797</b>	<b>35.781</b>	<b>32.745</b>	<b>31.068</b>	<b>30.422</b>	<b>28.986</b>	<b>26.105</b>	<b>19.523</b>	<b>18.532</b>	<b>19.887</b>

Dal confronto dei dati informativi di Edotto Gestionale rilevati per gli anni 2022 e 2021 si evidenzia un incremento dei casi trattati in regime di ricovero ordinario, pari a 9,6%, attribuibile principalmente alla ripresa dei ricoveri programmati post pandemia e recupero delle liste di attesa.

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

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

Nello specifico si riporta la seguente distribuzione dei ricoveri ospedalieri complessivi (strutture pubbliche + privato accreditato) per le principali MDC trattate negli anni 2023 (dato non consolidato) e 2022:

**Tab MDC per sesso**

MDC	Sdesc. MDC	2023			2022			% 2023-2021		
		Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
-2	sconosciuto (-1)	138	79	217	143	85	228	-4%	-8%	-5%
1	malattie e disturbi del sistema nervoso (1)	751	613	1.364	816	627	1.443	-9%	-2%	-6%
2	malattie e disturbi dell'occhio (2)	103	89	192	97	81	178	6%	9%	7%
3	malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola (3)	276	172	448	232	120	352	16%	30%	21%
4	malattie e disturbi dell'apparato respiratorio (4)	1.164	920	2.084	1.435	1.059	2.494	-23%	-15%	-20%
5	malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (5)	1.612	920	2.532	1.592	931	2.523	1%	-1%	0%
6	malattie e disturbi dell'apparato digerente (6)	1.325	777	2.102	1.265	749	2.014	5%	4%	4%
7	malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas (7)	454	475	929	478	424	902	-5%	11%	3%
8	malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (8)	962	1.365	2.327	1.056	1.448	2.504	-10%	-6%	-8%
9	malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella (9)	112	189	301	100	242	342	11%	-28%	-14%
10	malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici (10)	326	392	718	392	473	865	-20%	-21%	-20%
11	malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie (11)	676	366	1.042	697	427	1.124	-3%	-17%	-8%
12	malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile (12)	355		355	226		226	36%		36%
13	malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile (13)		461	461		318	318		31%	31%
14	gravidanza, parto e puerperio (14)		2.195	2.195		2.003	2.003		9%	9%
15	malattie e disturbi del periodo neonatale (15)	717	660	1.377	669	649	1.318	7%	2%	4%
16	malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario (16)	37	53	90	49	63	112	-32%	-19%	-24%
17	malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate (17)	214	203	417	201	230	431	6%	-13%	-3%
18	malattie infettive e parassitarie(sistemiche o di sedi non specificate) (18)	757	637	1.394	620	557	1.177	18%	13%	16%
19	malattie e disturbi mentali (19)	187	113	300	279	187	466	-49%	-65%	-55%
20	abuso di alcol/droghe e disturbi mentali organici indotti (20)	25	1	26	43	9	52	-72%	-800%	-100%
21	traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci (21)	95	53	148	123	71	194	-29%	-34%	-31%
22	ustioni (22)	1		1				100%		100%
23	fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari (23)	173	193	366	188	226	414	-9%	-17%	-13%
24	traumatismi multipli rilevanti (24)	24	15	39	41	16	57	-71%	-7%	-46%
25	infezioni da h.i.v. (25)	8	3	11	6	2	8	25%	33%	27%
<b>Totale complessivo</b>		<b>10.492</b>	<b>10.944</b>	<b>21.436</b>	<b>10.748</b>	<b>10.997</b>	<b>21.745</b>	<b>-2%</b>	<b>0%</b>	<b>-1%</b>

Le maggiori patologie trattate non considerando gravidanza, parto e puerperio (MDC 14) e malattie del periodo neonatale (MDC 15), hanno riguardato prevalentemente, malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (MDC 5) n.2532 episodi di ricovero, episodi di ricovero malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (MDC 8) n.2.327 episodi di ricovero, malattie e disturbi dell'apparato respiratorio (MDC 4) n.2084; , malattie e disturbi dell'apparato digerente (MDC 6) n. 2.102 episodi di ricovero.

Al fine di poter valutare i volumi di produzione e i principali indicatori di attività, attraverso un confronto con le restanti Asl pugliesi, si è proceduto ad incrociare le risultanze del 2023 con il dato anno 2019 (Pre COVID), raffrontando per disciplina, le risultanze delle singole Unità Operative con il dato medio delle asl Pugliesi. Si riportano di seguito le risultanze emerse.

Una prima analisi effettuata ha riguardato i volumi di produzione, in termini economici, ed in particolare la variazione % registrata a tutto **settembre 2023** raffrontata al medesimo periodo del 2019 (Anno di riferimento pre-covid) (**Fonte Sistema Informativo Direzionale DISAR al 13 gennaio 2023 Dato Non consolidato**).

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

Come si evince dalla lettura del seguente report, in Regione Puglia si registra una **riduzione media a livello regionale** rispettivamente del **-3% del valore dei ricoveri** e del **-9% del valore delle prestazioni ambulatoriali e day service**. **Diversamente, per l'Asl Bt** si registra in controtendenza rispetto alla media regionale, un incremento del **18 % del valore dei ricoveri e del**

**-12 % del valore delle prestazioni ambulatoriali e di day service.** Alla luce di quanto evidenziato in termini di volumi si può pertanto affermare che l'attività chirurgica di ricovero è riuscita a recuperare il gap del precedente biennio dovuto alla pandemia, sebbene tale incremento di attività non si traduca anche in abbattimento delle liste di attesa stante la domanda crescente di prestazioni.

Si riporta di seguito il report per singola disciplina:

Disciplina	Asl Regione Puglia					
	2019 Gen-Sett		2023 Gen-Sett		2023/2019 Var %	
	Ricoveri	Specialisti	Ricoveri	Specialisti	Ricoveri	Specialisti
09 - chirurgia generale	60.711.761	12.557.190	58.002.693	11.401.607	-4%	-9%
30 - neurochirurgia	16.966.707	806.457	14.650.241	1.555.753	-14%	93%
34 - oculistica	2.659.648	31.771.730	1.849.110	27.437.622	-30%	-14%
36 - ortopedia e traumatologia	64.146.614	12.534.185	64.104.967	11.389.247	0%	-9%
37 - ostetricia e ginecologia	36.830.682	7.974.587	33.209.182	8.424.252	-10%	6%
38 - otorinolaringoiatria	9.797.969	5.661.161	8.597.005	5.143.723	-12%	-9%
43 - urologia	17.022.163	6.396.938	21.101.763	5.722.192	24%	-11%
	208.135.544	77.702.249	201.514.961	71.074.396	-3%	-9%

Con riferimento a ciascuna disciplina, nelle ultime due colonne è possibile verificare in verde le strutture che hanno avuto nel 2023 sul 2019, una variazione %, migliore di quella registrata nelle medesime discipline dalle restanti asl pugliesi, ed in rosso le strutture che registrano un peggioramento.

Disciplina	2023/2019 Var %		Asl BT 2019 Gen-Sett		Asl Bt 2023 Gen-Sett		2023/2019 Var %		Performance Rispetto A Media Regione Puglia	
	Ricov	Specialistica	Ricoveri	Specialisti	Ricoveri	Specialistica	Ricov	Specialistica	Ricoveri	Specialisti
	09 - chirurgia generale	-4%	-9%	7.647.412	1.089.139	8.529.725	1.257.558	12%	15%	Migliore
30 - neurochirurgia	-14%	93%	3.143.962	57.502	3.510.750	200.710	12%	249%	Migliore	Migliore
34 - oculistica	-30%	-14%	196.015	1.718.334	246.354	1.892.100	26%	10%	Migliore	Migliore
36 - ortopedia e traumatologia	0%	-9%	7.517.811	1.354.747	7.989.341	1.413.978	6%	4%	Migliore	Migliore
37 - ostetricia e ginecologia	-10%	6%	4.094.472	629.760	2.986.657	882.535	-27%	40%	Peggioro	Migliore
38 - otorinolaringoiatria	-12%	-9%	2.381.304	713.001	2.259.481	587.684	-5%	-18%	Migliore	Peggioro
43 - urologia	24%	-11%	1.339.023	513.950	5.485.912	594.446	310%	16%	Migliore	Migliore
	-3%	-9%	26.319.998	6.076.433	31.008.219	6.829.010	18%	12%	Migliore	Migliore

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

Anche per le discipline mediche, si registra un miglioramento dei volumi di produzione rispetto alla media regionale. Nello specifico, a fronte di una **riduzione media a livello regionale** rispettivamente del **-16% del valore dei ricoveri** e del **-23% del valore delle prestazioni ambulatoriali e di day service**, è possibile evince **per l'Asl Bt un sostanziale riallineamento con il 2019**

attestandosi la riduzione all' -1% del valore dei ricoveri -0.5 % del valore delle prestazioni ambulatoriali e di day service.

Disciplina	Asl Regione Puglia					
	2019 Gen-Sett		2023 Gen-Sett		2023/2019 Var %	
	Ricoveri	Specialisti	Ricoveri	Specialisti	Ricov	Specialistic a
08 - cardiologia	58.973.963	15.356.424	53.148.864	10.858.317	-10%	-29%
18 - ematologia	11.948.726	2.398.938	9.500.199	3.003.204	-20%	25%
21 - geriatria	9.584.741	135.304	7.210.250	434.125	-25%	221%
24 - malattie infettive e tropicali	7.390.770	210.312	7.278.409	227.549	-2%	8%
26 - medicina generale	71.884.488	7.342.774	62.312.440	6.842.660	-13%	-7%
29 - nefrologia	14.346.578	54.438.421	10.948.638	36.580.431	-24%	-33%
31 - nido	7.129.620	0	6.721.458	0	-6%	
32 - neurologia	16.685.201	3.727.385	14.052.239	3.821.219	-16%	3%
39 - pediatria	20.726.954	1.383.701	14.570.480	1.448.266	-30%	5%
40 - psichiatria	6.227.665	1.163.277	4.939.218	396.173	-21%	-66%
49 - terapia intensiva	21.330.086	0	19.589.335	0	-8%	
50 - unità coronarica	7.492.707	0	8.178.403	0	9%	
56 - recupero e riabilitazione funzio	18.626.453	0	8.827.609	0	-53%	
58 - gastroenterologia	5.331.993	4.207.318	4.395.674	4.349.517	-18%	3%
60 - lungodegenti	3.310.723	0	3.168.889	0	-4%	
64 - oncologia	7.175.752	7.223.665	5.918.046	6.735.701	-18%	-7%
94 - terapia semintensiva	0	0	617.795	0		
	288.166.419	97.587.519	241.377.946	74.697.161	-16%	-23%

## DISCIPLINE MEDICHE

Disciplina	2023/2019 Var %		Asl BT 2019 Gen-Sett		Asl Bt 2023 Gen-Sett		2023/2019 Var %		Performance Rispetto A Media Regione Puglia	
	Ricov	Specialistica	Ricoveri	Specialisti	Ricoveri	Specialistica	Ricov	Specialisti	Ricoveri	Specialisti
08 - cardiologia	-10%	-29%	7.498.402	1.418.670	7.630.193	1.268.391	2%	-11%	Migliore	Migliore
18 - ematologia	-20%	25%	2.012.525	232.487	2.328.723	844.790	16%	263%	Migliore	Migliore
21 - geriatria	-25%	221%	557.878	248	0	372	-100%	50%	Peggior	Peggior
24 - malattie infettive e tropicali	-2%	8%	1.671.765	68.905	1.731.564	68.512	4%	-1%	Migliore	Peggior
26 - medicina generale	-13%	-7%	7.617.099	777.002	6.967.645	683.455	-9%	-12%	Migliore	Peggior
29 - nefrologia	-24%	-33%	2.087.028	5.655.288	1.315.934	4.958.781	-37%	-12%	Peggior	Migliore
31 - nido	-6%		1.032.514	0	808.443	0	-22%		Peggior	
32 - neurologia	-16%	3%	2.255.739	359.363	2.778.828	529.762	23%	47%	Migliore	Migliore
39 - pediatria	-30%	5%	2.894.046	176.030	1.776.694	156.034	-39%	-11%	Peggior	Peggior
40 - psichiatria	-21%	-66%	698.943	12.697	452.988	19.660	-35%	55%	Peggior	Migliore
49 - terapia intensiva	-8%		3.830.582	0	3.987.421	0	4%		Migliore	
50 - unità coronarica	9%		1.037.846	0	1.238.906	0	19%		Migliore	
56 - recupero e riabilitazione funzio	-53%		0	0	722.428	0			Migliore	
58 - gastroenterologia	-18%	3%	991.107	587.406	1.650.939	562.608	67%	-4%	Migliore	Peggior
60 - lungodegenti	-4%		145.992	0	441.148	0	202%		Migliore	
64 - oncologia	-18%	-7%	1.184.235	141.457	1.283.994	290.317	8%	105%	Migliore	Migliore
94 - terapia semintensiva			0	0	97.237	0				
	-16%	-23%	35.515.701	9.429.552	35.213.085	9.382.681	-1%	0%	Migliore	Migliore

## ALTRE DISCIPLINE

In ultimo per le restanti discipline e con riferimento alla sola attività ambulatoriale, si registra un risultato eccellente se si considera che, a fronte di un incremento **a livello regionale del +3% del valore delle prestazioni ambulatoriali e di day service**, si registra **per l'Asl Bt** un incremento del 14% con un delta % del 11%. Uniche eccezioni le attività di medicina nucleare, le prestazioni di laboratorio e la medicina dello sport.

Si riporta di seguito il report per singola disciplina:

Disciplina	Regione Puglia			Asl Bt			Specialisti
	2019	2023	2023/2019	2019	2023	2023/2019	
altre prestazioni specialistiche (90)	5.971.163	3.425.760	-43%	210.844	151.901	-28%	Migliore
anestesia (91)	875.154	714.927	-18%	94.602	114.855	21%	Migliore
chirurgia plastica (35)	3.475.712	2.260.012	-35%	330.195	260.574	-21%	Migliore
chirurgia vascolare - angiologia (37)	2.464.832	2.055.696	-17%	17.224	106.350	517%	Migliore
dermosifilopatia (4)	6.224.315	4.939.537	-21%	267.555	250.375	-6%	Migliore
diagnostica per immagini: medicina nucleare	13.466.173	15.621.105	16%	2.884.028	2.563.066	-11%	Peggior
diagnostica per immagini: radiologia diagnostica	55.088.837	46.135.293	-16%	5.230.701	5.348.342	2%	Migliore
endocrinologia (6)	4.029.876	2.788.819	-31%	304.261	311.474	2%	Migliore
lab. analisi chimico cliniche e microbiologiche	71.970.787	88.250.883	23%	4.463.670	5.029.688	13%	Peggior
medicina dello sport (8)	890.146	477.768	-46%	188.653	92.203	-51%	Peggior
medicina fisica e riabilitazione-recupero	3.416.944	2.910.514	-15%	313.505	439.377	40%	Migliore
odontostomatologia - chirurgia maxillo facciale	1.171.338	428.689	-63%	170.579	108.764	-36%	Migliore
pneumologia (17)	3.652.155	3.758.356	3%	443.554	922.957	108%	Migliore
radioterapia (87)	8.283.269	13.242.650	60%	1.961.003	3.498.950	78%	Migliore
reumatologia (18)	606.596	486.431	-20%	43.948	49.610	13%	Migliore
	181.587.299	187.496.439	3%	16.924.322	19.248.486	14%	Migliore

In ultimo si riporta una tabella che quantifica il valore delle prestazioni di ricovero e ambulatoriale rapportato alla popolazione residente, che evidenzia per l'asl bt un dato superiore alla media regionale sia nel 2019 che nel 2023 con un significativo incremento nel 2023 che consente all'Asl BT di attestarsi come fatturato per cittadino residente, seconda alla sola Asl BR rispetto alla 4° posizione fra le Asl pugliesi relativa all'anno 2019.

Anno 2019					
Azienda	Ricoveri	Specialistica	Totale	Popolazione	Produttività Per Residente
160106 - br	87.667.724	41.432.638	129.100.362	385.235	335
160112 - ta	101.984.114	53.545.096	155.529.211	563.995	276
160113 - bt	61.835.700	32.433.397	94.269.097	384.801	245
160114 - ba	124.451.235	96.856.644	221.307.879	1.230.205	180
160115 - fg	37.771.827	66.006.348	103.778.175	606.904	171
160116 - le	143.386.521	74.800.288	218.186.808	782.165	279
	<b>557.097.121</b>	<b>365.074.412</b>	<b>922.171.532</b>	<b>3.953.305</b>	<b>233</b>
Anno 2023					
Azienda	Ricoveri	Specialistica	Totale	Popolazione	Produttività Per Residente
160106 - br	71.572.783	41.369.225	112.942.009	379.552	298
160112 - ta	89.247.946	43.663.494	132.911.441	556.692	239
160113 - bt	66.221.304	35.462.680	101.683.984	379.509	268
160114 - ba	118.832.678	107.737.437	226.570.115	1.225.048	185
160115 - fg	29.515.207	62.014.597	91.529.803	595.682	154
160116 - le	114.832.041	49.537.765	164.369.806	771.230	213
	<b>490.221.960</b>	<b>339.785.198</b>	<b>830.007.158</b>	<b>3.907.713</b>	<b>212</b>

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

Ultimata l'analisi sul valore della produzione, si riporta di seguito, per singola disciplina, una analisi dei principali indicatori di attività che confronta i primi 9 mesi del 2023 evidenziando altresì, per ciascun indicatore, il posizionamento rispetto alle U.O. afferenti alle restanti Asl Pugliesi. Oltre alla posizione rispetto alle altre Asl Pugliesi, la colorazione riportata nelle celle sta ad indicare con il colore verde, che la struttura è piu' performante rispetto alla media regionale, con il colore giallo, che la struttura è in linea con il dato medio regionale, ed infine con il **colore rosso che le performance della struttura sono inferiori al dato medio regionale.**

## Degenza media

		1 Deg Media		
STRUTTURA	Disciplina	Asl B	Asl Puglia	Performance
S.Comp. P.O. Andria - Cardiologia	08 - cardiologia - 50 Utic	3,79	5,48	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Chirurgia Generale	09 - chirurgia generale	7,55	6,16	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Medicina Interna	26 - medicina generale	7,33	10,94	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. Po Barletta - Nefrologia e Dialisi	29 - nefrologia	7,13	10,02	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Neurochirurgia	30 - neurochirurgia	8,29	8,85	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
<b>S.Comp. P.O. Andria - Pediatria-Neonatologia</b>	<b>39 Pediatria e 31 Nido</b>	2,88	3,55	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Neurologia	32 - neurologia	9,32	8,95	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Ortopedia	36 - ortopedia e traumatologia	6,64	6,80	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Ostetricia-Ginecologia	37 - ostetricia e ginecologia	3,17	3,81	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Urologia	43 - urologia	4,38	4,89	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Anestesia-Rianimazione	49 - terapia intensiva	11,64	13,51	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
U.O.S.V.D. Riabilitazione cardiologica Canosa	56 - recupero e riabilitazione funzionale	17,51	30,18	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Medicina Interna	60 - lungodegenti	20,16	19,88	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
<b>S.Comp. P.O. Barletta - Cardiologia</b>	<b>08 - cardiologia - 50 Utic</b>	5,74	5,48	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Chirurgia Generale	09 - chirurgia generale	5,90	6,16	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Ematologia	18 - ematologia	16,75	15,72	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. Po Barletta - Medicina Interna	26 - medicina generale	11,29	10,94	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. Po Barletta - Nefrologia e Dialisi	29 - nefrologia	9,89	10,02	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
<b>S.Comp. P.O. Barletta - Pediatria-Neonatologia</b>	<b>39 Pediatria e 31 Nido</b>	3,84	3,55	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. Po Barletta - Neurologia	32 - neurologia	8,21	8,95	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Oculistica	34 - oculistica	5,71	6,01	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Ortopedia	36 - ortopedia e traumatologia	7,33	6,80	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Ostetricia-Ginecologia	37 - ostetricia e ginecologia	3,49	3,81	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - O.R.L.	38 - otorinolaringoiatria	6,01	4,77	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Spdc	40 - psichiatria	10,03	14,08	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Anestesia-Rianimazione	49 - terapia intensiva	14,63	13,51	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. Po Barletta - Gastroenterologia	58 - gastroenterologia	9,26	7,79	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Oncologia	64 - oncologia	6,90	9,62	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
U.O.S.V.D. Cardiologia PO Bisceglie - telecardiologia ambulatoriale/domiciliare	08 - cardiologia	5,69	5,47	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
U.O.S.V.D. Chirurgia Generale P.O. Bisceglie	09 - chirurgia generale	5,29	6,16	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Bisceglie - Malattie infettive	24 - malattie infettive e tropicali	13,03	14,20	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
U.O.S.V.D. Ostetricia e Ginecologia P.O. Bisceglie	37 - ostetricia e ginecologia	3,41	3,81	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Bisceglie - Medicina Interna	26 - medicina generale	14,33	10,94	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
<b>U.O.S.V.D. Pediatria-Neonatologia P.O. Bisceglie</b>	<b>39 Pediatria e 31 Nido</b>	3,63	3,55	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
U.O.S.V.D. Ortopedia P.O. Bisceglie	36 - ortopedia e traumatologia	6,72	6,80	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
U.O.S.V.D. Anestesia-Rianimazione P.O. Bisceglie	49 - terapia intensiva	11,94	13,51	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
Terapia Semintensiva	94 - terapia semintensiva	15,53	11,66	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi

## Valore medio Drg

STRUTTURA	Disciplina	2 Valore Drg Medio		
		Asl BT	Asl Pug	Performance
<b>S.Comp. P.O. Andria - Cardiologia</b>	<b>08 - cardiologia - 50 Utic</b>	5.218	4.370	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Chirurgia Generale	09 - chirurgia generale	4.938	3.852	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Medicina Interna	26 - medicina generale	4.396	3.850	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. Po Barletta - Nefrologia e Dialisi	29 - nefrologia	3.593	3.694	Peggiora della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Neurochirurgia	30 - neurochirurgia	8.796	7.218	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
<b>S.Comp. P.O. Andria - Pediatria-Neonatologia</b>	<b>39 Pediatria e 31 Nido</b>	1.203	1.244	Peggiora della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Neurologia	32 - neurologia	4.173	3.681	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Ortopedia	36 - ortopedia e traumatologia	6.622	5.329	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Ostetricia-Ginecologia	37 - ostetricia e ginecologia	1.784	1.563	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Urologia	43 - urologia	5.658	3.574	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Anestesia-Rianimazione	49 - terapia intensiva	17.986	12.942	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
U.O.S.V.D. Riabilitazione cardiologica Canosa	56 - recupero e riabilitazione funzionale	4.326	6.271	Peggiora della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Medicina Interna	60 - lungodegenti	3.042	3.030	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
<b>S.Comp. P.O. Barletta - Cardiologia</b>	<b>08 - cardiologia - 50 Utic</b>	3.253	4.370	Peggiora della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Chirurgia Generale	09 - chirurgia generale	2.455	3.852	Peggiora della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Ematologia	18 - ematologia	15.007	11.342	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. Po Barletta - Medicina Interna	26 - medicina generale	3.724	3.850	Peggiora della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. Po Barletta - Nefrologia e Dialisi	29 - nefrologia	3.401	3.694	Peggiora della Media Regionale delle Asl Pugliesi
<b>S.Comp. P.O. Barletta - Pediatria-Neonatologia</b>	<b>39 Pediatria e 31 Nido</b>	1.253	1.244	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. Po Barletta - Neurologia	32 - neurologia	4.122	3.681	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Oculistica	34 - oculistica	1.852	1.906	Peggiora della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Ortopedia	36 - ortopedia e traumatologia	5.797	5.329	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Ostetricia-Ginecologia	37 - ostetricia e ginecologia	1.213	1.563	Peggiora della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - O.R.L.	38 - otorinolaringoiatria	3.451	2.865	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Spdc	40 - psichiatria	1.765	1.854	Peggiora della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Anestesia-Rianimazione	49 - terapia intensiva	18.270	12.942	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. Po Barletta - Gastroenterologia	58 - gastroenterologia	3.170	2.895	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Oncologia	64 - oncologia	3.018	3.508	Peggiora della Media Regionale delle Asl Pugliesi
U.O.S.V.D. Cardiologia PO Bisceglie - Itecardiologia ambulatoriale/domiciliare	08 - cardiologia	3.775	4.410	Peggiora della Media Regionale delle Asl Pugliesi
U.O.S.V.D. Chirurgia Generale P.O. Bisceglie	09 - chirurgia generale	3.240	3.852	Peggiora della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Bisceglie - Malattie infettive	24 - malattie infettive e tropicali	5.020	4.418	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
U.O.S.V.D. Ostetricia e Ginecologia P.O. Bisceglie	37 - ostetricia e ginecologia	1.229	1.563	Peggiora della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Bisceglie - Medicina Interna	26 - medicina generale	4.222	3.850	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
<b>U.O.S.V.D. Pediatria-Neonatologia P.O. Bisceglie</b>	<b>39 Pediatria e 31 Nido</b>	1.433	1.244	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
U.O.S.V.D. Ortopedia P.O. Bisceglie	36 - ortopedia e traumatologia	7.270	5.329	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
U.O.S.V.D. Anestesia-Rianimazione P.O. Bisceglie	49 - terapia intensiva	14.485	12.942	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
Terapia Semiintensiva	94 - terapia semintensiva	5.420	9.171	Peggiora della Media Regionale delle Asl Pugliesi

## Peso Medio

		3 Peso Medio		
STRUTTURA	Disciplina	Asl Ba	Asl Pu	Performance
S.Comp. P.O. Andria - Cardiologia	08 - cardiologia - 50 Utic	1,62	1,40	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Chirurgia Generale	09 - chirurgia generale	1,49	1,28	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Medicina Interna	26 - medicina generale	1,40	1,25	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. Po Barletta - Nefrologia e Dialisi	29 - nefrologia	1,11	1,22	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Neurochirurgia	30 - neurochirurgia	2,38	2,02	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Pediatria-Neonatologia	39 Pediatria e 31 Nido	0,32	0,35	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Neurologia	32 - neurologia	1,27	1,18	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Ortopedia	36 - ortopedia e traumatologia	1,80	1,50	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Ostetricia-Ginecologia	37 - ostetricia e ginecologia	0,62	0,60	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Urologia	43 - urologia	1,65	1,11	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Anestesia-Rianimazione	49 - terapia intensiva	4,86	3,63	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
U.O.S.V.D. Riabilitazione cardiologica Canosa	56 - recupero e riabilitazione funzionale	1,12	0,86	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Medicina Interna	60 - lungodegenti	0,95	1,11	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Cardiologia	08 - cardiologia - 50 Utic	1,14	1,40	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Chirurgia Generale	09 - chirurgia generale	0,98	1,28	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Ematologia	18 - ematologia	4,31	3,52	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. Po Barletta - Medicina Interna	26 - medicina generale	1,23	1,25	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. Po Barletta - Nefrologia e Dialisi	29 - nefrologia	1,09	1,22	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Pediatria-Neonatologia	39 Pediatria e 31 Nido	0,34	0,35	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. Po Barletta - Neurologia	32 - neurologia	1,32	1,18	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Oculistica	34 - oculistica	0,84	0,88	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Ortopedia	36 - ortopedia e traumatologia	1,58	1,50	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Ostetricia-Ginecologia	37 - ostetricia e ginecologia	0,55	0,60	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - O.R.L.	38 - otorinolaringoiatria	1,10	1,00	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Spdc	40 - psichiatria	0,71	0,73	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Anestesia-Rianimazione	49 - terapia intensiva	4,87	3,63	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. Po Barletta - Gastroenterologia	58 - gastroenterologia	1,02	0,99	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Oncologia	64 - oncologia	1,12	1,17	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
U.O.S.V.D. Cardiologia PO Bisceglie - Telecardiologia ambulatoriale/domiciliare	08 - cardiologia	1,27	1,40	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
U.O.S.V.D. Chirurgia Generale P.O. Bisceglie	09 - chirurgia generale	1,12	1,28	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Bisceglie - Malattie infettive e tropicali	24 - malattie infettive e tropicali	1,54	1,35	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
U.O.S.V.D. Ostetricia e Ginecologia P.O. Bisceglie	37 - ostetricia e ginecologia	0,52	0,60	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Bisceglie - Medicina Interna	26 - medicina generale	1,34	1,25	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
U.O.S.V.D. Pediatria-Neonatologia P.O. Bisceglie	39 Pediatria e 31 Nido	0,34	0,35	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
U.O.S.V.D. Ortopedia P.O. Bisceglie	36 - ortopedia e traumatologia	1,80	1,50	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
U.O.S.V.D. Anestesia-Rianimazione P.O. Bisceglie	49 - terapia intensiva	4,00	3,63	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
Terapia Semiintensiva	94 - terapia semintensiva	1,73	2,58	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi

## Degenza Post Operatoria

		4 Deg Post Operatoria		
STRUTTURA	Disciplina	Asl Bt	Asl Pu	Performance
S.Comp. P.O. Andria - Chirurgia Generale	09 - chirurgia generale	5,43	4,31	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Neurochirurgia	30 - neurochirurgia	5,28	6,74	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Ortopedia	36 - ortopedia e traumatologia	4,05	4,86	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Ostetricia-Ginecologia	37 - ostetricia e ginecologia	2,94	2,89	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Urologia	43 - urologia	3,39	3,74	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Chirurgia Generale	09 - chirurgia generale	3,86	4,31	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Oculistica	34 - oculistica	3,95	2,71	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Ortopedia	36 - ortopedia e traumatologia	5,49	4,86	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Ostetricia-Ginecologia	37 - ostetricia e ginecologia	3,07	2,89	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - O.R.L.	38 - otorinolaringoiatria	5,01	3,73	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
U.O.S.V.D. Chirurgia Generale P.O. Bisceglie	09 - chirurgia generale	3,22	4,31	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
U.O.S.V.D. Ortopedia P.O. Bisceglie	36 - ortopedia e traumatologia	5,65	4,86	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi

## Appropriatezza chirurgica

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

		5 Appropriatezza Chirurgica		
STRUTTURA	Disciplina	Asl Bt	Asl Pu	Performance
S.Comp. P.O. Andria - Chirurgia Generale	09 - chirurgia generale	23,62	29,41	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Neurochirurgia	30 - neurochirurgia	18,27	38,03	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Ortopedia	36 - ortopedia e traumatologia	8,65	11,17	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Ostetricia-Ginecologia	37 - ostetricia e ginecologia	59,70	71,12	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Urologia	43 - urologia	10,39	20,92	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Chirurgia Generale	09 - chirurgia generale	29,00	29,41	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Oculistica	34 - oculistica	30,95	26,94	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Ortopedia	36 - ortopedia e traumatologia	15,71	11,17	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Ostetricia-Ginecologia	37 - ostetricia e ginecologia	121,48	71,12	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - O.R.L.	38 - otorinolaringoiatria	22,83	30,30	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
U.O.S.V.D. Chirurgia Generale P.O. Bisceglie	09 - chirurgia generale	25,45	29,41	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
U.O.S.V.D. Ortopedia P.O. Bisceglie	36 - ortopedia e traumatologia	8,65	11,17	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi

## Appropriatezza Drg Lea

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

		6 Appropriately Drg Lea/Drg Totali		
STRUTTURA	Disciplina	Asl B	Asl Puglia	Performance
S.Comp. P.O. Andria - Cardiologia	08 - cardiologia - 50 Utic	1,58	4,51	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Chirurgia Generale	09 - chirurgia generale	10,75	37,14	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Medicina Interna	26 - medicina generale	1,40	7,12	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. Po Barletta - Nefrologia e Dialisi	29 - nefrologia	0,00	2,73	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Neurochirurgia	30 - neurochirurgia	3,64	7,84	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Pediatria-Neonatologia	39 Pediatria e 31 Nido	1,66	8,78	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Neurologia	32 - neurologia	5,48	10,63	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Ortopedia	36 - ortopedia e traumatologia	2,69	22,86	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Ostetricia-Ginecologia	37 - ostetricia e ginecologia	3,07	13,34	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Urologia	43 - urologia	4,16	17,61	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Anestesia-Rianimazione	49 - terapia intensiva	0,00	1,57	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
U.O.S.V.D. Riabilitazione cardiologica Canosa	56 - recupero e riabilitazione funzionale	0,00	21,22	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Medicina Interna	60 - lungodegenti	81,25	17,64	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Cardiologia	08 - cardiologia - 50 Utic	8,11	4,51	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Chirurgia Generale	09 - chirurgia generale	116,63	37,14	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Ematologia	18 - ematologia	4,76	52,54	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. Po Barletta - Medicina Interna	26 - medicina generale	1,21	7,12	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. Po Barletta - Nefrologia e Dialisi	29 - nefrologia	3,05	2,73	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Pediatria-Neonatologia	39 Pediatria e 31 Nido	6,30	8,78	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. Po Barletta - Neurologia	32 - neurologia	4,48	10,63	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Oculistica	34 - oculistica	288,89	289,18	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Ortopedia	36 - ortopedia e traumatologia	17,25	22,86	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Ostetricia-Ginecologia	37 - ostetricia e ginecologia	17,83	13,34	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - O.R.L.	38 - otorinolaringoiatria	25,41	74,54	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Spdc	40 - psichiatria	5,07	8,64	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Anestesia-Rianimazione	49 - terapia intensiva	0,00	1,57	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. Po Barletta - Gastroenterologia	58 - gastroenterologia	7,54	16,97	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Oncologia	64 - oncologia	48,59	20,97	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
U.O.S.V.D. Cardiologia PU Bisceglie - telecardiologia ambulatoriale/domiciliare	08 - cardiologia	4,62	4,67	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
U.O.S.V.D. Chirurgia Generale P.O. Bisceglie	09 - chirurgia generale	49,46	37,14	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Bisceglie - Malattie infettive	24 - malattie infettive e tropicali	2,92	5,06	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
U.O.S.V.D. Ostetricia e Ginecologia P.O. Bisceglie	37 - ostetricia e ginecologia	10,72	13,34	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Bisceglie - Medicina Interna	26 - medicina generale	1,34	7,12	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
U.O.S.V.D. Pediatria-Neonatologia P.O. Bisceglie	39 Pediatria e 31 Nido	2,23	8,78	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
U.O.S.V.D. Ortopedia P.O. Bisceglie	36 - ortopedia e traumatologia	13,50	22,86	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
U.O.S.V.D. Anestesia-Rianimazione P.O. Bisceglie	49 - terapia intensiva	0,00	1,57	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
Terapia Semiintensiva	94 - terapia semintensiva	0,00	0,00	In linea con la media regionale delle Asl Pugliesi

## Dimissioni Volontarie

STRUTTURA	Disciplina	7) Dimissioni Volontarie		
		Asl	Asl Muni	Performance
S.Comp. P.O. Andria - Cardiologia	08 - cardiologia - 50 Utic	1,32	2,10	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Chirurgia Generale	09 - chirurgia generale	4,90	2,92	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Medicina Interna	26 - medicina generale	2,77	4,48	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. Po Barletta - Nefrologia e Dialisi	29 - nefrologia	0,00	2,82	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Neurochirurgia	30 - neurochirurgia	1,87	3,99	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
<b>S.Comp. P.O. Andria - Pediatria-Neonatologia</b>	<b>39 Pediatria e 31 Nido</b>	0,76	2,32	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Neurologia	32 - neurologia	0,98	2,55	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Ortopedia	36 - ortopedia e traumatologia	0,60	1,59	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Ostetricia-Ginecologia	37 - ostetricia e ginecologia	0,75	3,34	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Urologia	43 - urologia	0,57	0,98	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Anestesia-Rianimazione	49 - terapia intensiva	0,00	1,18	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
U.O.S.V.D. Riabilitazione cardiologica Canosa	56 - recupero e riabilitazione funzionale	1,20	3,18	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Andria - Medicina Interna	60 - lungodegenti	1,38	3,26	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
<b>S.Comp. P.O. Barletta - Cardiologia</b>	<b>08 - cardiologia - 50 Utic</b>	2,81	2,10	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Chirurgia Generale	09 - chirurgia generale	2,65	2,92	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Ematologia	18 - ematologia	0,57	1,72	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. Po Barletta - Medicina Interna	26 - medicina generale	4,79	4,48	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. Po Barletta - Nefrologia e Dialisi	29 - nefrologia	4,43	2,82	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
<b>S.Comp. P.O. Barletta - Pediatria-Neonatologia</b>	<b>39 Pediatria e 31 Nido</b>	2,16	2,32	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. Po Barletta - Neurologia	32 - neurologia	2,14	2,55	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Oculistica	34 - oculistica	4,76	3,88	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Ortopedia	36 - ortopedia e traumatologia	1,43	1,59	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Ostetricia-Ginecologia	37 - ostetricia e ginecologia	0,93	3,34	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - O.R.L.	38 - otorinolaringoiatria	0,87	3,78	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Spdc	40 - psichiatria	19,66	5,54	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Anestesia-Rianimazione	49 - terapia intensiva	0,00	1,18	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. Po Barletta - Gastroenterologia	58 - gastroenterologia	4,06	4,41	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Barletta - Oncologia	64 - oncologia	0,24	2,53	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
U.O.S.V.D. Cardiologia PO Bisceglie - Telecardiologia ambulatoriale/domiciliare	08 - cardiologia	1,38	1,63	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
U.O.S.V.D. Chirurgia Generale P.O. Bisceglie	09 - chirurgia generale	0,18	2,92	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Bisceglie - Malattie infettive	24 - malattie infettive e tropicali	0,28	2,37	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
U.O.S.V.D. Ostetricia e Ginecologia P.O. Bisceglie	37 - ostetricia e ginecologia	2,64	3,34	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
S.Comp. P.O. Bisceglie - Medicina Interna	26 - medicina generale	2,64	4,48	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
<b>U.O.S.V.D. Pediatria-Neonatologia P.O. Bisceglie</b>	<b>39 Pediatria e 31 Nido</b>	1,31	2,32	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
U.O.S.V.D. Ortopedia P.O. Bisceglie	36 - ortopedia e traumatologia	0,00	1,59	Migliore della media regionale delle Asl Pugliesi
U.O.S.V.D. Anestesia-Rianimazione P.O. Bisceglie	49 - terapia intensiva	1,20	1,18	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi
Terapia Semiintensiva	94 - terapia semintensiva	5,26	5,19	Peggior della Media Regionale delle Asl Pugliesi

Nelle tabelle seguenti sono indicati i principali indicatori TREEMAP di Edotto Direzionale relativi al Piano Nazionale Esiti (P.N.E.) di Agenas, che raffrontano le performance relative al 2019 – 2023 (2023 sono ancora dati provvisori).

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

Standard di qualità

≤ 6 Molto Alto    
  6 – 8 Alto    
  8 – 12 Medio    
  12 – 14 Basso    
  > 14 Molto Basso

Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Decessi 30 GG	N. Episodi IMA	Proporzione decessi a 30 GG
2023	bt (160113)	29	341	8,50%
2022	bt (160113)	56	487	11,50%
2021	bt (160113)	50	432	11,57%
2020	bt (160113)	74	500	14,80%
2019	bt (160113)	50	596	8,39%

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

Standard di qualità

≥ 60 Molto Alto    
  45 I – 60 Alto    
  35 I – 45 Medio    
  25 I – 35 Basso    
  < 25 Molto Basso

Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Episodi IMA con PTCA entro 2 GG	N. Episodi IMA	Proporzione IMA trattati con PTCA entro 2 GG
2023	bt (160113)	168	358	46,93%
2022	bt (160113)	243	483	50,31%
2021	bt (160113)	225	432	52,08%
2020	bt (160113)	228	496	45,97%
2019	bt (160113)	259	593	43,68%

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



Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Decessi 30 GG	N. Ricoveri SCC	Proporzione decessi a 30 GG
2023	bt (160113)	16	279	5,73%
2022	bt (160113)	32	349	9,17%
2021	bt (160113)	20	213	9,39%
2020	bt (160113)	29	359	8,08%
2019	bt (160113)	57	694	8,21%

**AREA CLINICA CEREBROVASCOLARE**

**PNE N.018 - Ictus ischemico: mortalita' a 30 giorni**  
Nervoso



Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Decessi 30 GG	N. Ricoveri Ictus Ischemico	Proporzione decessi a 30 GG
2023	bt (160113)	13	199	6,53%
2022	bt (160113)	38	279	13,62%
2021	bt (160113)	40	235	17,02%
2020	bt (160113)	32	215	14,88%
2019	bt (160113)	25	223	11,21%

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



Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Decessi 30 GG	N. Ricoveri Intervento Craniotomia	Proporzione Decessi a 30 GG
2023	bt (160113)	1	23	4,35%
2022	bt (160113)	3	39	7,69%
2021	bt (160113)	2	41	4,88%
2020	bt (160113)	1	28	3,57%
2019	bt (160113)	1	34	2,94%

**AREA CLINICA MUSCOLOSCHELETRICA**

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

Osteomuscolare



Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Ricoveri Intervento Tibia Perone	Mediana N. Giorni Attesa Intervento Tibia Perone
2023	bt (160113)	45	5,00
2022	bt (160113)	55	4,00
2021	bt (160113)	52	4,00
2020	bt (160113)	45	4,00
2019	bt (160113)	48	5,00

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

Osteomuscolare



Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Ricoveri Frattura Collo Femore Operati 0-2 GG	N. Ricoveri Diagnosi Frattura Collo Femore	Pazienti Operati Entro 2 Giorni
2023	bt (160113)	273	361	75,62%
2022	bt (160113)	361	465	77,63%
2021	bt (160113)	309	408	75,74%
2020	bt (160113)	315	450	70,00%
2019	bt (160113)	308	463	66,52%

**AREA CLINICA PERINATALE**

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



Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Parti Cesarei Primari	N. Parti No Progresso Cesareo	% Parti Cesarei Primari
2023	bt (160113)	185	884	20,93%
2022	bt (160113)	233	1.052	22,15%
2021	bt (160113)	246	1.146	21,47%
2020	bt (160113)	333	1.344	24,78%
2019	bt (160113)	344	1.718	20,02%

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



Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Parti Naturali con Complicanze Severe	N. Parti Naturali	% Complicanze Severe entro 42 gg Parto Naturale
2023	bt (160113)	1	530	0,19%
2022	bt (160113)	2	823	0,24%
2021	bt (160113)	2	901	0,22%
2020	bt (160113)	4	1.019	0,39%
2019	bt (160113)	9	1.378	0,65%



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

**Standard di qualità**

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

Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Parti Cesarei con Complicanze Severe	N. Parti Cesarei	% Complicanze Severe entro 42 gg Parto Cesareo
2023	bt (160113)	3	280	1,07%
2022	bt (160113)	4	445	0,90%
2021	bt (160113)	1	485	0,21%
2020	bt (160113)	1	594	0,17%
2019	bt (160113)	2	678	0,29%

**AREA CLINICA INTERVENTI CHIRURGICI**

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

**Standard di qualità**

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

Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Ricoveri Intervento Colectomia Laparoscopica	N. Ricoveri Intervento Colect.Lapar.Degenza Post-Oper. < 3 GG	% Colectomia Lap. con degenza post-operatoria < 3 gg
2023	bt (160113)	289	203	70,24%
2022	bt (160113)	323	234	72,45%
2021	bt (160113)	167	113	67,66%
2020	bt (160113)	178	98	55,06%
2019	bt (160113)	291	168	57,73%

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



Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Colectomie Rep > 90 Int. Anno	N. Colectomie	Proporzione Colectomie in Reparti > 90 Interventi Anno
2023	bt (160113)	390	392	99,49%
2022	bt (160113)	450	456	98,68%
2021	bt (160113)	189	272	69,49%
2020	bt (160113)	168	276	60,87%
2019	bt (160113)	306	378	80,95%

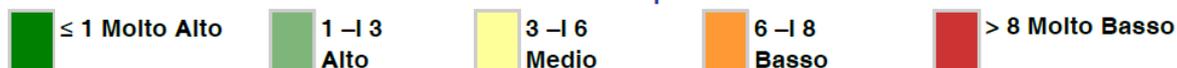
**PNE N.082 - Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni**  
Chirurgia Oncologica



Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Decessi 30 GG	N. Ricoveri TM Gastrico	Proporzione decessi a 30 GG
2023	bt (160113)	1	9	11,11%
2022	bt (160113)	3	20	15,00%
2021	bt (160113)	1	21	4,76%
2020	bt (160113)	4	24	16,67%
2019	bt (160113)	0	22	0,00%

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

Standard di qualità



Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Decessi 30 GG	N. Ricoveri TM Colon	Proporzione decessi a 30 GG
2023	bt (160113)	6	73	8,22%
2022	bt (160113)	7	106	6,60%
2021	bt (160113)	14	94	14,89%
2020	bt (160113)	7	95	7,37%
2019	bt (160113)	10	101	9,90%

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

Standard di qualità



Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Ricoveri Nuovo Interv. Resez. 120 GG	N. Ricoveri Resez. Mammella TM	Proporzione Nuovo Intervento Resezione a 120 GG
2023	bt (160113)	2	36	5,56%
2022	bt (160113)	2	96	2,08%
2021	bt (160113)	4	91	4,40%
2020	bt (160113)	2	76	2,63%
2019	bt (160113)	2	73	2,74%

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



Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Interventi In Reparti > 135 Interventi Anno	N. Interventi Tumore Mammella	Quota Interventi Eseguiti In Reparti Con Volume Attivita' > 135
2023	bt (160113)	0	84	0,00%
2022	bt (160113)	0	135	0,00%
2021	bt (160113)	0	126	0,00%
2020	bt (160113)	0	122	0,00%

**AREA CLINICA RESPIRATORIO**

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

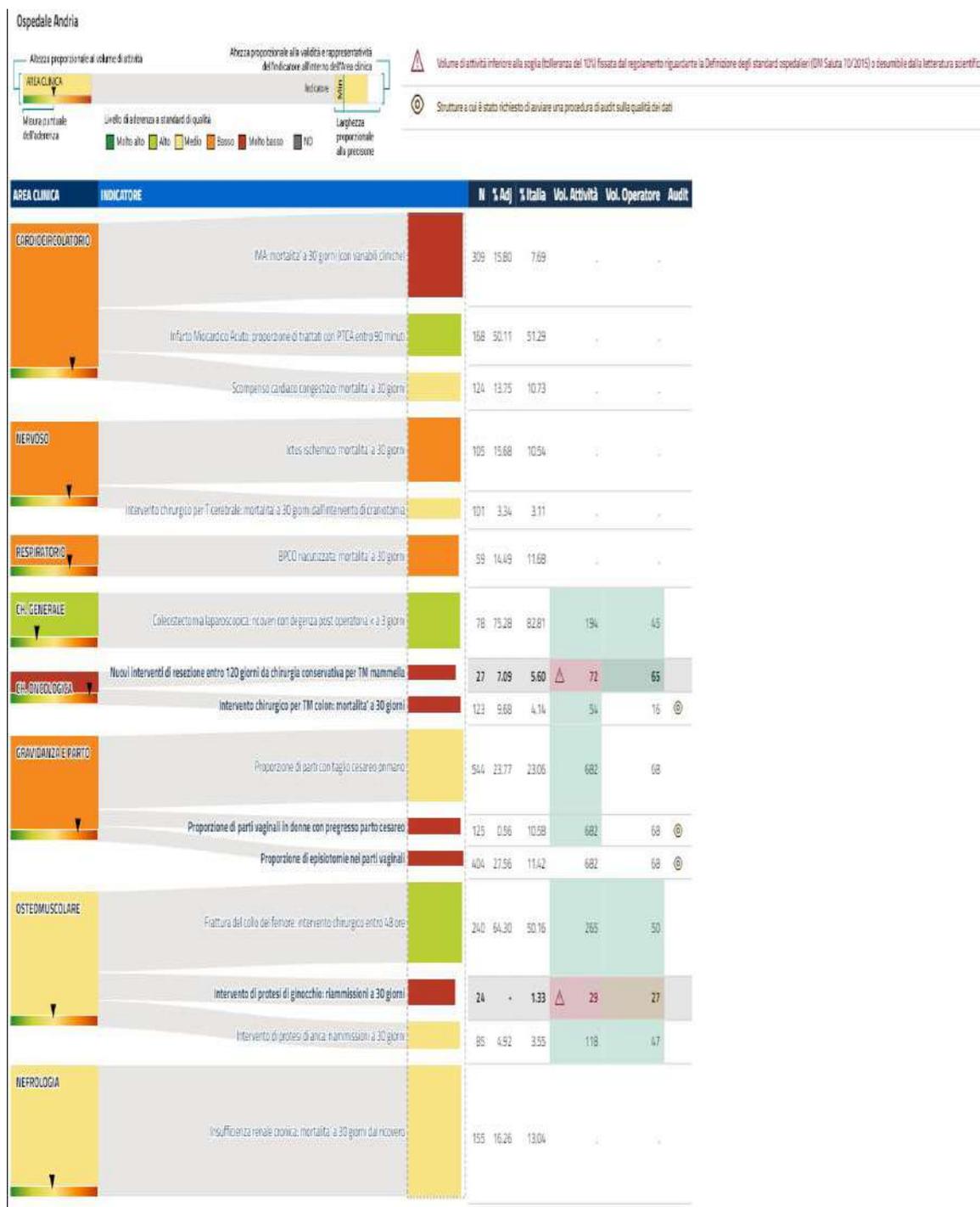


Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Decessi 30 GG	N. Ricoveri BPCO Riacutizzata	Proporzione decessi a 30 GG
2023	bt (160113)	41	349	11,75%
2022	bt (160113)	53	361	14,68%
2021	bt (160113)	64	302	21,19%
2020	bt (160113)	82	358	22,91%
2019	bt (160113)	77	428	17,99%

# PIANO NAZIONALE ESITI AGENAS – EDIZIONE 2023

## OSPEDALE DI ANDRIA

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





OSPEDALE DI BARLETTA

Are Cliniche Proporzionali ai Volumi di Attività della Struttura

Ospedale Barletta - Mons. R. Dimiccoli



AREA CLINICA	INDICATORE	N	% Adj	% Italia	Vol. Attività	Vol. Operatore	Audit
CARDIOCORONARIO	IMA mortalità a 30 giorni (con variazioni cliniche)	91	5,81	7,69			
	Scoppio cardiaco congestivo mortalità a 30 giorni	87	12,80	10,73			
NERVOLO	Ictus ischemico mortalità a 30 giorni	149	18,00	10,54			⊙
RESPIRATORIO	BRCD ricoverata mortalità a 30 giorni	134	12,25	11,68			
CH: GENERALE	Colei steatosia laparoscopica: ricoveri con degenza post operatoria < a 3 giorni	144	71,68	82,81	160	45	
CH: ONCOLOGICA	Nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da chirurgia conservativa per TM mammella	71	1,48	5,60	63	65	
	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	47	-	4,14	39	16	
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzioni di parti con taglio cesario primario	529	17,77	23,06	625	39	
	Proporzioni di episiotomie nei parti vaginali	429	9,53	11,42	625	39	
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore	222	46,76	50,16	257	57	
	Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni	33	-	1,33	54	54	
	Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni	119	4,01	3,55	166	101	
NEFROLOGIA	Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	119	14,14	13,04			

## OSPEDALE DI BISCEGLIE

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

Ospedale Bisceglie

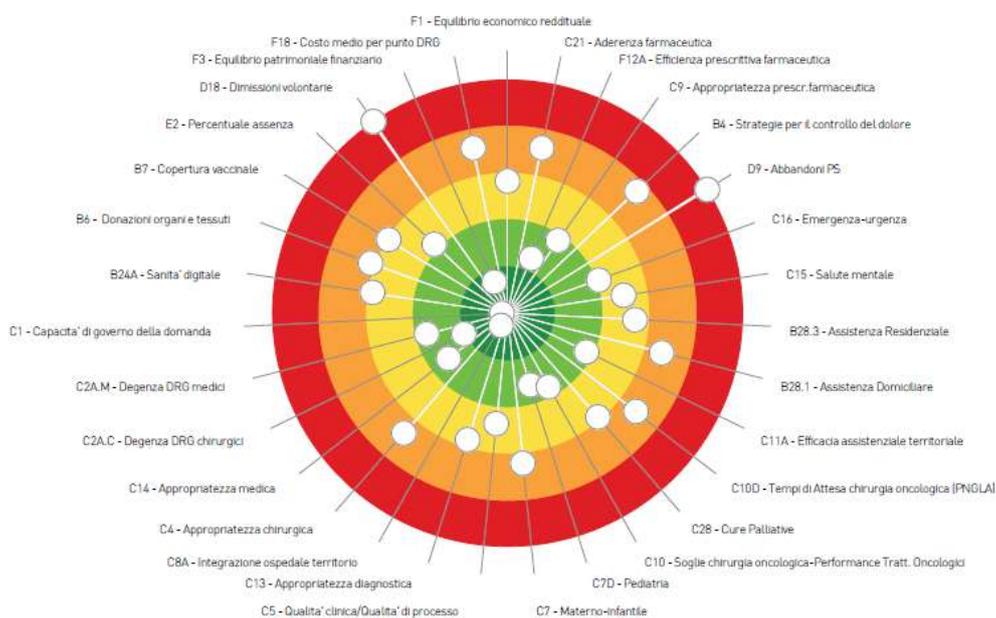


AREA CLINICA	INDICATORE	N	% Adj	% Italia	Vol. Attività	Vol. Operatore	Audit
CARDIOCOROLATORIO	Scoppio tardivo tangente: mortalità a 30 giorni	55	16,21	10,73			
CH.GENERALE	Colecistomia laparoscopica: ricoveri con degenza post operatoria < 3 giorni	92	85,03	82,81	102	80	
CH.ONCOLOGIA	Intervento chirurgico per TM colite: mortalità a 30 giorni	16		4,14	14	12	
OSTEOMUSCOLARE	Intervento di protesi di ginocchia: riammissioni a 30 giorni	20		1,33	34	27	
NEFROLOGIA	Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	71	15,94	13,04			

# NETWORK REGIONI S. ANNA PISA- EDIZIONE 2022

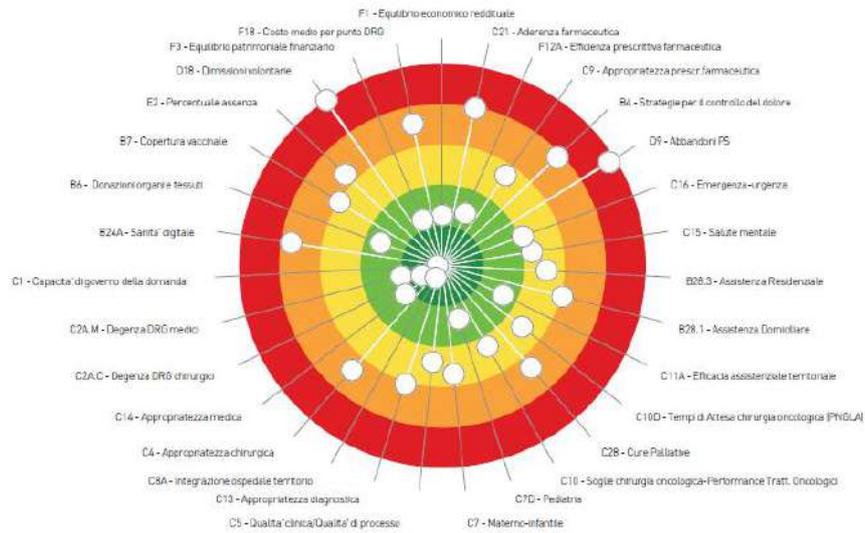
Puglia

## Valutazione della performance 2022

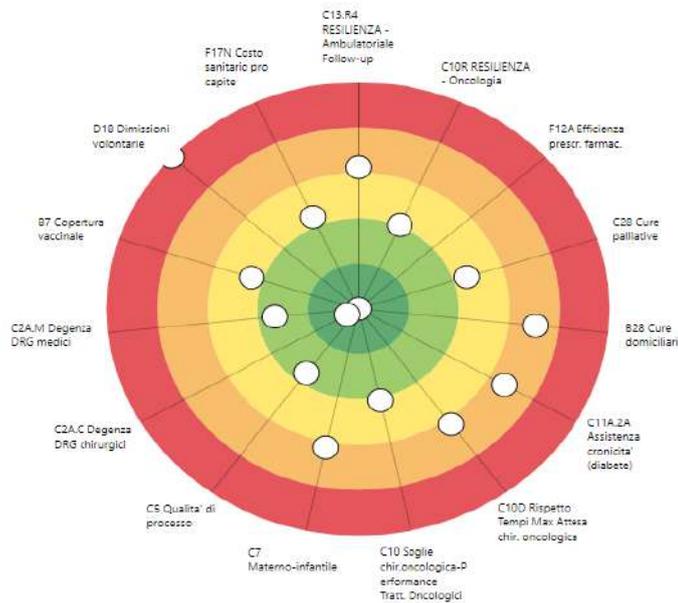


## Bersaglio 2022 – ASL Barletta-Andria-Trani

### Valutazione della Performance 2022



## Bersaglio 2021 - ASL Barletta-Andria-Trani



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

Dalla comparazione degli indicatori ASL BT del 2022 rispetto al 2021 si evidenzia un generale trend positivo; in particolare, un importante miglioramento si registra sull'indicatore C10 riguardante i trattamenti oncologici la cui misurazione, raccoglie gli indicatori che esaminano alcuni elementi caratterizzanti il percorso oncologico quali il processo, i volumi, la spesa farmaceutica e l'appropriatezza chirurgica. Alcuni degli indicatori si riferiscono nel dettaglio ai trattamenti di cura per il tumore della mammella, della prostata e del colon-retto.

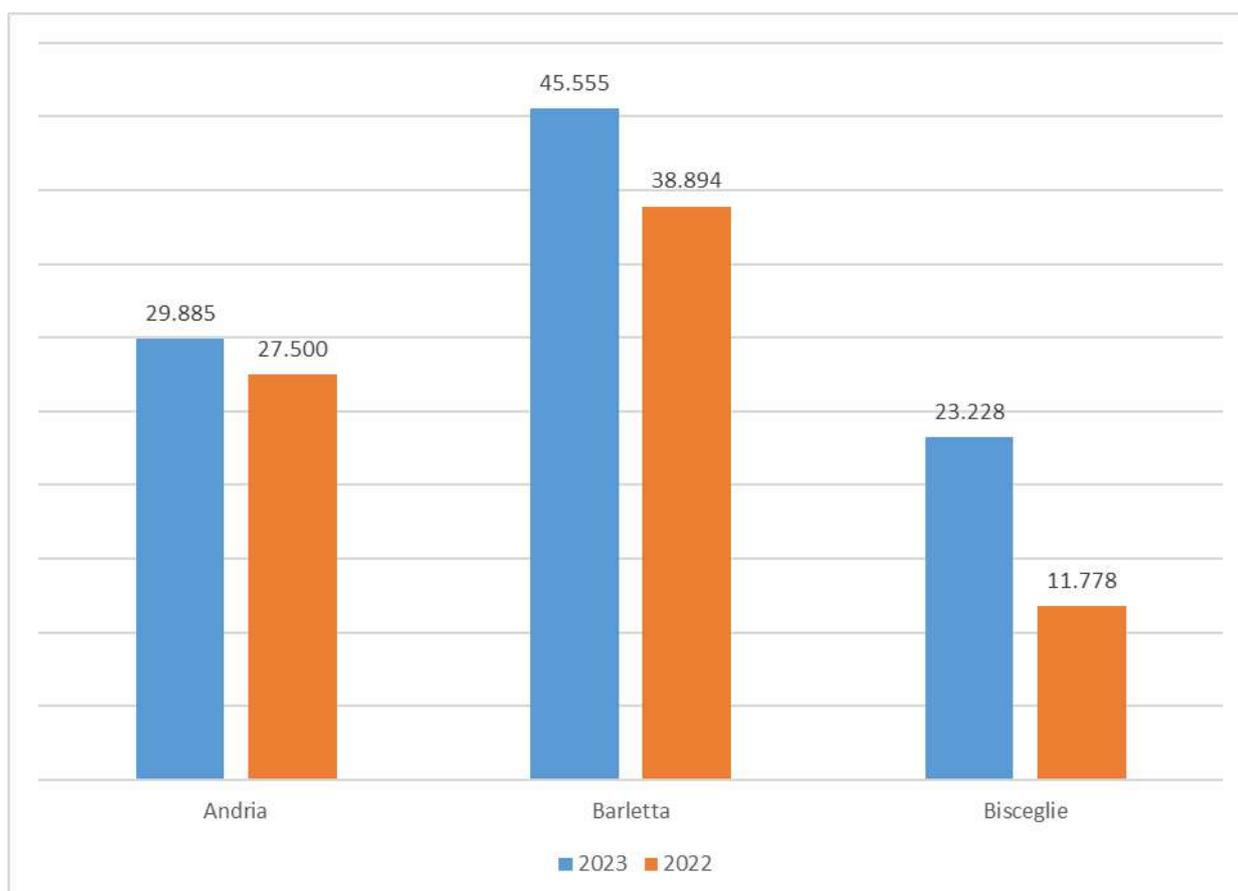
Nella tabella di seguito riportata, sono invece analizzati volumi e tempi medi di attesa relativi all'attività chirurgia oncologica programmata per classi di priorità "A" e relativa al biennio 2022 - 2023 (n. totale ricoveri chirurgici prevalenti > = 5 nel biennio).

Ricoveri Classe di Ricovero Priorità A Disciplina Principale di Dimissione	2022 (Consolidato)		2023 (Temporaneo)	
	N. Ricoveri	Media GG Lista di Attesa x Ricove	N. Ricoveri	Media GG Lista di Attesa x Ricove
tumori maligni della prostata (185)	132	57	139	46
tumori maligni della parete laterale della vescica (1882)	133	70	118	77
tumori maligni del quadrante supero-esterno della mammella della donna (1744)	60	13	33	12
anamnesi personale di tumore maligno della vescica (V1051)	15	120	29	76
tumori maligni del rene, eccetto la pelvi (1890)	25	46	28	43
tumori maligni della altre sedi specificate della mammella della donna (1748)	16	13	23	12
tumori maligni del retto (1541)	43	27	22	23
tumori maligni del colon ascendente (1536)	22	13	21	11
tumori maligni del quadrante supero-interno della mammella della donna (1742)	13	11	16	7
tumori di natura non specificata dell'apparato digerente (2390)	8	24	15	31
tumori di comportamento incerto delle ghiandole salivari maggiori (2350)	15	17	14	14
tumori di comportamento incerto della mammella (2383)	10	21	13	21
tumori maligni della parete posteriore della vescica (1884)	5	76	11	73
tumori di comportamento incerto di stomaco, intestino e retto (2352)	13	48	11	38
tumori maligni del trigono vescicale (1880)	15	67	10	93
tumori benigni delle ghiandole salivari maggiori (2102)	9	14	10	22
tumori maligni del colon discendente (1532)	5	11	10	16
tumori maligni del sigma (1533)	14	21	10	16
tumori maligni della laringe, non specificata (1619)	14	12	10	6
tumori maligni della cupola vescicale (1881)	8	93	9	65
tumori di comportamento incerto della laringe (2356)	25	20	9	20
tumori maligni della ghiandola tiroide (193)	9	12	8	34
tumori maligni secondari del fegato, specificati come metastatici (1977)	8	30	8	15
tumori maligni della mammella (della donna), non specificata (1749)	18	6	8	8
tumori maligni del quadrante infero-interno della mammella della donna (1743)	14	35	8	8
tumori benigni della laringe (2121)	7	7	7	28
tumori maligni dell'antro pilorico (1512)	6	10	7	25
tumori maligni del quadrante infero-esterno della mammella della donna (1745)	8	9	7	12
tumori benigni delle meningi cerebrali (2252)	7	20	6	22
tumori maligni della giunzione rettosigmoidea (1540)	9	18	6	21
tumori maligni del testicolo: altro e non specificato (1869)	10	21	6	20
tumori maligni del flessura epatica (1530)	2	9	6	9
tumori maligni del bronco o polmone, non specificato (1629)	5	3	6	7
tumori maligni del colon trasverso (1531)	3	58	6	4
tumori maligni dell'encefalo, non specificato (1919)	8	3	6	2
tumori maligni della pelvi renale (1891)	9	33	5	48
tumori benigni dell'ovaio (220)	2	17	5	18
tumori maligni di altre e non specificate sedi della mammella dell'uomo (1759)	2	26	5	15
tumori maligni primitivi del fegato (1550)	6	4	5	9
tumori maligni secondari di osso e midollo osseo (1985)	3	2	5	9
anamnesi personale di tumore maligno del cervello (V1085)	2	2	5	1

L'ultima analisi riguarda il numero di accessi registrati nei Pronto Soccorso aziendali, confrontati rispetto al 2022 (Anno 2023 Database non Consolidato). L'analisi del dato evidenzia un significativo aumento del numero di che di fatto lascia intendere come in condizioni di "normalità" aumenti il numero di accessi inappropriati che, con una migliore organizzazione dell'offerta territoriale, potrebbero essere gestiti diversamente:

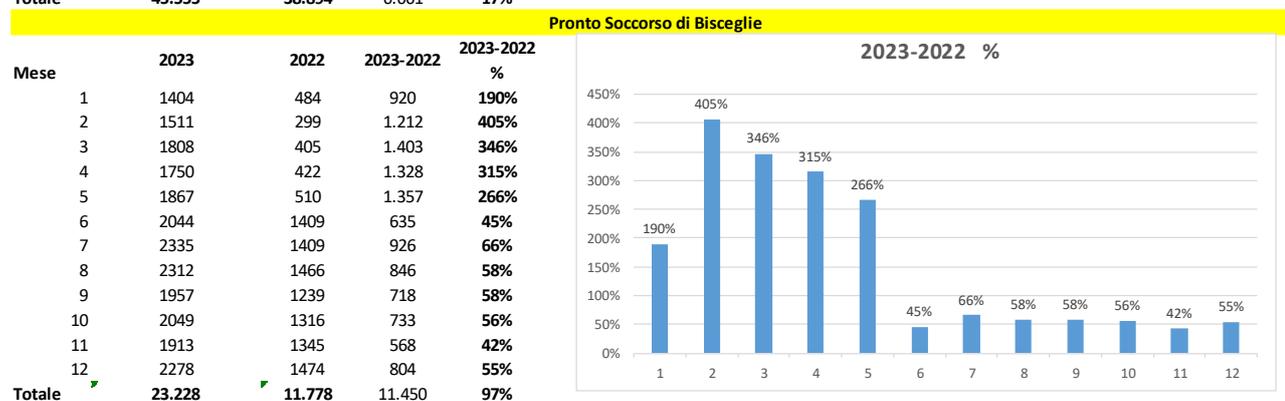
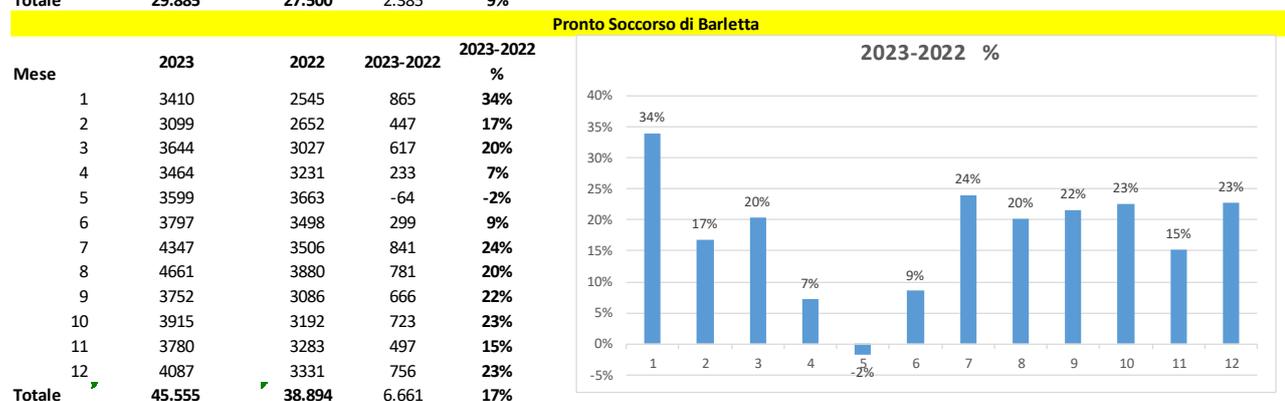
**Numero Accessi di Pronto Soccorso per Presidio**

Struttura	2023	2022
Andria	29.885	27.500
Barletta	45.555	38.894
Bisceglie	23.228	11.778
<b>Totale complessivo</b>	<b>98.668</b>	<b>78.172</b>



Le tabelle di seguito riportate, evidenziano gli scostamenti mensili del 2023 rispetto al 2022.

**Accessi di Pronto Soccorso Mensili per Presidio (% di scostamento 2023-2022)**



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

**Tabella per Struttura d'Urgenza**

TEMPI MEDI DI ATTESA									
TRIAGE	Andria			Barletta			Bisceglie		
	2022	2023	% 2023-2022	2022	2023	% 2023-2022	2022	2023	% 2023-2022
ARANCIONE - URGENZA	76,37	84,82	11%	44,57	43,17	-3%	18,43	17,45	-5%
AZZURRO - URGENZA DIFFERIBILE	75,67	94,81	25%	59,45	70,08	18%	24,56	25,06	2%
BIANCO - NON URGENZA	85,2	124,95	47%	87,5	105,37	20%	27,32	37,98	39%
NERO - DECEDUTO							2	2,0	
NON RILEVATO PER ACCESSO DIRETTO	206	13,6	-93%	30,75	16	-48%	8	4,57	-43%
ROSSO - EMERGENZA	8,41	8,85	5%	5,53	5,17	-7%	6,88	8,02	17%
VERDE - URGENZA MINORE	64,87	79,91	23%	61,82	72,93	18%	25,85	29,1	13%

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

ASLBT Triage	2022		2023	
	N. Episodi	TEMPI MEDI DI ATTESA	N. Episodi	TEMPI MEDI DI ATTESA
ARANCIONE - URGENZA	15.166	46,46	15.595	48,48
AZZURRO - URGENZA DIFFERIBILE	30.979	53,23	39.604	63,32
BIANCO - NON URGENZA	356	66,67	854	89,43
NERO - DECEDUTO	2	2,00	1	2,00
NON RILEVATO PER ACCESSO DIRETTO	16	81,58	19	11,39
ROSSO - EMERGENZA	2.626	6,94	2.480	7,35
VERDE - URGENZA MINORE	26.582	50,85	37.152	60,65
<b>Totale complessivo</b>	<b>75.727</b>	<b>48,38</b>	<b>95.705</b>	<b>44,41</b>

Istituto/Triage	N. EP.	TEMPI MEDI DI ATTESA	N. EP.	TEMPI MEDI DI ATTESA
	2022		2023	
<b>Andria</b>	<b>26.300</b>	<b>86,09</b>	<b>8.295</b>	<b>84,82</b>
ARANCIONE - URGENZA	8.630	76,37	9.618	94,81
AZZURRO - URGENZA DIFFERIBILE	8.703	75,67	272	124,95
BIANCO - NON URGENZA	115	85,20	5	13,60
NON RILEVATO PER ACCESSO DIRETTO	1	206,00	1.298	8,85
ROSSO - EMERGENZA	1.435	8,41	9.054	79,91
VERDE - URGENZA MINORE	7.416	64,87	28.542	67,82
<b>Barletta</b>	<b>37.855</b>	<b>48,27</b>	<b>5.239</b>	<b>43,17</b>
ARANCIONE - URGENZA	5.067	44,57	21.232	70,08
AZZURRO - URGENZA DIFFERIBILE	18.111	59,45	277	105,37
BIANCO - NON URGENZA	159	87,50	7	16,00
NON RILEVATO PER ACCESSO DIRETTO	12	30,75	904	5,17
ROSSO - EMERGENZA	971	5,53	16.724	72,93
VERDE - URGENZA MINORE	13.535	61,82	44.383	52,12
<b>Bisceglie</b>	<b>11.572</b>	<b>16,15</b>	<b>2.061</b>	<b>17,45</b>
ARANCIONE - URGENZA	1.469	18,43	8.754	25,06
AZZURRO - URGENZA DIFFERIBILE	4.165	24,56	305	37,98
BIANCO - NON URGENZA	82	27,32	1	2,00
NERO - DECEDUTO	2	2,00	7	4,57
NON RILEVATO PER ACCESSO DIRETTO	3	8,00	278	8,02
ROSSO - EMERGENZA	220	6,88	11.374	29,10
VERDE - URGENZA MINORE	5.631	25,85	22.780	17,74
<b>Totale complessivo</b>	<b>75.727</b>	<b>48,38</b>	<b>95.705</b>	<b>44,41</b>

### Attività Sanitaria Ambulatoriale

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

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

L'attività specialistica ambulatoriale erogata agli assistiti del territorio dagli ambulatori ospedalieri negli anni 2022 e 2021 atteso che non risultano ancora disponibili i dati definitivi riferiti all'anno 2023 è così riassunta:

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

<b>OSPEDALI</b>						
<b>2021</b>			<b>Andria (Canosa)</b>	<b>Bisceglie</b>	<b>Barletta</b>	<b>Totale</b>
Fatturato	€/mgl		8.909	1.141	16.412	<b>26.462</b>
Prestaz.	N.ro		412.114	110.169	325.422	<b>847.705</b>
- di cui visite specialistiche	n.ro		32.565	6.294	58.792	<b>97.651</b>
- di cui diagn. per immagini	n.ro		36.882	4.232	45.067	<b>86.181</b>
- di cui prestaz. di patol. clinica	n.ro		311.220	94.734	112.982	<b>518.936</b>
- di cui altre prestazioni	n.ro		31.447	4.909	108.581	<b>144.937</b>
Fatturato medio prestaz.	€		21,6	10,4	50,4	<b>31,2</b>

<b>OSPEDALI</b>						
<b>2022 Vs 2021</b>			<b>Andria</b>	<b>Bisceglie</b>	<b>Barletta</b>	<b>Totale</b>
Fatturato	€/mgl		-120	936	3.550	<b>4.367</b>
Prestaz.	N.ro		-79.720	79.756	511.792	<b>511.828</b>
- di cui visite specialistiche	n.ro		2.496	2.273	1.562	<b>6.331</b>
- di cui diagn. per immagini	n.ro		-69	3.537	-4.621	<b>-1.153</b>
- di cui prestaz. di patol. clinica	n.ro		-86.589	69.101	489.623	<b>472.135</b>
- di cui altre prestazioni	n.ro		4.442	4.845	25.228	<b>34.515</b>
Fatturato medio prestaz.	€		4,8	0,6	-26,6	<b>-8,5</b>

Fonte dati prestazioni specialistiche ed ambulatoriali "Edotto NCUP".

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

Anche l'attività specialistica ambulatoriale evidenzia un segnale di ripresa con un aumento di fatturato di circa il 17% e un aumento di numero di prestazioni di circa il 60%

Inoltre, si evidenzia l'andamento degli Accertamenti diagnostici strumentali e consulenze in Pronto Soccorso per accessi non seguiti da ricovero anno 2019-2023 (Fonte Disar Modello LA - 3A120)

Anno Accettazioni	Codice Azienda Struttura Accettazione Urgenza	Distretto Istituto Ricovero Struttura Accettazione Urgenza	N. Prestazioni erogate in PS	N. Consulenza Episodio PS	Imp. Tariffa Nomenclatore	Tipo Data Warehouse
2019	160113	P.S. - Andria	79.716	35.533	2.167.978,39 €	Consolidato
2019	160113	P.S. - Barletta	48.999	57.744	2.665.901,53 €	Consolidato
2019	160113	P.S. - Bisceglie	31.754	24.978	1.319.505,25 €	Consolidato
2020	160113	P.S. - Andria	43.067	71.928	1.281.864,00 €	Consolidato
2020	160113	P.S. - Barletta	36.486	103.850	1.637.161,00 €	Consolidato
2020	160113	P.S. - Bisceglie	18.352	56.338	793.686,00 €	Consolidato
2021	160113	P.S. - Andria	37.941	68.022	1.242.086,00 €	Temporaneo
2021	160113	P.S. - Barletta	27.616	69.161	1.304.551,00 €	Temporaneo
2021	160113	P.S. - Bisceglie	8.800	23.611	365.639,00 €	Temporaneo
2022	160113	P.S. - Andria	24.296	25.797	863.690,00 €	Consolidato
2022	160113	P.S. - Barletta	36.570	65.214	1.547.839,00 €	Consolidato
2022	160113	P.S. - Bisceglie	16.571	41.740	673.093,00 €	Consolidato
2023	160113	P.S. - Andria	21.825	14.239	752.924,00 €	Temporaneo
2023	160113	P.S. - Barletta	39.270	67.296	1.730.631,00 €	Temporaneo
2023	160113	P.S. - Bisceglie	27.042	55.515	975.489,00 €	Temporaneo

Nel 2022 l'organico medio impiegato nei 5 Distretti incluso il PTA di Trani e il PTA di Canosa è stato pari a 499 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
PTA - Trani	16	39	55	0	0	0	5	5	10	1	0	1	16	45	61
PTA - Canosa	9	32	41	1	1	2	12	12	24	2	2	4	9	46	55
<b>Distretti</b>	<b>63</b>	<b>203</b>	<b>266</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>57</b>	<b>57</b>	<b>3</b>	<b>58</b>	<b>61</b>	<b>66</b>	<b>318</b>	<b>383</b>
D.S.S. 1	5	25	30	0	0	0	5	5	10	11	11	22	5	41	46
D.S.S. 2	9	30	39	0	0	0	8	8	16	0	13	13	9	51	59
D.S.S. 3	9	44	53	0	0	0	20	20	40	1	8	9	10	72	82
D.S.S. 4	18	38	56	0	0	0	11	11	22	1	10	11	19	59	78
D.S.S. 5	21	67	88	0	0	0	14	14	28	1	16	17	22	96	118

I dati relativi alle prestazioni ambulatoriali erogate nel 2022 e nel 2021 dai poliambulatori distrettuali (fonte CUP) sono di seguito riassunti:

#### Anno 2022

DISTRETTI										
2022		PTA - Trani	PTA - Canosa	DSS 1	DSS 2	DSS 3	DSS 4	DSS 5	Totale	
Fatturato	€/mgl	4.973	2.063	764	484	2.056	1.139	2.238	<b>13.717</b>	
Prestaz.	N.ro	233.691	316.673	40.527	28.288	48.074	65.994	109.153	<b>842.400</b>	
- di cui visite specialistiche	n.ro	10.994	673	20.468	18.818	18.436	26.850	38.001	<b>134.240</b>	
- di cui diagn. per immagini	n.ro	26.077	17.716	5.563	2.984	8.290	4.274	11.362	<b>76.266</b>	
- di cui prestaz. di patol. clinica	n.ro	178.386	297.776	1.777	178	391	708	3.831	<b>483.047</b>	
- di cui altre prestazioni	n.ro	18.234	508	12.719	6.308	20.957	34.162	55.959	<b>148.847</b>	
Fatturato medio prestaz.	€	21,3	6,5	18,9	17,1	42,8	17,3	20,5	<b>16,3</b>	

#### Anno 2021

2021		PTA - Trani	PTA - Canosa	DSS 1	DSS 2	DSS 3	DSS 4	DSS 5	Totale
Fatturato	€/mgl	4.879	2.052	780	449	2.147	936	2.018	<b>13.259</b>
Prestaz.	N.ro	237.883	286.536	46.938	26.032	52.843	61.042	95.184	<b>806.458</b>
- di cui visite specialistiche	n.ro	8.212	1.768	19.497	18.563	17.164	25.602	36.217	<b>127.023</b>
- di cui diagn. per immagini	n.ro	27.624	20.482	6.680	3.069	9.090	3.895	13.311	<b>84.151</b>
- di cui prestaz. di patol. clinica	n.ro	187.911	264.044	9.972	255	7.530	5.147	4.094	<b>478.953</b>
- di cui altre prestazioni	n.ro	14.136	242	10.789	4.145	19.059	26.398	41.562	<b>116.331</b>
Fatturato medio prestaz.	€	20,5	7,2	16,6	17,2	40,6	15,3	21,2	<b>16,4</b>

### Differenza 2022 vs. 2021

2021 Vs 2020		PTA - Trani	PTA - Canosa	DSS 1	DSS 2	DSS 3	DSS 4	DSS 5	Totale
Fatturato	€/mgl	94	11	-16	35	-91	204	220	<b>458</b>
Prestaz.	N.ro	-4.192	30.137	-6.411	2.256	-4.769	4.952	13.969	<b>35.942</b>
- di cui visite specialistiche	n.ro	2.782	-1.095	971	255	1.272	1.248	1.784	<b>7.217</b>
- di cui diagn. per immagini	n.ro	-1.547	-2.766	-1.117	-85	-800	379	-1.949	<b>-7.885</b>
- di cui prestaz. di patol. clinica	n.ro	-9.525	33.732	-8.195	-77	-7.139	-4.439	-263	<b>4.094</b>
- di cui altre prestazioni	n.ro	4.098	266	1.930	2.163	1.898	7.764	14.397	<b>32.516</b>
Fatturato medio prestaz.	€	0,8	-0,6	2,2	-0,1	2,1	1,9	-0,7	<b>-0,2</b>

i dati sopra riportati nonostante la pandemia riportano un aumento sia in termini di fatturato 3% che di numero di prestazioni 4%.

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

Tra gli altri dati di attività disponibili si riepilogano, di seguito, relativamente agli anni 2022 e 2021 atteso che non risultano ancora disponibili i dati definitivi riferiti all'anno 2023, 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

	2022	2021
Punti	17	17
Medici Titolari	47	66
Ore Totali	52617	75236
Contatti Effettuati	28789	34763
Ricoveri Presscritti	349	400
Medici con disponibilità domiciliare	36	0
Ore di apertura del servizio	60818	62507

#### G: Assistenza Farmaceutica Convenzionata

	2022		2021	
	Numero	Importo	Numero	Importo
Ricette di specialità Medicinali e Galenici	3.739.529	51.637.664	3.739.529	51.637.664
Assistenza Integrativa		4.365.150		4.365.150
Ticket e Quote Fisse		11.325.905		11.325.905
Ricette Esenti		0		0

**H: Assistenza Domiciliare Integrata 2022**

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

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

**H: Assistenza Domiciliare Integrata 2021**

Casi Trattati	4.812	Utenti in Lista di Attesa	152
di cui anziani	3.444		
di cui malati terminali	651		
Accessi del Personale Medico	26.412	di cui ad anziani	13.807
		di cui a malati terminali	9.320

	Terapisti della Riabilitazione	Infermieri Professionali	Altri Operatori	Totale
Ore di Assistenza Erogata	73.347	79.979	57.097	210.423
di cui ad anziani	59.099	54.090	33.525	146.714
di cui a malati terminali	913	8.380	849	10.142
Accessi degli operatori	78.992	94.493	38.480	211.965
di cui ad anziani	64.786	66.748	25.230	156.764
di cui a malati terminali	908	12.195	2.049	15.152

**I: Assistenza Programmata**
**2022**
**2021**

Numero di Medici	257	264
Numero di Autorizzazioni Concesse	5.189	5.404

Il **Servizio Sovradistrettuale di Riabilitazione** garantisce prevalentemente l'assistenza riabilitativa, di cui all'art. 26 L.833/78, sia attraverso strutture a gestione diretta, sia attraverso strutture convenzionate. Nel 2022 l'organico medio impiegato nel S.S.R. è stato pari a 129 unità.

Ruolo sanitario			Ruolo prof.le			Ruolo tecnico			Ruolo amm.vo			TOTALE		
Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale
13	90	103			0		23	23		3	3	13	116	129

I principali dati relativi all'attività svolta nel 2022 e nel 2021 dal S.S.R. sono riassunti nella seguente tabella:

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

	2022	2021
<b>Utenti e attività a gestione diretta</b>		
Utenti in regime ambulat.	767	731
Utenti in trattamento domiciliare	649	2579
Utenti centri semiresidenziali	17	18
Utenti centri residenziali	0	0
Trattamenti in regime ambulat.	26.832	25.307
Trattamenti in regime domiciliare	15.349	14.657
Trattamenti in regime semiresid.	2985	2743
Trattamenti in regime residenziale	0	0
Accessi ambulatoriali :		
Accessi amb. riabilitazione neurologica	11.703	11.190
Accessi amb. riabilitazione motoria	2555	1.720
Accessi amb. riabilitazione psico-sensoriale	396	277
Accessi amb. riabilitazione neuropsichiatrica infantile	11.268	11.308
<b>Utenti strutture convenzionate*</b>		
Utenti centri semiresidenziali	55	86
Utenti centri residenziali	336	254
<b>Altri dati di attività*</b>		
gg di degenza in strutture semiresid.	12036	18820
gg di degenza in strutture residenziali	24988	18665

#### Dati Economici 2022

DENOMINAZIONE	CODICE	DESCRIZIONE	QTA	Tariffa	Totale
CENTRO DI RIABILITAZIONE TERRITORIALE BARLETTA - ASL BT	E	AMBULATORIALE INDIVIDUALE	2.474	43,7	108.114
CENTRO DI RIABILITAZIONE TERRITORIALE BARLETTA - ASL BT	N	PRESTAZIONE RIABILITATIVA DOMICILIARE	2.680	49,02	131.374
CENTRO DI RIABILITAZIONE TERRITORIALE TRANI - ASL BT	E	AMBULATORIALE INDIVIDUALE	2.781	43,7	121.530
CENTRO DI RIABILITAZIONE TERRITORIALE TRANI - ASL BT	N	PRESTAZIONE RIABILITATIVA DOMICILIARE	1.264	49,02	61.961
CENTRO DI RIABILITAZIONE TERRITORIALE BISCEGLIE - ASL BT	C	SEMINTERNATO BASE	38	71,4	2.713
CENTRO DI RIABILITAZIONE TERRITORIALE BISCEGLIE - ASL BT	E	AMBULATORIALE INDIVIDUALE	650	43,7	28.405
CENTRO DI RIABILITAZIONE TERRITORIALE BISCEGLIE - ASL BT	N	PRESTAZIONE RIABILITATIVA DOMICILIARE	435	49,02	21.324
CENTRO DI RIABILITAZIONE TERRITORIALE ANDRIA - ASL BT	E	AMBULATORIALE INDIVIDUALE	6.425	43,7	280.773
CENTRO DI RIABILITAZIONE TERRITORIALE ANDRIA - ASL BT	N	PRESTAZIONE RIABILITATIVA DOMICILIARE	4.246	49,02	208.139
CENTRO DI RIABILITAZIONE TERRITORIALE CANOSA DI PUGLIA - ASL BT	E	AMBULATORIALE INDIVIDUALE	1.294	43,7	56.548
CENTRO DI RIABILITAZIONE TERRITORIALE CANOSA DI PUGLIA - ASL BT	N	PRESTAZIONE RIABILITATIVA DOMICILIARE	2.055	49,02	100.736
CENTRO DI RIABILITAZIONE TERRITORIALE MINERVINO MURGE - ASL BT	E	AMBULATORIALE INDIVIDUALE	513	43,7	22.418
CENTRO DI RIABILITAZIONE TERRITORIALE MINERVINO MURGE - ASL BT	N	PRESTAZIONE RIABILITATIVA DOMICILIARE	867	49,02	42.500
CENTRO DI RIABILITAZIONE TERRITORIALE SPINAZZOLA - ASL BT	E	AMBULATORIALE INDIVIDUALE	609	43,7	26.613
CENTRO DI RIABILITAZIONE TERRITORIALE SPINAZZOLA - ASL BT	N	PRESTAZIONE RIABILITATIVA DOMICILIARE	691	49,02	33.873
		<b>Totale</b>	<b>27.022</b>		<b>1.247.020</b>

Il **Dipartimento delle Dipendenze Patologiche** si occupa della prevenzione e dell'assistenza delle dipendenze da sostanze legali e illegali (alcol, droghe), ma anche delle dipendenze comportamentali

(gioco d'azzardo, internet, cellulari). Il D.D.P. svolge la sua attività sia attraverso i sei Ser.T. ubicati nei comuni di Margherita di S., Andria, Canosa, Barletta, Trani e Bisceglie, sia attraverso strutture in convenzione per l'assistenza residenziale e semiresidenziale ai tossicodipendenti. L'organico medio nel 2022 è stato di 38 unità.

Dirig.	Comp.	Totale												
10	17	28			0	10		10	1		1	10	28	38

I principali dati che hanno caratterizzato l'attività del Dipartimento nel corso del 2022, confrontati con i dati dell'anno precedente, sono riassunti nella tabella che segue:

	2022	2021
<b>Utenti e attività a gestione diretta</b>		
Utenti in regime ambulat.	2.327	1.749
Utenti in trattamento domiciliare	1	1
Prestazioni in regime ambulat.	183.008	189.756
Prestazioni in regime domiciliare	5	5
<b>Utenti strutture convenzionate</b>		
Utenti centri semiresidenziali	0	0
Utenti centri residenziali	151	134
<b>Altri dati di attività</b>		
gg di degenza in comunità semiresid.	0	0
gg di degenza in comunità residenziali	25.399	20.469

I dati sopra riportati evidenziano un incremento dei Trattamenti e un decremento degli utenti in regime Domiciliare.

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.

Tablelle

Il **Dipartimento di Salute Mentale** svolge la sua attività di assistenza e cura dei soggetti affetti da patologie psichiatriche avvalendosi di strutture e risorse proprie, oltre che di strutture convenzionate. Fanno capo al D.S.M. i servizi di Neuropsichiatria Infantile, Psicologia Clinica ed il reparto di Psichiatria SPDC ubicato presso l'ospedale di Barletta.

Il personale dipendente impiegato nel Dipartimento, nel 2022, è stato pari a 197 unità (organico medio):

Ruolo sanitario			Ruolo prof.ile			Ruolo tecnico			Ruolo amm.vo			TOTALE		
Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale
61	90	151			0	39		39	1	6	7	61	135	197

I principali dati che hanno caratterizzato l'attività del Dipartimento nel corso del 2022, confrontati con i dati degli anni precedenti, sono riassunti nella tabella che segue:

	D.S.M.	D.S.M.
	2022	2021
<b>Utenti e attività a gestione diretta</b>		
Utenti in regime ambulat. / domiciliare(1)	4.992	4.758
Utenti centri semiresidenziali	57	54
Utenti centri residenziali (2)	27	27
Trattamenti in regime ambulat. (3)	57.224	61.803
Trattamenti in regime domiciliare	8.532	11.594
Trattamenti in regime semiresid.	6.802	11.254
Trattamenti in regime residenziale (4)	11.223	11.223
Utenti Ambulatorio NPIA	3.226	1.864
Utenti Centri Residenziali NPIA	35	26
Trattamenti in regime ambulatoriale NPIA	710	590
Trattamenti in regime domiciliare NPIA	11	15
Integrazione Scolastica NPIA	2.127	1.538
Utenti Centro Autismo Territoriale NPIA	1.214	1.200
Utenti Centro di Riferimento Regionale ADHD NPIA	130	129
Visite Collegiali (DPCM 185/06) NPIA	703	579
Utenti in trattamento Riabilitativo NPIA	80	55
<b>Utenti strutture convenzionate</b>		
Utenti centri semiresidenziali	55	63
Utenti centri residenziali (5)	120	95
Utenti Centro Semires. Terap. Min. "IRIS" (convenzionato)	20	20
<b>Altri dati di attività (6)</b>		
gg di degenza in comunità semiresid.	12.120	10.200
gg di degenza in comunità residenziali	31.533	31.250

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

		2022	2021
		Barletta	Barletta
Posti letto (medi)	n.ro	10	10
Ricoveri ordinari	n.ro	514	472
Giornate di deg.	gg	4.710	4.216
Deg. media	gg	9,2	8,9
Utilizzo p.l.	%	129,0	115,5
Case mix		0,70	0,69

### 3.2 L'assistenza collettiva

#### A) *Stato dell'arte*

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

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

Il personale dipendente impiegato nel Dipartimento, nel 2022, è stato pari a 193 unità (organico medio):

Ruolo sanitario			Ruolo prof.le			Ruolo tecnico			Ruolo amm.vo			TOTALE		
Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale
57	96	153			0		9	9	1	29	30	58	134	193

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

I principali dati relativi all'attività svolta dal Dipartimento di Prevenzione dell'A.S.L. BT, nel 2022 (atteso che non risultano ancora disponibili i dati definitivi riferiti all'anno 2023) , sono di seguito riportati.

<b>DIP. PREV. (Igiene e Sanità Pubblica)</b>	<b>ANNO 2022</b>	<b>ANNO 2021</b>
Certificazioni medico-legali	1.428	1.255
Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate	624.351	1.069.100
Certificati di vaccinazione	78.321	435.000
Counseling medicina del turismo	143	101
Indagine epidemiologiche	14.336	28.000
Notifiche malattie infettive (SIMI)	97	83
Idoneità igienico-sanitarie attività sanit. e socio-sanit.	126	87
Idoneità scuole private e pubbliche	28	25
Idoneità palestre, piscine, centri sportivi e stab. baln.	5	3
Idoneità attività artigianali e commerciali	138	123
Idoneità parrucchieri, estetiste e tatuatori/piercing	8	10
Idoneità alberghi, Bed & Breakfast	19	15
Certificazione conformità scarichi e vasche imhoff	12	7
Certificati antigienicità ambienti di vita	11	5
Numero istanze invalidi civili pervenute	15.272	12.589
Numero pratiche invalici civili evase	15.198	12.105
Partecipazione conferenze di servizio	80	122
Partecipaz. commiss. pubblico spettacolo...	28	0
Inconvenienti igienico-sanitari	145	159
Pareri edilizi	45	0
Certificazioni necroscopiche (più scheda ISTAT)	1.252	1.205
Nulla osta sanitario per trasporto salme	31	25
Traslazioni ed esumazioni straord. di salme	5	1
Autorizzaz. autorimesse e idoneità carri funebri	6	3
Attività di vigilanza igienico-sanitaria	315	336
Attività di sorveglianza Legionella	57	42

<b>DIP. PREV. (SIAN)</b>	<b>ANNO 2022</b>	<b>ANNO 2021</b>
Controlli sui produttori	124	112
Controlli sulla distribuzione degli alimenti	622	566
Controlli sui trasporti degli alimenti	22	21
Controlli sulla ristorazione pubblica	173	123
Controlli sulla ristorazione collettiva	43	32
Controlli su confezionatori	107	112
Controlli sui prodotti fitosanitari	171	161
Controlli ispettorato micologico	22	15
Controlli sulle acque	328	296
Controlli nelle mense	32	32
Controlli sulla sicurezza alimentare e sulle tossinfez.	2	2
Corsi di formazione	192	94

<b>DIP. PREV. (SPESAL)</b>	<b>ANNO 2022</b>	<b>ANNO 2021</b>
Nr lavoratori controllati o comunque esaminati per accertamento o certificazioni sanitarie: di cui apprendisti minori:	260	13
Numero di indagini effettuate per infortuni sul lavoro:	25	45
Numero di indagini effettuate per malattie professionali:	21	46
Numero di aziende interessate da atti autorizzativi, esame progetti, piani di lavoro e notifiche	40	190
Numero di Aziende in cui sono stati effettuati interventi di vigilanza e di polizia giudiziaria	807	707

<b>DIP. PREV. (Serv. Veterinario Area "A")</b>	<b>ANNO 2022</b>	<b>ANNO 2021</b>
Catture cani randagi	717	879
Sterilizzazioni cani randagi	516	421
Controlli sulla popolaz. canina randagia	6.520	6.153
Controlli sulla popolaz. canina di proprietà	7.500	8.484
Programmi di eradicazione e controllo brucellosi	14.024	15.854
Piani di controllo mal. infet. best. lista "A" O.I.E.	4.684	5.718
Piani di controllo mal. infet. best. lista "B" O.I.E.	380	864
Anagrafe Zootecnica - SUMMA - SANAN - ACIR - SIMAN	68.000	62.000

<b>DIP. PREV. (Serv. Veterinario Area "B")</b>	<b>ANNO 2022</b>	<b>ANNO 2021</b>
n. ispezione su strutture riconosciute	<b>833</b>	<b>413</b>
n. ispezioni con non conformità	26	37
n. ispezione su strutture registrate	554	354
n. ispezioni con non conformità	80	80
n. audit	<b>36</b>	<b>41</b>
n. campioni totali	282	305
n. campioni non conformi	21	22
n. provvedimenti amministrativi	112	122
n. provvedimenti penali	3	6

\* In applicazione delle note Regione Puglia prot. n. AOO/152/1897 del 02/05/2019 e prot. n. AOO/152/3654 del 10/09/2019

<b>DIP. PREV. (Serv. Veterinario Area "C")</b>	<b>ANNO 2022</b>	<b>ANNO 2021</b>
<b>Controlli sui residui come da PNR e PNAA ↓</b>	<b>95</b>	<b>88</b>
a) programmati	87	81
b) non programmati ( <i>ad hoc</i> )	2	1
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)	6	6
<b>Controlli BSE ↓</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
a) programmati	0	0
b) non programmati ( <i>ad hoc</i> )	0	0
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)	0	0
<b>Interventi di farmacosorveglianza: ↓</b>	<b>31.875</b>	<b>30.750</b>
1) controlli sul campo ↓	152	321
a) programmati	76	300
b) non programmati ( <i>ad hoc</i> )	8	9
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)	68	12
2) verifica ricette (Scorte, Animali DPA)	1.525	1.509
3) verifica appropriatezza farmaci prescritti (Scorte, Animali DPA)	4.418	3.970
4) verifica REV Pet-NDPA*	11.975	11.121
5) verifica appropriatezza farmaci prescritti REV Pet-NDPA*	13.805	13.829
Interventi di farmacovigilanza	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Controlli sul benessere animale ↓</b>	<b>64</b>	<b>69</b>
1) In allevamento ↓	47	58
a) programmati	25	34
b) non programmati ( <i>ad hoc</i> )	13	21
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)	9	3
2) Idoneità Mezzi di Trasporto ↓	17	11
a) programmati	14	10
b) non programmati ( <i>ad hoc</i> )	1	0
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)	2	1
<b>Controlli produz. zootecniche primarie (O.S.A.) ↓</b>	<b>18</b>	<b>10</b>
a) programmati	18	7
b) non programmati ( <i>ad hoc</i> )	0	2
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)	0	1
<b>Controlli sottoprodotti di O.A. ↓</b>	<b>36</b>	<b>27</b>
a) programmati	16	18
b) non programmati ( <i>ad hoc</i> )	18	6
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)	2	3
<b>Controlli alimentazione animale (O.S.M.) ↓</b>	<b>261</b>	<b>202</b>
a) programmati	213	172
b) non programmati ( <i>ad hoc</i> )	7	0
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)	41	30
<b>Controlli attività commerciali diverse ↓</b>	<b>36</b>	<b>35</b>
a) programmati	21	24
b) non programmati ( <i>ad hoc</i> )	11	7
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)	4	4
<b>Controlli Igiene ambientale</b>	<b>9</b>	<b>1</b>
<b>Controlli sulla riproduz. animale</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Pratiche istruite (autorizzaz., registraz., vidimaz., protocollo etc.)</b>	<b>1615</b>	<b>1.054</b>

## OBIETTIVI GENERALI

### Obiettivi Generali - Piano della Performance - Ciclo di Budget ASL BT 2024-2026

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 2023-2025:

- **Obiettivi di Mandato** contenuti nell'incarico conferito al Direttore Generale Deliberazione n. 2073 del 6 dicembre 2021;
- **Obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi** assegnati ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. pugliese per gli anni dal 2020 al 2022 con D.G.R. n. 684/2022;
- **Obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi** assegnati ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. pugliese per gli anni dal 2023 al 2024 con D.G.R. n. 1558 del 13/11/2023, e pubblicata su BURP n. 107 del 04/12/2023;
- **Nuovo Sistema di Garanzie (NSG) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria** di cui al Decreto Ministero della Salute del 12 marzo 2019 (Gazzetta Ufficiale n. 138 del 14 giugno 2019) e **D.G.R. n. 167 del 17 febbraio 2020** recante "Monitoraggio dell'attività della rete ospedaliera (di cui al R.R. n. 23/2019) secondo gli indicatori del D.M. n. 70/2015 e del Decreto del Ministero della Salute del 12 marzo 2019 (Nuovo Sistema di Garanzia)";
- **Programma Nazionale Esiti (AGENAS)** e **Network delle Regioni** (Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa).

- **Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR; in inglese National Recovery and Resilience Plan, abbreviato in Recovery Plan o NRRP)** approvato con Decreto del Ministero dell'economia e finanze, 6 agosto 2021, recante "Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione" [1] e il decreto del Ministero dell'economia e finanze, 23 novembre 2021.

Rispetto a tali fonti, la pianificazione della performance aziendale 2024-2026 prevede i seguenti **Obiettivi Generali Strategici**:

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

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

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

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

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

## Dagli Obiettivi Generali agli Obiettivi Specifici

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

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

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

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

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

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

**Per quanto riguarda l'esame degli obiettivi per area strategica, dei soggetti assegnatari e dei risultati attesi nel triennio 2024-2026 si rimanda all'Allegato "Performance Organizzativa 2024-2026" parte integrante del presente Piano.**

La definizione degli obiettivi specifici e delle azioni operative è negoziata dalla Direzione con i Direttori dei Dipartimenti Aziendali alla presenza dei Dirigenti Responsabili di UOC e UOSVD. Durante la fase negoziale ogni Responsabile di U.O. Complessa e U.O. a Valenza Dipartimentale, Struttura è stato invitato a formulare, proposte di azione per il conseguimento degli obiettivi strategici individuati all'interno di una o più aree strategiche che unitamente agli obiettivi strategici individuati dalla Direzione Strategica, concorreranno alla definizione degli obiettivi di budget assegnati alle U.O. aziendali.

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

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

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

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

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

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

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

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

In tal senso il conto economico preventivo 2024, adottato con deliberazione aziendale n. 2148 del 28/12/2023, ha tenuto conto delle prodromiche attività di valutazione e di coerenza, rispetto alle specifiche indicazioni/linee operative regionali a tale riguardo.

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

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

Per la prima volta, la definizione e la negoziazione degli Obiettivi di Budget anno 2024 è già avvenuta nell'autunno 2023.

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

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

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

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

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

In linea di continuità rispetto ai Piani degli anni precedenti, il RPCT, dott.ssa Raffaella Notarpietro, nominata con Delibera n. 2480 del 30.12.2020, in attuazione all'art. 1, comma 8, della L.190/2012 e smi, con nota prot. n. 93952 del 20/12/2023 ha chiesto alla Direzione Generale di formalizzare specifici obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza evidenziando, altresì, le novità introdotte dal legislatore nazionale.

Gli obiettivi strategici da considerare in materia di anticorruzione e trasparenza, in continuità con quelli individuati negli anni precedenti, sono i seguenti:

**OBIETTIVO**

Assegnato alla UOSVD Informazione, Comunicazione, Formazione e Polo Universitario

*Formazione di tutto il personale dipendente (100%) in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.*

*anno 2024 – attività di verifica dell'effettivo espletamento dell'attività formativa programmata nell'anno precedente ovvero conclusione del processo formativo avviato con la "formazione in house";*

*anno 2025 - attività di verifica dell'effettivo espletamento dell'attività formativa programmata nell'anno precedente ovvero conclusione del processo formativo avviato con la "formazione in house"; avvio di processi formativi del personale neo assunto;*

*anno 2026 – attività di verifica dell'effettivo espletamento dell'attività formativa programmata nell'anno precedente ovvero conclusione del processo formativo avviato con la "formazione in*

house”; avvio di processi formativi del personale assunto.

OBIETTIVO

Assegnato al RPCT

attività di verifica, monitoraggio e controllo delle Deliberazioni e Determinazioni dirigenziali, dei bandi di gara e di concorso ed avvisi pubblici, tenendo conto dei seguenti parametri:

nella misura del 10% per l'anno 2024;

nella misura dell'11% per l'anno 2025;

nella misura del 12% per l'anno 2026.

OBIETTIVO

Assegnato all'Area Gestione del Personale

Controlli sulla disciplina del conflitto di interessi e controlli specifici richiesti dal RPCT.

In ordine al rispetto della disciplina sul conflitto di interessi rileva l'acquisizione delle dichiarazioni dei Dirigenti assunti nell'anno 2023, dei Direttori di Dipartimento (art. 6 del DPR 62/2013), dei Direttori di UOC, UOSVD e UOS, nonché attività di controllo aggiuntiva, da espletarsi entro il 30/09/2024; questo tipo di attività dovrà essere implementata negli anni 2025 e nel 2026 coinvolgendo i Dirigenti titolari di incarichi di natura professionale e di alta specializzazione ed il personale titolare di posizione organizzativa.

OBIETTIVO

Assegnato a tutte le Strutture Aziendali

invio n. 2 relazioni infrannuali, nel rispetto delle indicazioni fornite dal RPCT e previste dalla Sezione / PTPCT, rispettivamente entro il 30/06 e 31/12 di ciascun anno; rispetto del cronoprogramma indicato nel piano da adottarsi e obbligo di rendere apposita attestazione, con le due relazioni infra annuali, relativa all'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza.

OBIETTIVO

Assegnato all'Area Gestione del Personale / Area Gestione del Patrimonio/UOSVD Informazione, comunicazione, Polo Universitario e Formazione / area Gestione Tecnica / UOSVD Appalti contratti e logistica / UOSVD Costruzioni Ristrutturazioni e manutenzioni / UOSVD Ingegneria clinica ed HTA / UOSVD Gestione amministrativa dei servizi tecnici e PNRR / UOSVD Information and Communication Technologies, Affari Generali, UOSVD SBL

rispetto del cronoprogramma riferito all'anno 2024.

OBIETTIVO

Assegnato all'Area Gestione del Personale / Area Gestione del Patrimonio/UOSVD Informazione, comunicazione, Polo Universitario e Formazione / area Gestione Tecnica / UOSVD Appalti contratti e logistica / UOSVD Costruzioni Ristrutturazioni e manutenzioni / UOSVD Ingegneria clinica ed HTA / UOSVD Gestione amministrativa dei servizi tecnici e PNRR / UOSVD Information and Communication Technologies.

*Al fine di assicurare il rispetto dell'istituto del pantouflage, appare necessaria l'acquisizione della dichiarazione, da parte del dipendente, all'atto della cessazione del rapporto di lavoro; trasmissione di apposito elenco al RPCT al fine di consentire al Responsabile di effettuare l'attività di verifica nella misura di 3 estrazioni per l'anno 2024 (percentuale da implementarsi negli anni successivi). Al fine di assicurare il rispetto dell'istituto del pantouflage, appare necessaria l'acquisizione da parte dell'operatore economico concorrente di dichiarare di non aver stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi ad ex dipendenti pubblici in violazione del divieto, per quanto di conoscenza; trasmissione di apposito elenco al RPCT al fine di consentire al Responsabile di effettuare l'attività di verifica nella misura di 3 estrazioni per l'anno 2024 (da implementarsi negli anni successivi).*

Al fine di garantire l'adeguato coordinamento con la disciplina in materia, in virtù di quanto statuito dall'art. 10 del Dlgs 33/2013 e s.m.i, gli obiettivi strategici sopra elencati costituiscono parte integrante del Piano delle Performance.

Gli obiettivi di cui sopra, infatti, con la ridetta nota della Direzione Strategica, sono stati comunicati al Direttore della UOC Controllo Strategico.

Gli stessi costituiranno oggetto di valutazione della performance da parte dell'OIV ai fini del riconoscimento, in favore del personale, della retribuzione di risultato.

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

### **Premessa**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il Sistema di misurazione della performance rispetta i seguenti requisiti:

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

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

trasparenza del processo di gestione della performance sia nei confronti del personale che nei confronti degli stakeholders.

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

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

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

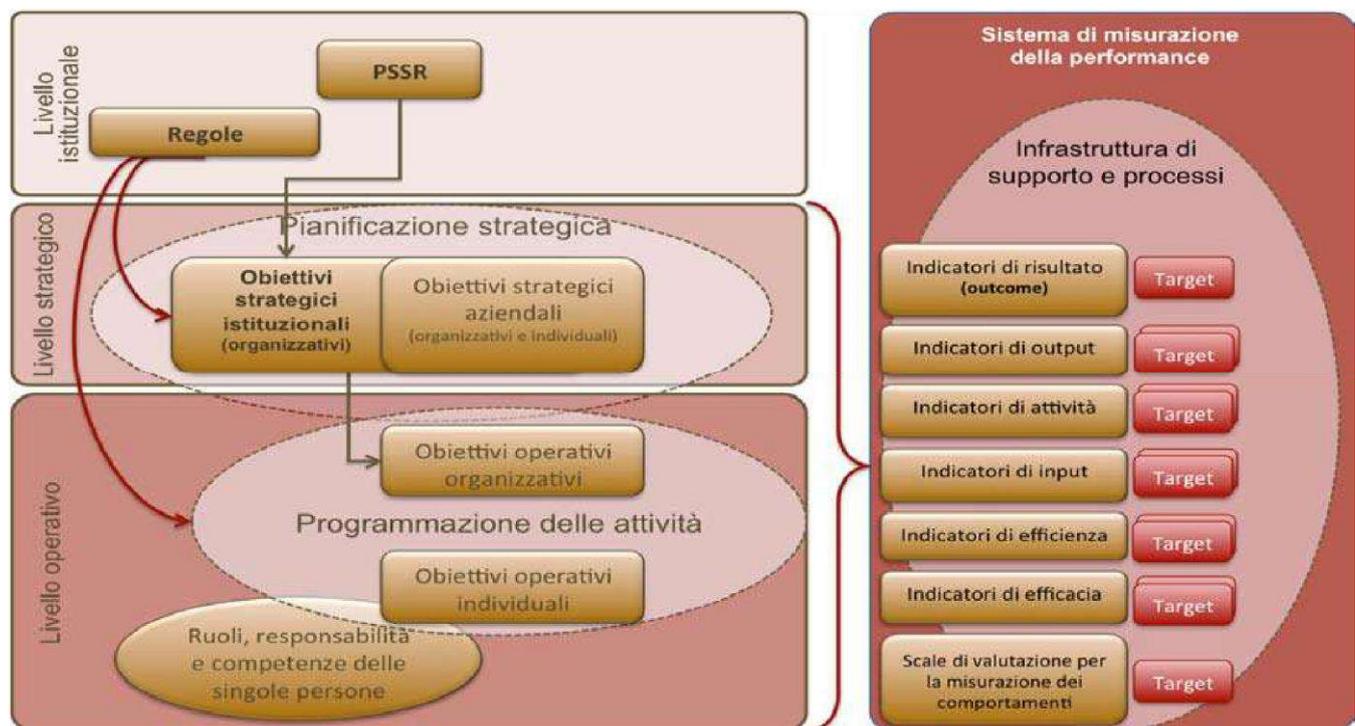
Per perseguire tale finalità il sistema di valutazione deve essere in linea con i seguenti principi:

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

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

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

Grafico: Livelli di performance:



## **Indicatore**

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

L'indicatore deve possedere alcune caratteristiche fondamentali:

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

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

## **Target**

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

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

## **Infrastruttura di supporto**

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

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

## Processo

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

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

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

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



## LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **LA MISURAZIONE DEGLI OBIETTIVI**

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

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

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

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

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

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

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

### **LA VALUTAZIONE PARTECIPATIVA**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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



- ✓ **PARTECIPA AL QUESTIONARIO:**  
rispondi a poche semplici domande sull'esperienza di ricovero e cura negli Ospedali della ASL Bt
- ✓ I dati raccolti saranno utilizzati per **MIGLIORARE I SERVIZI**
- ✓ Il questionario è anonimo e volontario: sono **GARANTITE LA PRIVACY E LA RISERVATEZZA DEL PAZIENTE**

**COME PARTECIPARE?**  
inquadra il QR Code



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Oggetto della Valutazione individuale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### La Scheda di Valutazione individuale e relative ponderazioni adottate

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

In particolare:

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

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

In particolare, per ogni obiettivo viene indicato:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **VALUTAZIONE NON CONDIVISA**

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

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

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

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

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

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

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

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

### **VALUTAZIONE NEGATIVA**

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

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

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

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