

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 0074
del 30 GEN. 2020

OGGETTO: Adozione del Piano della Performance 2020-2021-2022

IL DIRETTORE GENERALE

vista la deliberazione del Direttore Generale n.1492 del 05/09/2018, con l'assistenza del Segretario, sulla base della istruttoria e della proposta formulata dal Direttore della U.O.C. Controllo di Gestione che ne attesta la regolarità formale del procedimento ed il rispetto della legalità, considera e determina quanto segue:

Preso atto che con D.D.G.n.127 del 31/01/2019 è stato adottato il Piano della Performance 2019-2020-2021 della ASL della Provincia di Bari;

Visti:

- gli articoli 3 e 15 bis del d.lgs. 502/1992 e s.m.i. *“Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell’art. 1 L. 23/10/1992 n. 421”*;
- il d.lgs. 165/2001 e s.m.i. *“Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”*;
- il d.lgs. n.150/2009 di *“Attuazione della legge 4 marzo 2009 n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”* come modificato dal d.lgs. 25.05.2017, n.74;

Considerato che il sopra citato d.lgs. n. 150/2009 introduce una riforma organica della disciplina del rapporto di lavoro dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche di cui all’art. 2, comma 2,

del decreto legislativo n.165/2001 e introduce, tra l'altro, disposizioni sulla misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale;

Preso atto che:

- l'articolo 4 del d.lgs.n.150/2009 stabilisce che le Amministrazioni Pubbliche sviluppano, in coerenza con i contenuti della programmazione finanziaria e del bilancio, il "Ciclo di gestione della performance" articolato sulla definizione ed assegnazione degli obiettivi da raggiungere in collegamento alle risorse, ai valori di risultato attesi ed ai rispettivi indicatori, nonché sulla conseguente misurazione e valutazione della performance tenendo conto anche dei risultati conseguiti nell'anno precedente, come documentati e validati nella relazione annuale sulla performance, di cui all'articolo 10 del citato d.lgs.n.150/2009, con connesso utilizzo dei sistemi premianti e di valorizzazione del merito, con rendicontazione finale dei risultati;
- in particolare l'art. 10 del d.lgs.150/2009, così come modificato dal d.lgs. 25 maggio 2017, n.74, rubricato "Piano della Performance e Relazione sulla performance", prevede, tra l'altro, che

"Al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le amministrazioni pubbliche, redigono e pubblicano sul sito istituzionale ogni anno:

- a) *entro il 31 gennaio, il Piano della performance, documento programmatico triennale, che è definito dall'organo di indirizzo politico-amministrativo in collaborazione con i vertici dell'amministrazione e secondo gli indirizzi impartiti dal Dipartimento della funzione pubblica ai sensi dell'articolo 3, comma 2, e che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi di cui all'articolo 5, comma 1, lettera b), e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché' gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori;*
- b) *entro il 30 giugno, la Relazione annuale sulla performance, che è approvata dall'organo di indirizzo politico-amministrativo e validata dall'Organismo di valutazione ai sensi dell'articolo 14 e) che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato"*

Rilevato che:

- l'art.15 comma 2 lettera b) del medesimo decreto legislativo n.150/2009, stabilisce che l'organo di indirizzo politico-amministrativo di ciascuna amministrazione definisce in collaborazione con i vertici dell'amministrazione il Piano e la Relazione di cui all'art.10, comma 1, lettera a) e b);
- l'art.16 comma 2 del più volte menzionato decreto n.150/2009, impone che Regioni e gli Enti locali adeguano il proprio ordinamento ai principi contenuti negli artt.3, 4, 5, c.2, 7, 9 e 15 c.1 del medesimo decreto;

Atteso che:

- il d.lgs.n.33/2013 all'art.10, così come modificato dall'art.10 del d.lgs.n.97/2016, rubricato "Coordinamento con il Piano triennale per la prevenzione della corruzione", stabilisce al

comma 3 che *“La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione, che deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi e individuali”*, al comma 4 come *“Le amministrazioni pubbliche garantiscono la massima trasparenza in ogni fase del ciclo di gestione della performance”*, al comma 6: *“Ogni amministrazione presenta il Piano e la Relazione sulla performance di cui all'articolo 10, comma 1, lettere a) e b), del decreto legislativo n.150 del 2009 alle associazioni di consumatori o utenti, ai centri di ricerca e ad ogni altro osservatore qualificato, nell'ambito di apposite giornate della trasparenza senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica”*, ed infine al comma 8: *“Ogni amministrazione ha l'obbligo di pubblicare sul proprio sito istituzionale nella sezione: «Amministrazione trasparente» di cui all'articolo 9: a) il Piano triennale per la prevenzione della corruzione; b) il Piano e la Relazione di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150...omissis...”*;

Rilevato che:

- la Regione Puglia ha recepito i principi e i contenuti del d.lgs.n.150 del 2009 con la Legge regionale n.1 del 4 gennaio 2011 avente ad oggetto: *“Norme in materia di ottimizzazione e valutazione della produttività del lavoro pubblico e di contenimento dei costi degli apparati amministrativi nella Regione Puglia”*;
- la Commissione indipendente per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (ex Civit, ora Autorità Nazionale Anticorruzione e per la Valutazione e la Trasparenza delle amministrazioni pubbliche, ANAC) con la delibera n.112/2010 ha fornito, a suo tempo, istruzioni operative per la predisposizione del documento programmatico che dà avvio al Ciclo di gestione della Performance, prevedendo che nelle Amministrazioni Pubbliche vi sia un processo che definisca *“le azioni di miglioramento continuo del Ciclo di gestione della Performance”*;

Richiamate:

- le linee guida emanate dalla CIVIT (oggi ANAC) con le seguenti delibere:
 - n.114/2010 concernente le *“Indicazioni applicative ai fini dell'adozione del sistema di misurazione e valutazione della performance (art.30, comma 3, del d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150)”*;
 - n.1/2012 relativa alle *“Linee guida relative al miglioramento dei Sistemi di misurazione e valutazione della Performance e dei Piani della Performance”*;
 - n.3/2012 concernente le *“Linee guida per il miglioramento degli strumenti per la qualità dei servizi pubblici”*;
 - n.6/2013 riguardante le *“Linee guida relative al ciclo di gestione della performance anno 2013”*;

Visti:

- la D.G.R. n.2198 del 28/12/2016 – Assegnazione degli obiettivi di performance delle Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. per il triennio 2016-2018, in applicazione del sistema di valutazione del M.E.S. (Laboratorio Management & Sanità) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa;
- la D.G.R.n.90 del 22/01/2019 avente ad oggetto: *“Approvazione Linee guida “Organizzazione delle attività per la verifica della Appropriatezza delle Prestazioni Sanitarie in Regione Puglia” – Decorrenza dall'1/1/2019. Abrogazione delle deliberazioni Giunta*

- regionale nn.1101 del 23/06/2009, 1491 del 25/06/2010, 2252/2010, e n.806 del 3/05/2011 e n.385 del 04/03/2014”;
- il Decreto del Ministero della Salute 12 marzo 2019 avente ad oggetto: “Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria”;
 - il Programma Nazionale Esiti (P.N.E.), sviluppato da A.G.E.N.A.S., i cui indicatori “sono strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico e organizzativo finalizzati al miglioramento dell’efficacia e dell’equità nel SSN”;
 - le norme vigenti in tema di livelli essenziali di assistenza (c.d. obiettivi LEA);
 - le leggi nazionali e regionali vigenti (c.d. obiettivi di Legge).

Considerato che:

- con deliberazione del Direttore Generale n.80 del 30.01.2015, così come modificata dalle DD.D.G.n.165 del 29.01.2016, n.2202 del 30/11/2017 e n.126 del 31/01/2019, la ASL di Bari ha definito il “*Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale*” (S.M.V.P.);
- il citato S.M.V.P. è stato oggetto di modifiche nelle parti non soggette a contrattazione con le OO.SS. al fine di uniformarlo ai dettami di cui al d.lgs. n.74 del 25.05.2017 ed è stato sottoposto all’Organismo Indipendente di Valutazione con nota prot.n.21408 del 24/01/2020 per l’acquisizione del parere previsto dall’art.7, c.1 del d.lgs.150/2009;
- con verbale del 25/01/2020, acquisito al protocollo aziendale al n.24342 del 28/01/2020, l’O.I.V. ha espresso parere favorevole in merito all’aggiornamento del S.M.V.P. e la relativa delibera del Direttore Generale di adozione è in corso di approvazione;
- con deliberazione del Direttore Generale n.2534 del 30.12.2019 è stato approvato il Bilancio Economico Preventivo e Budget Generale d’Esercizio 2020 ed il Bilancio pluriennale di previsione per gli esercizi 2020-2021-2022;
- con deliberazione del Direttore Generale n.2370 del 09.12.2019 sono stati definiti gli obiettivi generali di budget per l’anno 2020;
- con deliberazione del Direttore Generale n.2533 del 31.12.2019 sono stati assegnati dalla Direzione Generale gli obiettivi operativi di budget per l’anno 2020;

Dato atto che il Piano della Performance è lo strumento programmatico di durata triennale, che dà avvio al ciclo di gestione della performance, attraverso il quale l’Azienda può programmare ed individuare obiettivi, indicatori e risultati attesi per la gestione aziendale in conformità alle risorse assegnate e disponibili sempre nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio;

Dato atto altresì, che il Piano della Performance, per sua natura, è uno strumento in continua evoluzione, con adeguamenti periodici, di norma annuali, in concomitanza all’avvio del ciclo della performance, legati dall’esigenza di garantire aderenza e raccordo con gli atti di programmazione nazionale, regionale ed aziendale;

Considerato che:

- in applicazione alla normativa sopra richiamata, è stato predisposto, a cura dell’U.O.C. Controllo di Gestione e della Struttura Tecnica Permanente di questa Azienda, sulla base degli indirizzi e degli obiettivi strategici giusta citata D.D.G.n.2370/2019, il Piano della Performance dell’ASL di Bari per il triennio 2020-2022;
- che il Piano della Performance è coerente con il vigente Piano Triennale per la Prevenzione e Repressione della Corruzione anni 2019-2020-2021 con apposita sezione

"Trasparenza", approvato da questa Azienda con la D.D.G.n.128 del 31.01.2019 che è tra l'altro in corso di aggiornamento nel rispetto dei termini di legge;

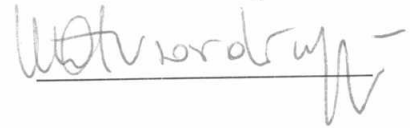
- il suddetto documento è stato condiviso dalla Direzione Strategica Aziendale, che si impegna ad inviare il presente provvedimento all'OIV, al Collegio di Direzione, al C.U.G., al C.C.M., al Collegio Sindacale e alle OO.SS. della dirigenza e del comparto;

Ritenuto, pertanto, di dover procedere alla formale adozione del Piano della Performance per il triennio 2020-2021-2022, allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale, e di dover procedere alla relativa pubblicazione, in osservanza della vigente normativa, sul sito istituzionale dell'Azienda;

IL DIRIGENTE U.O.S. CONTROLLO STRATEGICO, CONTROLLO INTERNO E ORGANI COLLEGIALI
(VITTORIO ZANFRAMUNDO)



IL DIRETTORE DELLA U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE
(MARIA PIA TRISORIO LIUZZI)

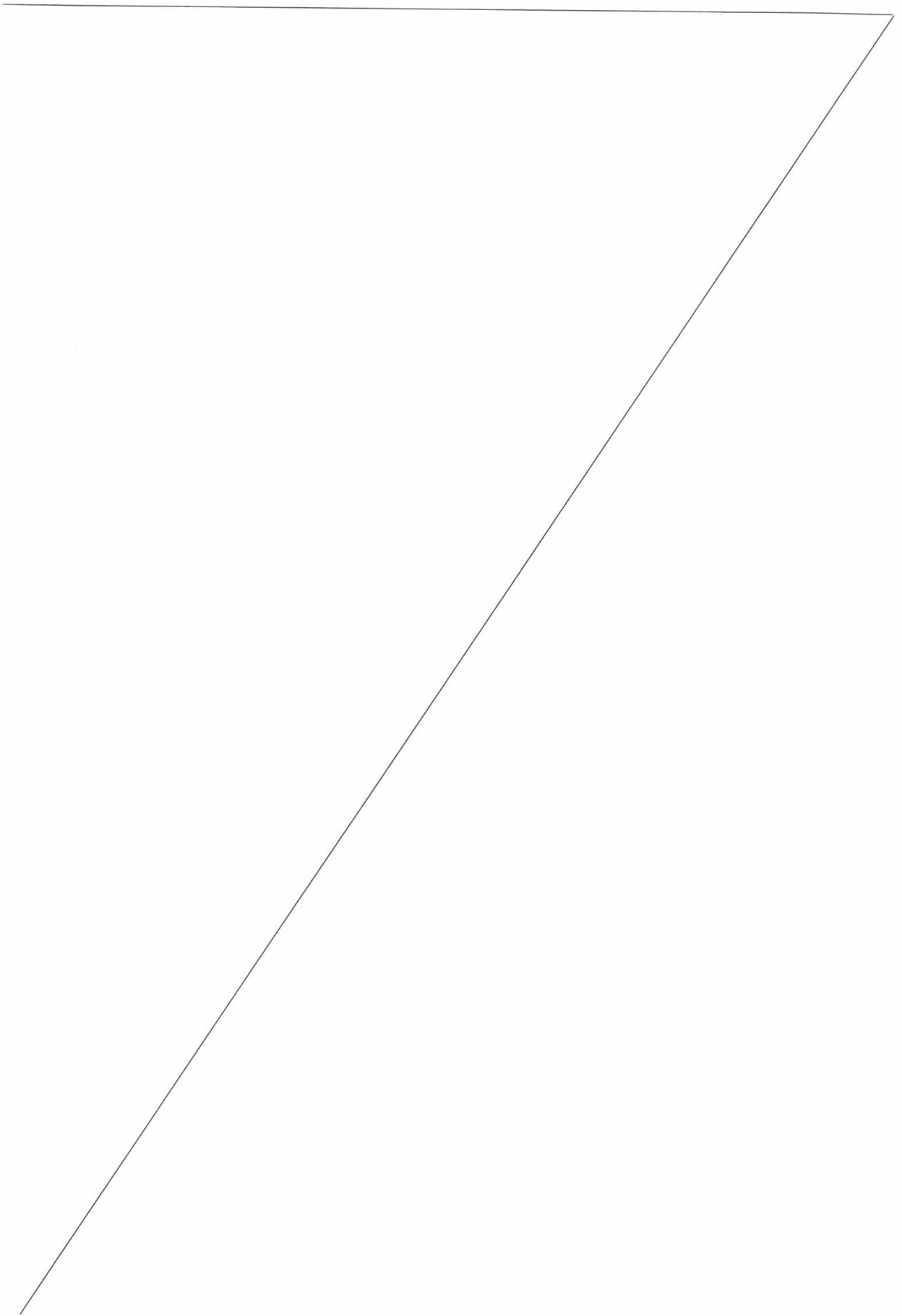


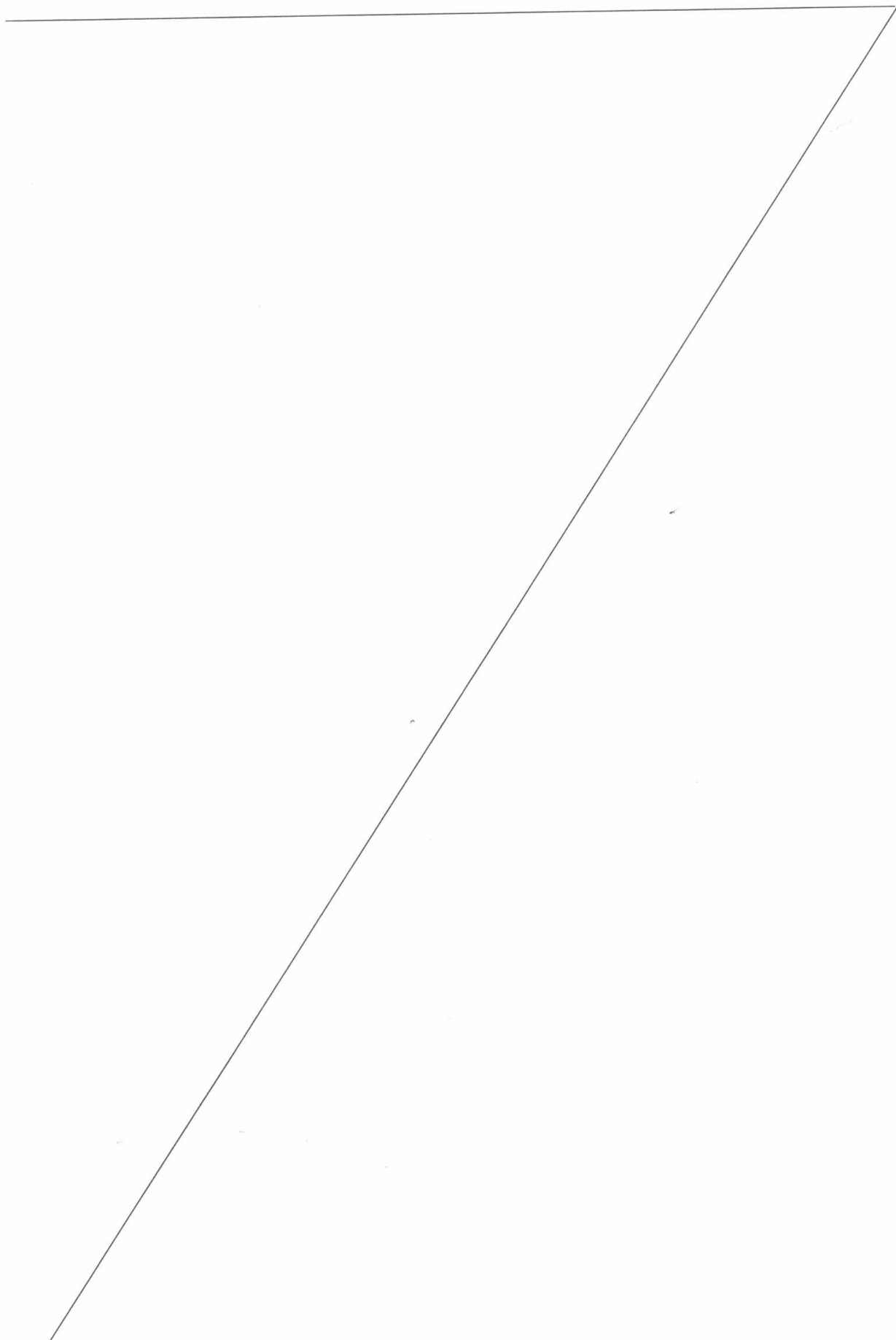
Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

DELIBERA

Per le motivazioni riportate in premessa che si intendono di seguito riportate:

- di adottare il Piano della Performance 2020-2021-2022 predisposto in conformità alle disposizioni normative richiamate in premessa e allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;
- di pubblicare il Piano della Performance 2020-2021-2022 sul sito aziendale nella apposita sezione "Amministrazione Trasparente" sottosezioni "Performance/Piano della Performance" e "Disposizioni Generali/Atti generali" a cura dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico, ai sensi del d. lgs. 33/2013 e della delibera ANAC 1310/2016;
- di trasmettere il presente provvedimento, a cura dell'UOC Controllo di Gestione, salvo quanto previsto infra:
 - ai Direttori ed ai Dirigenti Responsabili di tutte le strutture aziendali;
 - all'Organismo Indipendente di Valutazione, a cura del segretario della STP;
 - al Collegio Sindacale;
 - al Collegio di Direzione;
 - al Comitato Unico di Garanzia della ASL Bari;
 - al Comitato Consultivo Misto della ASL Bari;
 - alle OO.SS. aziendali per opportuna informazione, a cura dell'UOS Relazioni Sindacali;
- di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa.







REGIONE PUGLIA

**AZIENDA SANITARIA LOCALE
DELLA PROVINCIA DI BARI**

PIANO DELLA PERFORMANCE

Anni 2020-2022

Sommario

1 PRESENTAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE	3
2 SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI	4
2.1 Chi siamo.....	4
2.2 Cosa facciamo	4
2.3 Come operiamo	4
3 IDENTITÀ.....	5
3.1 L'ASL Bari "in cifre"	5
3.1.1 Territorio e popolazione	5
3.1.2 Assistenza Ospedaliera	7
3.1.3 Assistenza Distrettuale	14
3.1.4 Prevenzione	18
3.1.5 Dipendenze Patologiche	22
3.1.6 Salute Mentale	23
3.2 Mandato Istituzionale e missione	26
3.3 Albero della performance	26
4 ANALISI DEL CONTESTO.....	41
4.1 Analisi del contesto esterno	41
4.2 Analisi del contesto interno	44
4.2.1 Modello organizzativo	44
4.2.2 Risorse umane	45
4.2.3 Risorse tecnologiche	48
4.2.4 Quadro economico-finanziario degli anni 2017-2018-2019	49
4.2.4 Quadro economico-finanziario di previsione del 2020	52
4.3 Analisi S.W.O.T.	54
5 COLLEGAMENTO PIANO DELLA PERFORMANCE CON IL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE E REPRESSIONE DELLA CORRUZIONE CON APPOSITA SEZIONE "TRASPARENZA"	55
6 DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI PLURIENNALI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI ANNUALI	56
7 IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE.....	60
7.1 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio	60
7.2 Sistema di Valutazione della Performance dei sistemi sanitari regionali	62
7.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance	63
8 ALLEGATI TECNICI	64

1 Presentazione del Piano della Performance

Il Piano della Performance (art.10 c.1 lett. a) D.Lgs.27 ottobre 2009 n.150) è il documento programmatico triennale attraverso il quale, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale e dei vincoli di bilancio, sono individuati gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi (target di riferimento), delle varie articolazioni organizzative dell'ASL Bari.

Il Piano triennale della Performance è il documento che traccia i contenuti programmatici della pianificazione e verifica dei risultati aziendali: dalla iniziale definizione degli obiettivi annuali si procede durante l'anno al loro monitoraggio e controllo, fino ad arrivare, l'anno successivo, alla loro verifica misurando i risultati raggiunti. Programmare per tempo gli obiettivi e controllarne successivamente gli esiti è determinante non solo per poter rendicontare agli *stakeholder* aziendali le modalità di utilizzo delle risorse pubbliche ma anche per pianificare le attività e gli obiettivi degli anni successivi. Il Piano della performance è, quindi, uno degli strumenti indispensabili per ottimizzare l'attività di programmazione e di controllo delle Aziende Sanitarie e garantire l'erogazione dei migliori servizi sanitari alla collettività.

2 Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni

2.1 Chi siamo

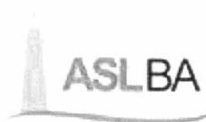
L'Azienda Sanitaria Locale di Bari è stata istituita con Legge regionale n. 39 del 28/12/2006 ed è nata dalla fusione delle quattro preesistenti Aziende Unità Sanitarie Locali della ex Provincia di Bari (BA/2, BA/3, BA/4 e BA/5).

L'Azienda Sanitaria Locale di Bari ha sede legale in Bari, Lungomare Starita 6, ed è costituita con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale, ai sensi e per effetto di quanto previsto all'art. 3, comma 1-bis del D. L. vo 502/1992 e s.m.i..

Gli Organi dell'Azienda Sanitaria Locale, ai sensi del D.Lgs.n.502/92 e ss.mm.ii., sono: il Direttore Generale, il Collegio Sindacale ed il Collegio di Direzione.

L'indirizzo del sito internet istituzionale dell'ASL Bari è www.sanita.puglia.it/web/asl-bari.

Il logo aziendale è quello di seguito raffigurato:



2.2 Cosa facciamo

L'Azienda svolge le funzioni ad essa assegnate dalla legge come organo del Servizio Sanitario Nazionale, perseguendo la promozione e la tutela della salute dell'individuo e della collettività.

L'Azienda ha la *mission* di promuovere la salute agendo sulle comunità locali per ridurre i fattori di rischio ed i comportamenti dannosi e curare le persone ammalate fornendo, in maniera integrata, le prestazioni sanitarie di più elevata qualità possibile, con l'uso efficiente ed appropriato delle risorse disponibili, ponendo il cittadino al centro della propria azione. I Livelli Essenziali di Assistenza vengono assicurati garantendo agli operatori un ambiente lavorativo in cui sono ridotti al minimo i rischi e sono valorizzati l'impegno e le competenze, anche mediante congrui percorsi formativi.

La *Vision* aziendale persegue l'eccellenza clinica ed assistenziale, la centralità dell'utente durante la definizione e nell'attuazione di percorsi e protocolli assistenziali, la partecipazione dei cittadini alle fasi di programmazione delle attività e di valutazione dei servizi erogati, la partecipazione e lo sviluppo delle risorse umane favorendo il confronto interdisciplinare e interprofessionale, lo sviluppo dell'innovazione e la diffusione della cultura del cambiamento, la revisione sistematica della qualità dei servizi, l'integrazione tra l'assistenza ospedaliera ed l'assistenza territoriale.

2.3 Come operiamo

L'Azienda, per la realizzazione della propria *mission*, assume quali principi guida il rispetto della persona e la centralità del cittadino, 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, l'efficienza e la qualità dei servizi, l'innovazione tecnologica ed organizzativa.

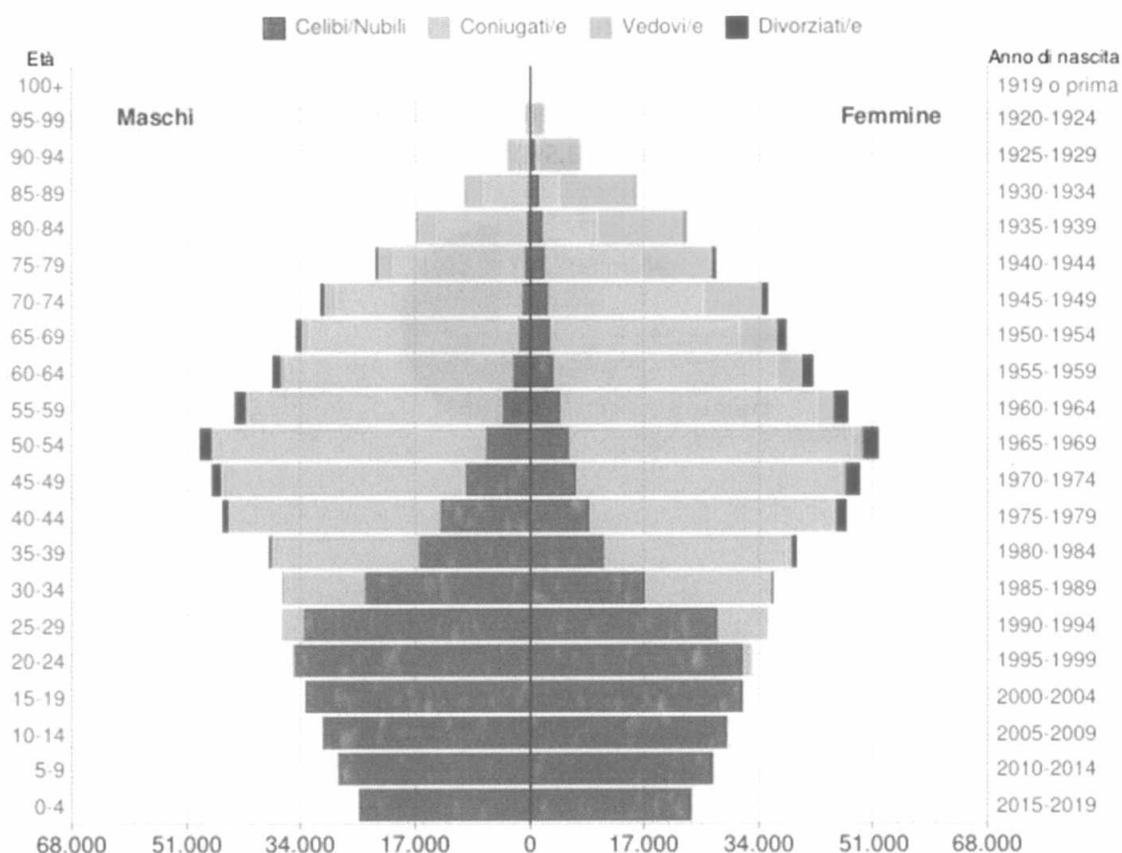
3 Identità

3.1 L'ASL Bari "in cifre"

3.1.1 Territorio e popolazione

La ASL Bari opera su un territorio di 3.862,88 Km², coincidente con la provincia di Bari, oggi Città Metropolitana di Bari, su cui risiedono complessivamente n.1.251.994 abitanti, con una densità pari a n.324,11 abitanti per Km², distribuiti in 41 comuni a loro volta suddivisi in n.12 Distretti Socio Sanitari. La distribuzione della popolazione per fasce di età, al 01/01/2019 è la seguente (Fonte: ISTAT):

Fascia d'età	Maschi	Femmine	Totale
0	4.839	4.512	9.351
1 - 4	20.601	19.408	40.009
5 - 14	59.422	56.291	115.713
15 - 44	227.262	222.047	449.309
45 - 64	178.804	189.711	368.515
65 - 74	66.157	73.193	139.350
+ di 74	53.771	75.976	129.747
TOTALE	610.856	641.138	1.251.994

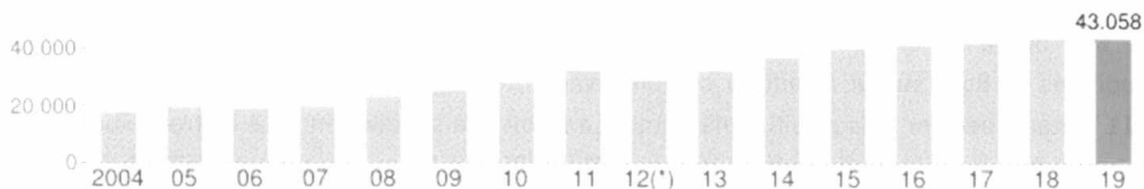


Popolazione per età, sesso e stato civile - 2019

CITTÀ METROPOLITANA DI BARI - Dati ISTAT 1° gennaio 2019 - Elaborazione TUTTITALIA.IT



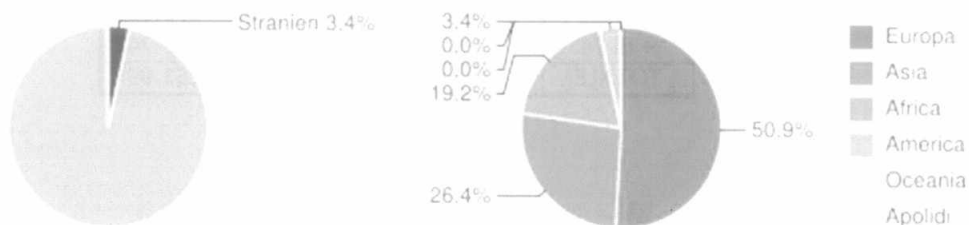
Gli stranieri residenti nella Città Metropolitana di Bari al 01/01/2019 sono n.43.058 e rappresentano il 3,4% della popolazione residente complessiva.



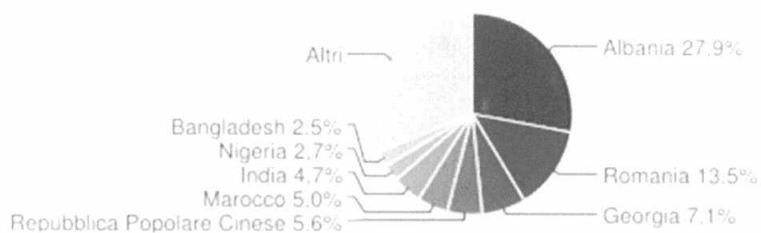
Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2019

CITTÀ METROPOLITANA DI BARI - Dati ISTAT 1° gennaio 2019 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento



La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dall'**Albania** con il 27,9% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dalla **Romania** (13,5%) e dalla **Georgia** (7,1%).



3.1.2 Assistenza Ospedaliera

Sono ubicati nel territorio di competenza della ASL n.5 Presidi Ospedalieri a gestione diretta, n.5 Case di Cura convenzionate accreditate, n.1 Ospedale Ente Ecclesiastico, Ospedale "Miulli", e n.1 IRCCS privato "Salvatore Maugeri".

I posti letto accreditati delle strutture a gestione diretta, previsti dalla D.G.R.n.1726 del 23/09/2019 avente ad oggetto: "Adozione del R. R.: 'Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017'. Recepimento Accordo Stato Regioni del 1/08/2019 (Rep. Atti n. 143/CSR) ad oggetto: 'Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva' e 'Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso'", sono pari a n.1351 di cui funzionanti nel periodo 2017-2019 sono:

Presidio a gestione diretta	2017	2018	2019
P.O. della Murgia	148	189	196
P.O. San Paolo (compreso Osp. di Molfetta, Osp. di Corato, Osp. di Terlizzi)	499	483	483
Osp. San Paolo	245	229	229
Osp. di Molfetta	101	101	101
Osp. di Corato	90	90	90
Osp. di Terlizzi	63	63	63
P.O. Monopoli	163	163	163
P.O. Putignano	153	153	168
P.O. Di Venere (compreso Osp. di Triggiano)	321	321	306
Osp. Di Venere	251	266	276
Osp. di Triggiano	70	55	30
Totale	1284	1309	1316

Fonte N.S.I.S.

I posti letto accreditati delle strutture convenzionate, dell'Ente Ecclesiastico "Miulli", e dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "Salvatore Maugeri" di Cassano delle Murge nel periodo 2017-2019 sono così suddivisi:

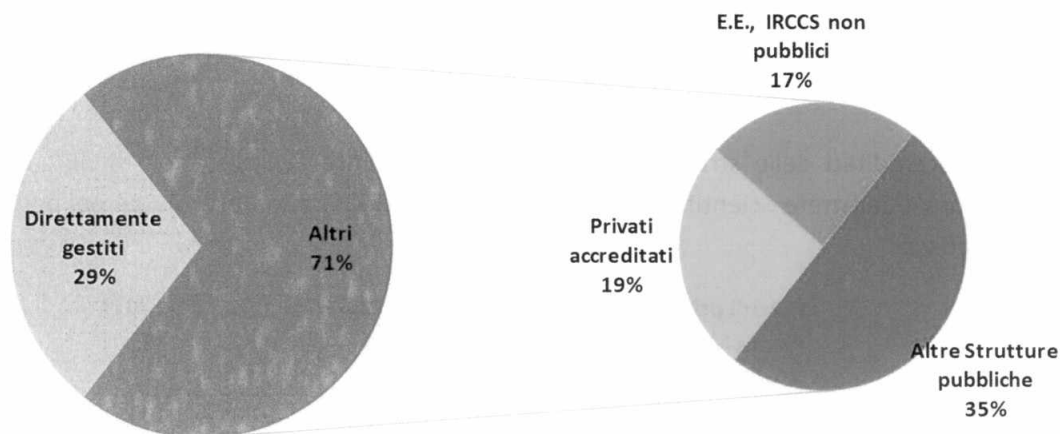
Presidi privati convenzionati	P.L. 2017	P.L. 2018	P.L. 2019
Santa Maria	168	168	152
C. di C. Villa Lucia	73	73	80
C. di C. Anthea	91	91	100
Totale Gruppo Villa Maria	332	332	332
C. di C. Monte Imperatore	95	95	89
CBH Mater Dei	449	459	449
Totale Presidi privati convenzionati	876	886	870
Altre strutture ospedaliere			
ENTE ECCL.OSP.GEN.REG.'MIULLI'	571	647	573
IRCCS FONDAZIONE 'S. MAUGERI'	226	230	230
Totale altre strutture ospedaliere	797	877	803
Totale	1673	1763	1673

L'offerta ospedaliera dell'Area Metropolitana di Bari comprende altre strutture pubbliche che sono l'AOU Policlinico di Bari, l'IRCCS "Giovanni Paolo II" - Istituto tumori di Bari e l'IRCCS "De Bellis" di Castellana Grotte dei quali si riportano, di seguito, i posti letto previsti dalla citata D.G.R.n.1726/2019 a confronto con quelli previsti dalla stessa D.G.R. per le Strutture private accreditate, l'Ente Ecclesiastico "Miulli", per l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "Salvatore Maugeri" e per gli Ospedali a gestione diretta dell'ASL Bari.

A.O. e IRCCS pubblici	P.L. previsti ex D.G.R.n.1726/2019
A.O.U. Policlinico di Bari	1195
Osp. Pediatrico Giovanni XXIII	177
IRCCS Giovanni Paolo II di Bari	166
IRCCS De Bellis di Castellana G.	124
Totale altre Strutt. pubbliche	1662
Privati accred., E.E., IRCCS non pubbl.	1673
ASL Bari (Osp. Gest. Diretta)	1351
Totale	4686

Di seguito viene rappresentata l'incidenza dei posti letto direttamente gestiti rispetto all'offerta ospedaliera totale prevista nell'Area Metropolitana di Bari:

INCIDENZA POSTI LETTO



La rete ospedaliera, pubblica e privata accreditata, garantisce la diagnosi, cura e *follow up* delle malattie in regime d'emergenza e programmato con il supporto dei reparti specialistici e di base. Vengono erogate, inoltre, prestazioni sanitarie in area medica e chirurgica in regime di Day Hospital, Day Surgery ed Ambulatoriale, compreso il Day Service.

Le diverse unità operative degli Ospedali a gestione diretta sono aggregate in una organizzazione dipartimentale che ha la finalità di realizzare l'integrazione delle competenze professionali esistenti in funzione del raggiungimento di comuni obiettivi e sulla base di risorse condivise.

Di seguito sono riportati alcuni dei dati principali riferiti alla attività assistenziale erogata.

Numero accessi in Pronto Soccorso degli Ospedali a gestione diretta

OSPEDALE	2017	2018	2019
Ospedale "S. Paolo" - Bari	47.693	49.274	50.335
Ospedale "Tonino Bello" - Molfetta	23.261	23.671	23.755
Ospedale "Umberto I" - Corato	22.884	22.547	23.565
Ospedale "M. Sarcone" - Terlizzi	11.059	11.170	10.530
Ospedale "Di Venere" - Bari	40.867	42.442	45.454
Ospedale "Fallacara" - Triggiano	10.947	9.462	2.524
Ospedale della Murgia - Altamura	28.131	27.400	28.111
Ospedale "S. Giacomo" - Monopoli	27.188	29.753	30.541
Ospedale "S. Maria degli Angeli" - Putignano	24.984	23.624	26.022
Totale ASL BA	237.014	239.343	240.837

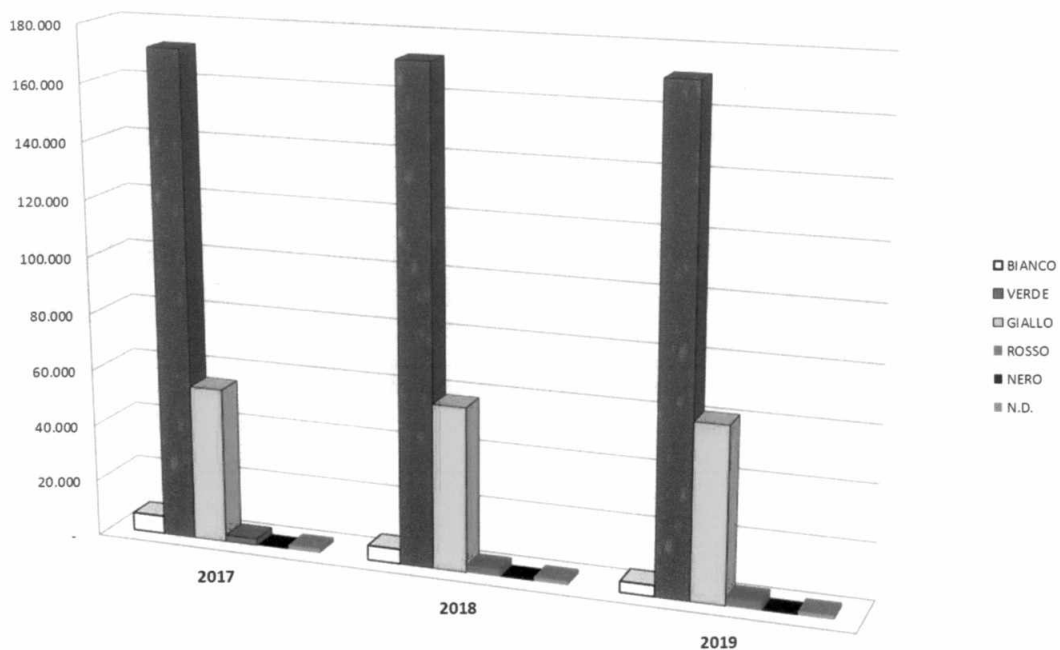
Fonte: Sistema Informativo Sanitario Edotto

Numero accessi in Pronto Soccorso per codice di triage degli Ospedali a gestione diretta

Codice	2017		2018		2019	
	N.	%	N.	%	N.	%
BIANCO	6.286	2,7%	5.134	2,1%	3.871	1,6%
VERDE	171.869	72,5%	172.361	72,0%	171.229	71,1%
GIALLO	54.880	23,2%	57.761	24,1%	61.222	25,4%
ROSSO	2.267	1,0%	2.557	1,1%	3.008	1,2%
NERO	24	0,0%	10	0,0%	16	0,0%
N.D.	1.688	0,7%	1.520	0,6%	1.491	0,6%
TOTALE	237.014	100%	239.343	100%	240.837	100%

Fonte: Sistema Informativo Sanitario Edotto

Numero accessi a P.S. per codice Triage Ospedali a gestione diretta



Il numero di accessi in P.S. negli Ospedali a gestione diretta presenta un lieve incremento nel corso degli ultimi quattro anni. Si può inoltre rilevare una maggiore appropriatezza nel ricorso all'assistenza in P.S., testimoniato da una progressiva riduzione della percentuale di codici bianchi e verdi ed un incremento di quella dei codici gialli e rossi.

Si specifica che nel corso del 2019 è stata effettuata la riconversione del Pronto Soccorso dell'Ospedale di Triggiano in Postazione medicalizzata fissa 118, in ottemperanza alla D.D.G.n.2140/2019, ed è prossima analoga riconversione del Pronto Soccorso dell'Ospedale di Terlizzi.

A partire dal 1 Agosto 2016 la Regione Puglia ha disposto l'apertura del P.S. CBH presso la "Mater Dei".

Numero accessi in Pronto Soccorso Ospedale convenzionato "Mater Dei" C.B.H. - Bari
(istituito giusta D.G.R.n.70 del 03/02/2015)

OSPEDALE	2017	2018	2019 *
"Mater Dei" CBH - Bari [dal 01/08/2016]	19.054	20.561	19.046

Fonte: Sistema Informativo Sanitario Edotto

* dato in fase di consolidamento

L'attivazione del citato P.S. sembra non aver avuto effetti sull'attività dei Pronto Soccorsi a gestione diretta, atteso che l'andamento del numero degli accessi negli stessi è rimasto sostanzialmente invariato nel corso dell'ultimo triennio. Risulta invece ridotto il numero di accessi nell'altro Pronto Soccorso presente nella città di Bari, appartenente all'A.O. Policlinico, dal 2016, anno di apertura del P.S. CBH "Mater Dei", al 2019 come indicato nella tabella che segue

OSPEDALE	2016	2017	2018	2019
AO Cons. Policlinico - bari (160907)	121.652	115.894	113.100	106.835

Variazione rispetto al 2016 -5% -7% -12%

Fonte: Sistema Informativo Sanitario Edotto

Di seguito si riporta, inoltre, il numero di accessi presso il P.S. dell'E.E. "Miulli" presente nell'Area Metropolitana di Bari:

Numero accessi in Pronto Soccorso E.E. Ospedale "F. Miulli" - Acquaviva delle Fonti (BA)

OSPEDALE	2017	2018	2019 *
E.E. "Miulli" - Acquaviva delle Fonti (BA)	36.335	38.789	41.726

Fonte: Sistema Informativo Sanitario Edotto

* dato in fase di consolidamento

Per quanto attiene l'attività di degenza, la tabella che segue rappresenta il numero dei ricoveri erogati presso gli Ospedali a gestione diretta.

Numero Ricoveri

OSPEDALE	2017	2018	2019*
Ospedale "S. Paolo" - Bari	10.004	9.230	9.704
Ospedale "Tonino Bello" - Molfetta	3.164	2.981	2.781
Ospedale "Umberto I" - Corato	4.807	4.312	4.109
Ospedale "M. Sarcone" - Terlizzi	1.660	1.439	1.417
Ospedale "Di Venere" - Bari	13.417	13.023	12.928
Ospedale "Fallacara" - Triggiano	1.264	914	329
Ospedale della Murgia - Altamura	7.256	6.922	6.773
Ospedale "S. Giacomo" - Monopoli	6.617	6.817	6.787
Ospedale "S. Maria degli Angeli" - Putignano	4.032	3.031	2.987
Totale ASL BA	52.221	48.669	47.816

Fonte: Controllo di gestione

* dato in fase di consolidamento

La progressiva riduzione negli anni del numero dei ricoveri è il risultato di azioni positive di riconversione dell'attività di ricovero da ordinario in Day Hospital e da Day Hospital in prestazioni ambulatoriali, compreso il Day Service, consentendo così un aumento dell'appropriatezza nell'utilizzo dei regimi di ricovero ed ambulatoriale. Altri fattori che contribuiscono a tale andamento negli ultimi anni sono rappresentati dalla progressiva applicazione del Regolamento Regionale 10 marzo 2017 n.7 - "Riordino Ospedaliero della Regione Puglia ai Sensi Del D.M. N. 70/2015 e delle Leggi Di Stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del R.R. n. 14/2015", con il quale viene definita la riorganizzazione della rete ospedaliera pugliese, e dalla cessione della U.O. di Chirurgia Toracica all'IRCCS Istituto Tumori di Bari "Giovanni Paolo II".

Si precisa, inoltre, che con D.G.R.n.1726 del 23/09/2019 avente ad oggetto "Adozione del R. R.: "Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017". Recepimento Accordo Stato Regioni del 1/08/2019 (Rep. Atti n. 143/CSR) ad oggetto: "Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva" e "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso" è stato, tra l'altro, approvato in via definitiva il Regolamento Regionale di riordino ospedaliero della Regione Puglia.

Nelle successive tabelle sono riportati alcuni indicatori di attività.

Peso medio Ricoveri

OSPEDALE	2017	2018	2019 *
Ospedale "S. Paolo" - Bari	1,16	1,16	1,16
Ospedale "Tonino Bello" - Molfetta	1,11	1,09	1,09
Ospedale "Umberto I" - Corato	0,79	0,82	0,77
Ospedale "M. Sarcone" - Terlizzi	0,99	1,01	1,03
Ospedale "Di Venere" - Bari	1,18	1,19	1,21
Ospedale "Fallacara" - Triggiano	1,09	1,15	1,34
Ospedale della Murgia - Altamura	0,94	0,98	1,00
Ospedale "S. Giacomo" - Monopoli	0,96	0,97	0,96
Ospedale "S. Maria degli Angeli" - Putignano	1,07	1,19	1,22
Totale ASL BA	1,06	1,08	1,08

Fonte: Controllo di gestione

* dato in fase di consolidamento

Percentuale Parti cesarei

OSPEDALE	2017	2018	2019 *
Ospedale "S. Paolo" - Bari	45,95%	46,16%	47,30%
Ospedale "Tonino Bello" - Molfetta			
Ospedale "Umberto I" - Corato	45,76%	43,83%	43,71%
Ospedale "M. Sarcone" - Terlizzi			
Ospedale "Di Venere" - Bari	42,32%	35,63%	35,65%
Ospedale "Fallacara" - Triggiano			
Ospedale della Murgia - Altamura	26,40%	25,35%	31,51%
Ospedale "S. Giacomo" - Monopoli	25,98%	29,01%	28,97%
Ospedale "S. Maria degli Angeli" - Putignano	39,04%		
Totale ASL BA	39,10%	36,83%	37,51%

Fonte: Controllo di gestione

* dato in fase di consolidamento

Percentuale di pazienti > 65 aa ricoverati per Frattura di femore e operati entro 2 giorni

OSPEDALE	2017	2018	2019 *
Ospedale "S. Paolo" - Bari	68,03%	70,07%	80,47%
Ospedale "Tonino Bello" - Molfetta	83,65%	77,98%	81,01%
Ospedale "Umberto I" - Corato	41,24%	56,48%	60,71%
Ospedale "M. Sarcone" - Terlizzi			
Ospedale "Di Venere" - Bari	95,29%	96,92%	95,88%
Ospedale "Fallacara" - Triggiano			
Ospedale della Murgia - Altamura	53,47%	64,22%	82,41%
Ospedale "S. Giacomo" - Monopoli	22,35%	52,73%	71,43%
Ospedale "S. Maria degli Angeli" - Putignano	68,03%	64,47%	83,64%
Totale ASL BA	66,74%	71,43%	83,18

Fonte: Controllo di gestione

* dato in fase di consolidamento

La percentuale di pazienti >65 aa. operati entro 2 giorni dal ricovero per frattura di femore è uno degli indicatori di processo utilizzati, nel corso degli anni, per perseguire l'obiettivo di *clinical governance* nelle strutture ospedaliere aziendali a gestione diretta. Come evidenziato dalla matrice sopra riportata, tale

indicatore risulta in costante miglioramento, nel triennio di riferimento, in tutte le Ortopedie dell'ASL Bari attestandosi nel 2019, come dato medio da confermare, a circa l'83% ovvero nella fascia più alta degli standard di qualità considerati dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.Na.S.). In particolare l'Ortopedia dell'Ospedale "Di Venere" di Bari raggiunge nell'ultimo triennio un valore percentuale costantemente superiore al 95% rientrando così nella fascia ottima del sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali realizzato dal Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Sant'Anna di Pisa.

Numero prestazioni ambulatoriali

OSPEDALE	2017	2018	2019 *
Ospedale "S. Paolo" - Bari	859.348	855.258	815.121
Ospedale "Tonino Bello" - Molfetta	526.072	442.132	300.719
Ospedale "Umberto I" - Corato	240.163	193.086	232.673
Ospedale "M. Sarcone" - Terlizzi	222.051	211.786	206.971
Ospedale "Di Venere" - Bari	1.079.748	1.066.379	1.038.285
Ospedale "Fallacara" - Triggiano	369.475	416.274	404.949
Ospedale della Murgia - Altamura	692.154	642.696	634.395
Ospedale "S. Giacomo" - Monopoli	589.727	542.768	530.315
Ospedale "S. Maria degli Angeli" - Putignano	737.721	656.537	495.989
Totale ASL BA	5.316.459	5.026.916	4.659.417

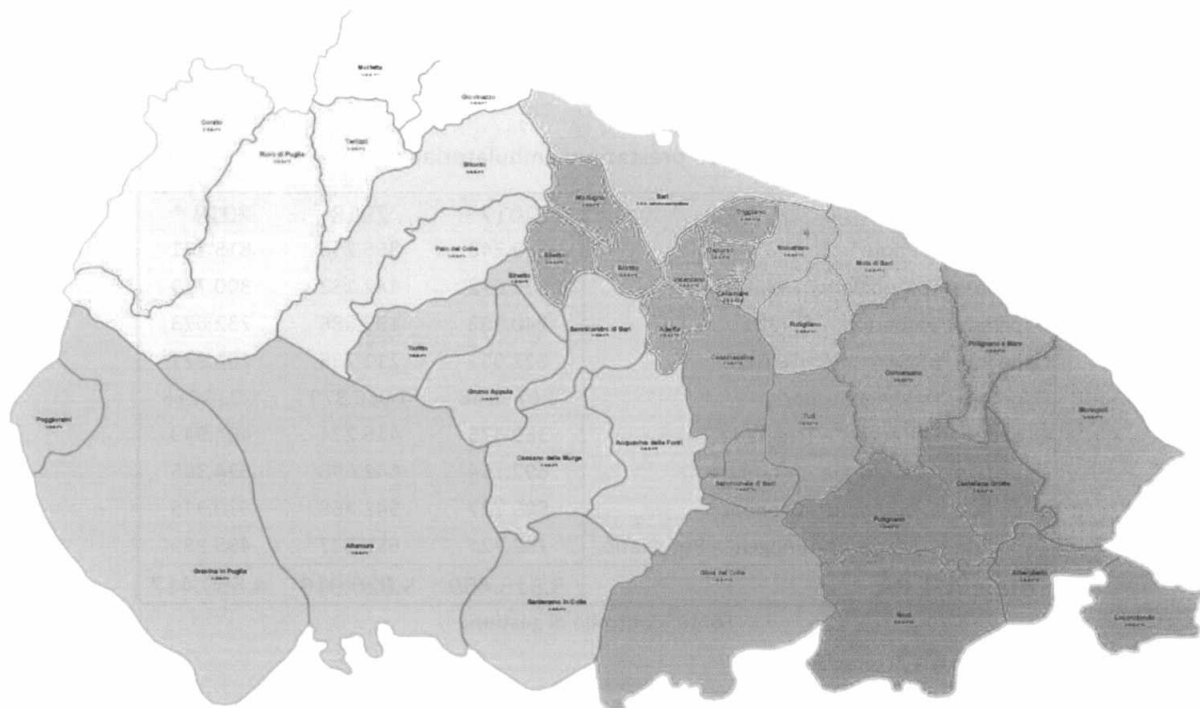
Fonte: Controllo di gestione

* dato in fase di consolidamento

La riduzione più consistente, relativamente all'attività ambulatoriale, si rileva in maniera prevalente nelle prestazioni di Laboratorio ed è dovuta principalmente all'entrata in vigore del D.M. 09/12/2015 sull'appropriatezza prescrittiva.

3.1.3 Assistenza Distrettuale

L'assistenza Distrettuale dell'ASL Bari viene assicurata da n.12 Distretti Socio Sanitari nei quali si suddividono n.41 Comuni secondo la rappresentazione grafica e tabellare che di seguito si riporta.



Distretti Socio Sanitari	Comuni Afferenti
DSS 1 - Molfetta	GIOVINAZZO, MOLFETTA
DSS 2 - Ruvo	CORATO, RUVO DI PUGLIA, TERLIZZI
DSS 3 - Bitonto	BITONTO, PALO DEL COLLE
DSS 4 - Altamura	ALTAMURA, GRAVINA IN PUGLIA, POGGIORSINI, SANTERAMO IN COLLE
DSS 5 - Grumo Appula	ACQUAVIVA DELLE FONTI, BINETTO, CASSANO DELLE MURGE, GRUMO APPULA, SANNICANDRO DI BARI, TORITTO
DSS di Bari (ex DSS 6, 7, 8)	BARI
DSS 9 - Modugno	BITETTO, BITRITTO, MODUGNO
DSS 10 - Triggiano	ADELFA, CAPURSO, CELLAMARE, TRIGGIANO, VALENZANO
DSS 11 - Mola di Bari	MOLA DI BARI, NOICATTARO, RUTIGLIANO
DSS 12 - Conversano	CONVERSANO, MONOPOLI, POLIGNANO A MARE
DSS 13 - Gioia del Colle	CASAMASSIMA, GIOIA DEL COLLE, SAMMICHELE DI BARI, TURI
DSS 14 - Putignano	ALBEROBELLO, CASTELLANA GROTTA, LOCOROTONDO, NOCI, PUTIGNANO

La popolazione residente al 01/01/2019 per Comune dell'Area Metropolitana di Bari e per Distretto è la seguente:

DISTRETTO	Codice Comune	Fascia d'età =>		0		1 - 4		5 - 14		15 - 44		45 - 64		65 - 74		+ di 74		TOTALE		Totale per DSS
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	
DSS n.1	Giovinazzo	88	67	297	294	908	828	3.535	3.514	2.827	3.099	1.234	1.370	943	1.269	9.832	10.441	28.767	30.524	79.564
	Molfetta	221	204	979	884	2.606	2.557	10.311	10.091	8.092	8.801	3.540	3.844	3.018	4.143	28.767	30.524			
DSS n.2	Corato	198	165	852	774	2.594	2.341	9.064	9.127	6.714	7.193	2.333	2.675	1.713	2.490	23.468	24.765	13.370	13.513	100.396
	Ruvo di Puglia	112	94	391	441	1.208	1.188	4.723	4.498	3.480	3.683	1.327	1.470	1.118	1.547	12.359	12.921			
	Terlizzi	92	91	447	439	1.325	1.211	5.209	5.025	3.883	3.936	1.474	1.467	940	1.344	13.370	13.513			
DSS n.3	Bitonto	235	200	959	905	2.786	2.617	10.420	10.310	7.888	8.300	2.721	2.846	1.835	2.604	26.844	27.782	10.521	10.777	75.924
	Palo del Colle	93	88	388	334	1.165	1.102	4.051	4.058	3.028	3.142	1.080	1.087	716	966	10.521	10.777			
DSS n.4	Altamura	302	326	1.481	1.357	3.981	3.904	14.464	13.993	9.342	9.785	2.852	3.139	2.241	3.500	34.663	36.004	13.066	13.373	142.394
	Gravina in Puglia	208	180	787	726	2.378	2.308	9.027	8.552	5.815	6.031	1.882	2.033	1.655	2.234	21.752	22.064			
	Poggiorsini	3	3	26	16	54	50	387	246	202	205	55	69	72	84	799	673			
	Santeramo in Colle	96	99	428	449	1.321	1.225	5.081	4.950	3.650	3.720	1.377	1.421	1.113	1.509	13.066	13.373			
DSS n.5	Acquaviva delle Fonti	76	66	322	298	923	850	3.628	3.587	2.891	3.158	1.142	1.237	954	1.391	9.936	10.587	18.738	19.465	61.456
	Binetto	17	10	42	40	118	95	444	426	314	329	114	110	78	89	1.127	1.099			
	Cassano delle Murge	67	60	294	265	727	662	2.784	2.764	2.056	2.175	799	766	553	788	7.280	7.480			
	Grumo Appula	47	54	204	189	643	562	2.478	2.297	1.803	1.774	655	704	540	688	6.370	6.268			
	Sannicandro di Bari	46	41	193	155	487	455	2.020	1.781	1.448	1.419	480	466	390	502	5.064	4.819			
Toritto	34	37	124	140	349	391	1.575	1.498	1.128	1.196	457	440	376	481	4.043	4.183				
DSS di Bari	Bari	1.089	1.057	4.631	4.488	14.113	13.382	54.640	52.889	46.435	51.047	17.769	20.898	15.459	22.965	154.136	166.726	320.862		
DSS n.9	Bitetto	53	58	225	230	689	676	2.301	2.274	1.631	1.654	591	589	422	582	5.912	6.063	18.738	19.465	61.456
	Bitritto	69	52	221	190	578	589	2.093	2.101	1.703	1.824	547	527	346	438	5.557	5.721			
	Modugno	169	142	669	665	1.923	1.825	6.974	6.942	5.406	5.633	2.106	2.390	1.491	1.868	18.738	19.465			
DSS n.10	Adelfia	58	69	252	238	806	762	3.011	2.980	2.536	2.615	854	940	727	974	8.244	8.578	13.211	13.964	83.244
	Capurso	66	62	277	310	781	728	2.770	2.852	2.249	2.332	848	899	635	789	7.626	7.972			
	Cellamare	28	22	102	109	333	333	1.123	1.157	887	919	233	213	154	213	2.860	2.966			
	Triggiano	100	103	464	391	1.307	1.249	4.876	4.958	4.010	4.191	1.439	1.609	1.015	1.463	13.211	13.964			
	Valenzano	59	51	285	235	854	789	3.043	3.103	2.671	2.908	1.019	1.096	730	980	8.661	9.162			
DSS n.11	Mola di Bari	104	71	372	337	1.137	999	4.392	4.252	3.712	3.835	1.531	1.624	1.277	1.668	12.525	12.786	23.811	25.011	70.165
	Noicattaro	104	98	508	454	1.309	1.253	5.077	5.005	3.864	3.970	1.300	1.274	901	1.205	13.063	13.333			
	Rutigliano	80	72	322	325	885	795	3.538	3.448	2.624	2.761	946	948	781	1.007	9.176	9.356			
	Conversano	109	88	468	404	1.194	1.213	4.732	4.646	3.792	3.963	1.307	1.525	1.240	1.494	12.842	13.333			
DSS n.12	Monopoli	166	155	799	708	2.123	2.035	8.601	8.432	7.362	7.610	2.623	2.942	2.137	3.129	23.811	25.011	7.362	7.610	92.922
	Polignano a Mare	73	63	277	277	805	778	3.285	3.256	2.601	2.661	935	1.054	782	1.078	8.758	9.167			
	Casamassima	89	92	386	348	1.039	976	3.673	3.676	2.910	3.010	911	974	747	978	9.755	10.054			
DSS n.13	Gioia del Colle	109	90	479	366	1.250	1.142	4.855	4.626	3.880	4.082	1.626	1.785	1.352	1.931	13.551	14.022	6.335	6.703	66.756
	Sammichele di Bari	20	20	90	83	251	211	1.070	1.003	859	931	372	471	408	547	3.070	3.266			
	Turi	58	40	215	236	559	612	2.323	2.308	1.919	1.932	636	733	625	842	6.335	6.703			
	Alberobello	31	31	160	147	421	437	1.872	1.785	1.506	1.607	605	683	559	810	5.154	5.500			
	Castellana Grotte	69	85	310	310	889	847	3.477	3.518	2.839	3.027	1.055	1.153	819	1.172	9.458	10.112			
	Locorotondo	61	63	226	215	640	571	2.527	2.474	1.992	2.181	763	802	686	985	6.895	7.291			
DSS n.14	Noci	62	62	264	261	811	716	3.324	3.254	2.840	2.946	1.033	1.171	915	1.386	9.249	9.796	13.008	13.592	90.055
	Putignano	78	81	385	375	1.152	1.027	4.484	4.391	4.015	4.126	1.586	1.749	1.308	1.843	13.008	13.592			
Totale		4.839	4.512	20.601	19.408	59.422	56.291	227.262	222.047	178.804	189.711	66.157	73.193	53.771	75.976	610.856	641.138	1.251.994		

Fonte: ISTAT

I Livelli di Assistenza garantiti dalle strutture Distrettuali sono di seguito indicate:

Assistenza sanitaria di base: è la forma di assistenza erogata dal Medico di Base (Medico di Medicina Generale – MMG) o dal Pediatra di Base (Pediatría di libera scelta – PLS). Il cittadino può liberamente scegliere il MMG o il PLS da una lista di medici disponibile presso gli sportelli delle sedi distrettuali dell'ASL e sul sito Internet aziendale. Nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base i MMG ed i PLS propongono al Distretto l'erogazione delle cure a domicilio con l'apertura di interventi in Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) che prevede anche l'attività infermieristica.

Assistenza farmaceutica: le Farmacie Territoriali dispensano i farmaci prescritti dai MMG, dai PLS, dai Medici Specialisti Ambulatoriali e Ospedalieri.

Assistenza specialistica ambulatoriale: è erogata sia da specialisti che operano nelle sedi distrettuali sia da specialisti in ambito ospedaliero.

Assistenza residenziale e semiresidenziale: comprende una rete di Strutture Residenziali per l'assistenza ad anziani, disabili fisici, psichici e malati terminali non autosufficienti con diversa compromissione dell'autonomia personale. È prevista anche un'assistenza presso centri diurni (assistenza semiresidenziale).

Assistenza continuità assistenziale (ex Guardia Medica) e Servizio di Continuità Assistenziale Pediatrica (SCAP): è attivo nelle ore notturne (dalle 20:00 alle 08:00), nei giorni festivi (dalle 08:00 alle 20:00) e prefestivi (dalle 10:00 alle 20:00).

L'Azienda opera mediante n.215 strutture a gestione diretta e n.334 strutture convenzionate/accreditate. La tipologia di strutture ed il tipo di assistenza erogata sono riassunte nelle matrici che seguono.

Per le strutture a gestione diretta

Strutture a gest. Diretta	Tipo assistenza											Totale
	Attività clinica	Diagnostica strument. e per immag.	Attività di laborat.	Att. Di Consult. Familiare	Assist. Psich.	Assist. per tossicodip	Assistenza AIDS	Assist. agli anziani	Assist. ai disabili fisici	Assist. ai disabili psichici	Assit. ai malati terminali	
Ambulatorio Laboratorio	71	28	16									115
Struttura residenziale											2	2
Struttura semi resid.le					1							1
Altro tipo di struttura	27	1		38	14	17						97
Totale	98	29	16	38	15	17					2	215

Fonte: N.S.I.S.

Per le strutture convenzionate

Strutture convenzion.	Tipo assistenza											Totale
	Attività clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Attività di laborat.	Att. Di Consult. Familiare	Assist. Psich.	Assist. per tossicodip	Assistenza AIDS	Assist. agli anziani	Assist. ai disabili fisici	Assist. ai disabili psichici	Assit. ai malati terminali	
Ambulatorio Laboratorio	51	23	60									134
Struttura residenziale					67	10		36	9	23	2	147
Struttura semi residenziale					18	1		5		23		47
Altro tipo di struttura	6											6
Totale	57	23	60	0	85	11	0	41	9	46	2	334

Fonte: N.S.I.S.

I centri/ambulatori di riabilitazione ex art.26, L.n.833/1978 sono n.35 senza posti letto.

Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati privati ex art.26, L.n.833/1978 sono passati, nel corso del 2019, da n.4 a n.5, per complessivi n.320 posti letto residenziali e n.120 posti letto semiresidenziali.

Occorre precisare, infatti, che la Regione Puglia, con D.D. n. 183 del 25/07/2019 avente a oggetto: "Autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale con prescrizione, ai sensi degli articoli 8 e 24, L.R. n. 9/2017 e s.m.i., di un presidio residenziale con dotazione di n. 60 p.l. di riabilitazione intensiva per adulti e di uno ambulatoriale (Sezione 8.02.01, R.R. n. 3/2005 e s.m.i.) per n. 35 prestazioni die, entrambi di riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978, siti in Adelfia (BA) alla via Grotta Papa Natale - C.da Fontana, con unica denominazione "Presidi di riabilitazione San Giovanni di Dio" su istanza della ASL BA", ha rilasciato alla ASL BA l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale, con specifiche prescrizioni e

precisazioni, di un presidio residenziale di riabilitazione intensiva per adulti sito in Adelfia (BA) con denominazione "Presidio di riabilitazione San Giovanni di Dio", la cui gestione è affidata al Consorzio Sanità & Servizi Integrati (CON.S.S.I.) aggiudicataria della procedura di gara ad evidenza pubblica bandita nell'esercizio 2018.

Nell'ambito dell'Assistenza Territoriale il Servizio Socio Sanitario cura la gestione coordinata di servizi ed interventi volti ad assicurare al cittadino non autosufficiente (anziano e disabile) prestazioni socio sanitarie erogate da strutture esterne convenzionate su committenza dei Distretti.

Nelle successive tabelle sono riportati i dati relativi al numero di utenti presi in carico dalle strutture convenzionate:

Tipologia	Num. utenti ricoverati nel	Num. utenti ricoverati nel	Num. utenti ricoverati nel
	2017	2018	2019
RSA	220	350	273
RSSA Anziani art.66	860	869	819
RSSA Anziani psych, stab.	198	176	134
RSSA Disabili art.58	210	215	338
CSR Art.57	70	71	92
CD Art.60	641	651	672
CD Alzheimer art.60 ter	93	120	135
Extra ASL	12	11	9
RSA Lega del Filo d'Oro	27	28	28
CAMA LILA - Ass. domic.		12	16
Totale	2331	2503	2516

Fonte: Area Socio Sanitaria

Il quadro normativo regionale che concerne il settore sociosanitario, dopo l'emanazione della L.R. n.9/2017 che ha definito le nuove norme per le procedure di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione delle strutture sanitarie e sociosanitarie, si è modificato con l'emanazione di due nuovi regolamenti ovvero il R.R. n.4/2019 ed il R.R. n. 5/2019 con i relativi atti ricognitivi. Tali atti, che hanno definito anche i fabbisogni per l'autorizzazione e l'accreditamento dei posti letto, riguardano rispettivamente le strutture per anziani, soggetti affetti da Alzheimer e demenza, e quelle per disabili, e comporteranno, di conseguenza, una rimodulazione dell'offerta residenziale del settore sociosanitario.

L'assistenza e cura di pazienti gravi in fase di malattia avanzata viene assicurata negli *Hospice* pubblici a gestione diretta e negli *Hospice* privati. Di seguito sono riportati i dati riferiti agli utenti ricoverati presso le citate strutture di competenza dell'ASL Bari nel periodo di riferimento:

Tipologia	Num. utenti ricoverati 2019 *	Num. posti letto 2019
Hospice Pubblici	188	15
Hospice Privati	531	60
TOTALE	719	75

Fonte: Edotto DiSaR

* dato in fase di consolidamento

Il riordino della rete ospedaliera ed il trasferimento dei livelli di assistenza dall'ospedale al territorio hanno comportato la necessità di potenziare l'attività sanitaria territoriale da realizzarsi soprattutto attraverso il consolidamento della sua attività. Il numero delle prestazioni ambulatoriali erogate negli anni dal 2017 al 2019 (i dati riferiti a quest'ultimo sono in fase di consolidamento), compreso i Day Service, sono riportati nella matrice che segue:

Numero Prestazioni ambulatoriali

DISTRETTO	2017	2018	2019 *
DSS 1	43.234	42.407	37.508
DSS 2	299.787	284.756	259.332
DSS 3	469.597	474.375	462.144
DSS 4	91.994	92.349	83.297
DSS 5	38.577	38.430	36.699
DSS BA	196.628	198.059	173.600
DSS 9	20.012	18.884	16.152
DSS 10	44.206	43.217	44.116
DSS 11	61.766	58.466	51.751
DSS 12	112.002	113.186	114.825
DSS 13	385.785	406.811	347.447
DSS 14	72.434	62.538	54.264
Totale	1.836.022	1.833.478	1.681.135

Fonte: Controllo di gestione

* dato in fase di consolidamento

3.1.4 Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è una struttura dipartimentale della ASL (disciplinata dall'art. 13 della L.R. 3 agosto 2006 n. 25) dotata di autonomia gestionale, organizzativa e contabile ed organizzata per centri di responsabilità e centri di costo, ai sensi dell'art.7 e successivi del D.Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii.

La Regione Puglia emanando il R.R. 30.06.2009, n.13 "Organizzazione del Dipartimento di Prevenzione" (BURP n.101 del 06.072009), come modificato ed integrato dal R.R. 18.12.2012, n.30 (BURP n.188 Suppl. del 28.12.2012) ha ritenuto i programmi di sanità pubblica e la "visione" di popolazione tipica del Dipartimento (la visione collettiva dei problemi, l'epidemiologia, la gestione e la comunicazione del rischio, ecc.), elementi strategici per realizzare gli obiettivi di salute affidati alle AA.SS.LL.

Con deliberazione del Direttore Generale n.706 del 29.04.2013 è stato recepito il Regolamento Regionale richiamato, determinando la suddivisione del territorio di competenza, ovvero quello riferibile alla ex Provincia di Bari, in tre aree territoriali, definendone l'afferenza per ognuno dei Comuni compresi nel territorio precipuo, come di seguito rappresentato:

Denominazione: AREA NORD - sede Ruvo di Puglia

Comuni: Molfetta, Giovinazzo, Terlizzi, Bitonto, Corato, Ruvo di Puglia, Palo del Colle, Toritto, Grumo Appula, Bitetto, Bitritto, Binetto, Poggiorsini, Gravina in Puglia, Altamura e Santeramo in Colle

Popolazione: 436.020 abitanti circa

Superficie: 2.131,55 Km².

Denominazione: AREA METROPOLITANA - sede Bari

Comuni: Bari, Modugno, Triggiano, Capurso e Valenzano

Popolazione: 410.364 abitanti circa

Superficie: 198,77 Km².

Denominazione: AREA SUD - sede Putignano

Comuni: Locorotondo, Alberobello, Noci, Gioia del Colle, Cassano delle Murge, Acquaviva delle Fonti, Sammichele di Bari, Turi, Putignano, Castellana Grotte, Monopoli, Sannicandro di Bari, Adelfia, Casamassima, Rutigliano, Conversano, Polignano a Mare, Cellamare, Mola di Bari e Noicattaro

Popolazione: 371.654 abitanti circa

Superficie: 1.595,09 Km².

In tale ottica, al fine di conseguire equilibrio ed integrazione tra le azioni di vigilanza e le azioni di sorveglianza e di educazione alla prevenzione, tutte egualmente importanti per sostenere gli obiettivi della Prevenzione, il Dipartimento di Prevenzione svolge le seguenti funzioni:

- la profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- la tutela della collettività e dei singoli dai rischi sanitari presenti negli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sulla salute degli inquinanti ambientali;
- le attività di prevenzione rivolte alla persona (vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, programmi di diagnosi precoce);
- la tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro e le attività lavorative;
- la tutela igienico sanitaria degli alimenti;
- la sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- la sanità pubblica veterinaria;
- l'attività medico legale.

Sono, altresì, obiettivi generali del Dipartimento di Prevenzione:

- il coordinamento delle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico-degenerative condotte in collaborazione con gli altri Servizi e Dipartimenti della ASL di Bari;
- la valutazione epidemiologica dello stato di salute della popolazione e di specifici gruppi;
- l'integrazione fra gli interventi di prevenzione collettiva e protezione ambientale;
- la vigilanza sulla corretta applicazione delle norme vigenti relative agli ambienti di vita e di lavoro;
- l'erogazione dei livelli uniformi di prestazioni attraverso il raggiungimento dell'omogeneità degli interventi nel territorio dell'ASL di Bari;
- il garantire la qualità e l'efficacia degli interventi di prevenzione;
- la prevenzione e controllo dei fattori di rischio negli ambienti di vita e di lavoro;
- l'attuazione delle attività di screening.

La Direzione del Dipartimento di Prevenzione è assicurata dai seguenti organi:

- a. Direttore del Dipartimento
- b. Comitato di Direzione del Dipartimento

Il Dipartimento di Prevenzione è articolato nelle predette tre aree territoriali (Area Nord, Area Metropolitana ed Area Sud) composte dalle UU.OO. di:

- a. U.O.C. Igiene e Sanità pubblica (SISP Area Metropolitana)
- b. U.O.C. Igiene e Sanità pubblica (SISP Area Nord)
- c. U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica (SISP Area Sud)
- d. U.O.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPESAL Area Metropolitana)
- e. U.O.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPESAL Area Nord)
- f. U.O.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPESAL Area Sud)
- g. U.O.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN Area Metropolitana)
- h. U.O.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN Area Nord)
- i. U.O.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN Area Sud)
- j. U.O.S. dipartimentale Sanità Animale (SIAV A Area Metropolitana)
- k. U.O.C. Sanità Animale (SIAV A Area Nord)
- l. U.O.C. Sanità Animale (SIAV A Area Sud)
- m. U.O.C. Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (SIAV B Area Metropolitana)
- n. U.O.C. Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (SIAV B Area Nord)
- o. U.O.C. Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (SIAV B Area Sud)
- p. U.O.S. dipartimentale Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (SIAV C Area Metropolitana);
- q. U.O.C. Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (SIAV C Area Nord)
- r. U.O.C. Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (SIAV C Area Sud)

Principali dati relativi alla copertura vaccinale

Nel triennio 2017-2019 la copertura vaccinale della popolazione residente nell'ambito dell'Area Metropolitana di Bari, viene di seguito rappresentata:

	2017	2018	2019
Esavalente	93,20%	95,20%	95,86%
MPR	90%	95%	95,01%
Meningococco	79,20%	86%	85,04%
Pneumococco	90%	92%	91,86%
HPV	49,20%	74%	66,23%
Influenza (anziani)	70%	60%	*

Fonte: Dipartimento di Prevenzione

** dato non ancora disponibile*

Principali dati relativi agli screening oncologici

Relativamente all'estensione ed alla adesione della popolazione target dell'Area Metropolitana di Bari, di seguito è rappresentato lo scostamento percentuale riferito al periodo 2016-2019:

SCREENING DEL CARCINOMA CERVICO-UTERINO

	2016		2017		2018		2019 (al 30/09/2019)	
	ASL BA	Obiett. P.R.P.	ASL BA	Obiett. P.R.P.	ASL BA	Obiett. P.R.P.	ASL BA	Obiett. P.R.P.
Estensione	97%	80%	95,5%	100%	100%	100%	79%	100%
Adesione	33%	40%	31,8%	50%	36%	50%	32%	50%

Fonte: Dipartimento di Prevenzione

SCREENING DEL CARCINOMA MAMMARIO

	2016		2017		2018		2019 (al 30/09/2019)	
	ASL BA	Obiett. P.R.P.	ASL BA	Obiett. P.R.P.	ASL BA	Obiett. P.R.P.	ASL BA	Obiett. P.R.P.
Estensione	27%	80%	23,61%	100%	31%	80%	30%	100%
Adesione	43%	65%	52,1%	65%	54%	65%	43%	65%

Fonte: Dipartimento di Prevenzione

La ASL Bari, a seguito dell'avvio a livello Regionale dello screening contro il carcinoma del colon retto, ha disposto l'invio dei primi inviti alla popolazione bersaglio nel corso del mese di ottobre 2019.

3.1.5 Dipendenze Patologiche

Il Dipartimento Dipendenze Patologiche (DDP) è la struttura che ha il compito di fornire assistenza e trattamento alle persone, alle famiglie e alla popolazione in generale per superare e prevenire ogni forma di rischio, uso o dipendenza da sostanze psicoattive, patologie correlate o altre situazioni comportamentali (es: gioco d'azzardo, sostanze stupefacenti e psicotrope) in grado di creare dipendenze patologiche, al fine di promuovere uno stile di vita sano, offrendo sempre e comunque risposte alle richieste di aiuto ai cittadini-clienti.

Le finalità tendono a sviluppare una serie di azioni concertate e coordinate per perseguire gli obiettivi della politica sociosanitaria Regionale ed aziendale, attraverso il coordinamento di tutte le Unità Operative del pubblico e del privato sociale accreditato che si occupano delle dipendenze patologiche.

Il DDP si articola nelle seguenti strutture:

U.O.C. DEL NORD BARESE

Comuni afferenti: Bari, Adelfia, Bitetto, Bitritto, Bitonto, Capurso, Cellamare, Corato, Giovinazzo, Modugno, Mola di bari, Molfetta, Noicattaro, Palo del Colle, Rutigliano, Ruvo di Puglia, Terlizzi, Triggiano, Valenzano.

U.O.C. DEL SUD BARESE

Comuni afferenti: Acquaviva, Alberobello, Altamura, Binetto, Casamassima, Cassano, Castellana, Conversano, Gioia del Colle, Gravina, Grumo, Locorotondo, Monopoli, Noci, Polignano, Poggiorsini, Putignano, Sammichele, Sannicandro, Santeramo, Toritto, Turi.

Di seguito sono riportati gli utenti in carico al Dipartimento delle Dipendenze Patologiche riferiti al periodo 2017-2019. Si precisa che nell'anno 2019 è stata effettuata una più accurata riclassificazione degli utenti, a cura del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, rispetto a quella realizzata negli esercizi precedenti.

Confronto dei dati relativi agli utenti in carico al D.D.P. nel triennio 2017-2019

UTENTI IN CARICO	2017	2018	2019
Tossicodipendenti (sostanze illegali e/o farmaci NON prescritti)	2.401	2.559	3.743
Alcolisti	517	561	834
Tabagisti	2	0	0
Giocatori d'azzardo	217	158	251
Altre dipendenze comportamentali	40	40	4
Appoggiati provvisori	182	315	141
Attività medico-legale (patenti, ecc.)	187	297	310
Altre consulenze	1.181	1.562	224
Segnalati da prefettura (art.121 o 75) - accesso al Serd senza tratt.	460	641	651
TOTALE	5.187	6.133	6.158

Fonte: Dipartimento delle Dipendenze Patologiche

3.1.6 Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.) è la struttura unitaria attraverso cui l'Azienda assicura tutti i servizi e le attività necessarie alla tutela e alla promozione della salute mentale nei confronti della popolazione residente nell'ambito territoriale di riferimento.

Il D.S.M. offre i suoi servizi ai cittadini di ogni fascia d'età ed attua i suoi interventi in un sistema di rete interistituzionale che coinvolge anche altri servizi e strutture dell'Azienda nonché tutti i soggetti, pubblici e privati, che concorrono alla tutela della salute mentale (Enti, Istituzioni, Associazioni e Cooperative del privato sociale ed imprenditoriale, Associazioni di familiari e utenti, gruppi di aiuto e di mutuo aiuto).

Il D.S.M. è pertanto in grado di rispondere all'intera domanda psichiatrica del territorio di riferimento e svolge, in maniera coordinata ed integrata, attività di prevenzione dei disturbi psichici, nonché di diagnosi, cura, riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo per i cittadini affetti da disturbi mentali

Il D.S.M. si articola nelle seguenti strutture:

CENTRO DI SALUTE MENTALE AREA 1

Comuni afferenti: Molfetta: Giovinazzo, Corato, Ruvo di Puglia, Terlizzi

CENTRO DI SALUTE MENTALE AREA 2

Comuni afferenti: Altamura, Acquaviva delle Fonti, Gravina in Puglia, Poggiorsini, Santeramo in Colle, Cassano delle Murge, Toritto, Binetto, Sannicandro, Grumo Appula

CENTRO DI SALUTE MENTALE AREA 3

Comuni afferenti: Modugno, Bitetto, Bitritto, Bitonto, Palo Del Colle

CENTRO DI SALUTE MENTALE AREA 4

Comuni afferenti: Bari

CENTRO DI SALUTE MENTALE AREA 5

Comuni afferenti: Mola di Bari, Rutigliano, Noicattaro, Conversano, Monopoli, Polignano

CENTRO DI SALUTE MENTALE AREA 6

Comuni afferenti: Triggiano, Adelfia, Capurso, Cellamare, Valenzano. Gioia Del Colle, Casamassima, Turi, Sammichele di Bari

CENTRO DI SALUTE MENTALE AREA 7

Comuni afferenti: Putignano, Castellana Grotte, Alberobello, Locorotondo, Noci

UOC NEUROPSICHIATRIA DELL' INFANZIA E DELL' ADOLESCENZA

UOC PSICOLOGIA CLINICA

UOSVD - DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (DCA) "Salvatore Cotugno" - Altamura

SERVIZI PSICHIATRICI DI DIAGNOSI E CURA (SPDC):

SPDC P.O. Murgia

SPDC P.O. Di Venere - Stabilimento Triggiano

Di seguito sono riportate le principali prestazioni erogate dalle strutture del D.S.M. nel triennio 2017-2019 precisando che i dati riferiti all'anno 2019 sono determinati anche da un miglioramento nella rilevazione degli stessi da parte del D.S.M.:

PRESTAZIONI	2017	2018	2019*
Visite	41.182	46.372	50.336
Colloqui	68.228	73.750	83.907
Psicoterapie	5.670	4.942	6.376
Interventi	19.483	19.980	38.182
Somministrazioni-erogazioni di farmaci	55.068	50.898	52.884
Accertamenti legali-Relazioni cliniche	1.740	2.733	3.478
Riunioni-Incontri	2.447	4.760	7.040
Altre prestazioni	8.269	8.397	9.980
TOTALE	202.087	211.832	252.183

* dato in fase di consolidamento

Fonte: Dipartimento di Salute Mentale

Viene inoltre riportato il numero di ricoveri, riferito al triennio 2017-2019, erogati dalle strutture ospedaliere a gestione diretta ed il numero di utenti seguito presso le strutture residenziali e semiresidenziali afferenti al Dipartimento di Salute Mentale per lo stesso periodo:

	N. Ricoveri 2017	N. Ricoveri 2018	N. Ricoveri 2019 *
SPDC	653	635	612
SPDC Ospedale di Triggiano	412	389	120
SPDC Ospedale di Putignano			239
SPDC Ospedale della Murgia	241	246	253

Fonte: Controllo di gestione

Si precisa che, in attuazione del R.R.n.7/2017 e s.m.i. è stata disposta la chiusura del S.P.D.C. di Triggiano e l'attivazione del S.P.D.C. di Putignano, giusta note del Direttore Generale prot.n.95139 e n.95154 entrambe del 08/04/2019.

Struttura	2017			2018			2019		
	Ammissioni	Dimissioni	Utenti	Ammissioni	Dimissioni	Utenti	Ammissioni	Dimissioni	Utenti
CRAP	89	84	351	80	75	356	85	83	338
CRAP autori reato	10	1	10	9	4	18	10	7	24
Comunità Alloggio	13	17	108	18	17	109	19	15	94
Gruppo Appartamento	12	11	83	10	8	82	7	9	79
Centro Diurno	53	51	325	64	61	338	69	53	498
Strutture NPJA	28	10	54	25	14	70	34	0	86

Fonte: Dipartimento di Salute Mentale

Viene infine rappresentato il numero di pazienti assistiti nel triennio 2017-2019 dai Centri di Salute Mentale, dalla Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e dal Centro per i Disturbi del

comportamento alimentare, precisando che i dati riferiti all'anno 2019 sono determinati anche da un miglioramento nella rilevazione degli stessi da parte del D.S.M.:

	N. pazienti 2017	N. pazienti 2018	N. pazienti 2019
Disturbi del comportamento alimentare			
N. pazienti seguiti	215	220	200
C.S.M.			
Contatti attivi	14663	15738	17574
N.P.I.A.			
Integrazione scolastica (minori con insegn. di sostegno)	4074	4452	5864
Varia utenza neuropsichiatrica	6613	10084	15931

Fonte: Dipartimento di Salute Mentale

3.2 Mandato Istituzionale e missione

La “missione” identifica la ragion d’essere e l’ambito in cui l’Azienda opera in termini di politiche ed azioni perseguite e rappresenta l’esplicitazione dei principi fondamentali che guidano la scelta degli obiettivi che si intende perseguire.

I Principi su cui è fondata l’organizzazione dell’Azienda sono:

- Centralità del cittadino
- Decentramento dei poteri decisionali e delle responsabilità
- Unitarietà del disegno organizzativo
- Innovazione gestionale e tecnologica
- Fruibilità del servizio
- Gestione per processi
- Modello professionale basato sulla progressiva realizzazione del governo clinico
- Pianificazione dell’offerta socio-sanitaria e dei luoghi di fruizione
- Continuità dei percorsi di cura
- Sussidiarietà, la concertazione e la partecipazione
- Semplificazione delle procedure e dei percorsi
- Umanizzazione del rapporto di assistenza
- Accoglienza e la Comunicazione efficace ed eticamente corretta

3.3 Albero della performance

L’Albero della Performance rappresenta graficamente i legami tra *mission*, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi. Tale rappresentazione dimostra come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all’interno di un disegno strategico complessivo coerente, alla missione aziendale. Ricevute le indicazioni regionali (obiettivi di mandato assegnati alla Direzione Generale e obiettivi di performance annuali), integrate con le esigenze prettamente strategiche aziendali, correlate all’analisi del contesto interno ed esterno, le stesse vengono tradotte in obiettivi operativi, assegnati ai Dirigenti ed a loro volta declinati in “Piani Operativi” con indicazione anche della equipe coinvolta nelle attività finalizzate al loro raggiungimento.

Gli obiettivi assegnati alla Direzione Generale costituiscono la base di partenza per l’elaborazione dell’Albero delle Performance.

In altri termini, l’albero della performance dimostra come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all’interno di un disegno strategico complessivo coerente, al mandato istituzionale ed alla missione.

Le prospettive considerate per la definizione del modello di valutazione multidimensionale della performance della ASL Bari segue l’approccio descritto nel sistema di misurazione delle performance, *Balanced Scorecard* (BSC), in base al quale le attività aziendali vengono valutate bilanciando misure interne ed esterne sulla base delle seguenti 4 prospettive:

1. la prospettiva economico-finanziaria: gli obiettivi sono quelli economico-finanziari, misurati con i tradizionali indicatori di redditività: quando possibile i costi sono rapportati alla produzione al fine della ottimizzazione delle risorse;
2. la prospettiva del paziente/utente: l’obiettivo è il 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

- espressi;
3. la prospettiva dei processi interni all'azienda: l'obiettivo è l'ottimizzazione dei processi già in essere e l'identificazione di quei nuovi processi attraverso i quali l'Azienda possa raggiungere l'eccellenza. Tale miglioramento si ottiene partendo da una rigorosa misurazione della produzione e dal *benchmarking*;
 4. la prospettiva di innovazione e della qualità: l'obiettivo è lo sviluppo dell'organizzazione, la crescita globale dell'azienda e degli operatori, l'affinamento delle tecniche di misurazione della qualità, l'individuazione e la valorizzazione delle eccellenze.

L'albero della performance nasce dallo schema sotto riportato di obiettivi che la Direzione Generale considera strategici per l'anno 2020, giusta D.D.G.n.2370 del 09/12/2019.

Num. Obiett.	Obiettivo	Prospettiva	Dimensione
1	Riorganizzazione rete ospedaliera	Processi interni all'azienda	Capacità di governo della domanda sanitaria
2	Riorganizzazione rete emergenza-urgenza	Processi interni all'azienda	Capacità di governo della domanda sanitaria
3	Implementazione delle reti cliniche regionali quali, tra le altre, la Rete Oncologica Pugliese (DGR.n.221/2017), la Rete Nefrologico/Dialitica/Trapiantologica Pugliese (DGR.n.1679/2018), la Rete trasfusionale pugliese (DGR.n.900/2017), la Rete diffusa di Servizi di Genetica Medica (DGR.n.986/2017), le Reti tempo dipendenti (rete ictus, rete trauma, rete cardiologica)	Processi interni all'azienda	Capacità di governo della domanda sanitaria
4	Attuazione del Piano Aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa vigente	Processi interni all'azienda	Capacità di governo della domanda sanitaria
5	Miglioramento appropriatezza chirurgica	Processi interni all'azienda	Appropriatezza e qualità
6	Miglioramento appropriatezza medica	Processi interni all'azienda	Appropriatezza e qualità
7	Miglioramento qualità e appropriatezza area materno-infantile	Processi interni all'azienda	Appropriatezza e qualità
8	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	Processi interni all'azienda	Appropriatezza e qualità
9	Miglioramento qualità di processo	Processi interni all'azienda	Appropriatezza e qualità
10	Miglioramento qualità percepita	Innovazione e qualità	Appropriatezza e qualità
11	Potenziamento delle attività nell'ambito del Rischio Clinico	Processi interni all'azienda	Appropriatezza e qualità
12	Potenziamento del controllo dell'appropriatezza dei ricoveri/congruità SDO in Strutture Ospedaliere Private	Processi interni all'azienda	Appropriatezza e qualità
13	Miglioramento della qualità globale da sostenere mediante una politica della formazione aziendale adeguata a sviluppare le competenze professionali del personale	Innovazione e qualità	Appropriatezza e qualità
14	Programmazione e implementazione Presidi Territoriali di Assistenza (P.T.A.)	Innovazione e qualità	Assistenza sanitaria Territoriale
15	Potenziamento delle attività mirate all'integrazione Ospedale-Territorio	Processi interni all'azienda	Assistenza sanitaria Territoriale
16	Potenziamento assistenza domiciliare	Processi interni all'azienda	Assistenza sanitaria Territoriale
17	Potenziamento dell'offerta nell'ambito della salute mentale	Paziente/Utente	Assistenza sanitaria territoriale
18	Attuazione Piano Regionale della Prevenzione	Paziente/Utente	Prevenzione
19	Potenziamento screening oncologici (mammografico, cervice uterina, colon retto)	Paziente/Utente	Prevenzione
20	Potenziamento copertura vaccinale	Paziente/Utente	Prevenzione



Num. Obiett.	Obiettivo	Prospettiva	Dimensione
21	Potenziamento del monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva dei Medici Ospedalieri, Specialisti Ambulatoriali, Medici di Medicina generale e Pediatri di libera scelta al fine del contenimento della spesa farmaceutica con particolare riferimento all'utilizzo di farmaci biosimilari e generici nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali	Processi interni all'azienda	Assistenza farmaceutica
22	Pieno utilizzo della piattaforma Edotto per la redazione dei Piani Terapeutici e delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali	Processi interni all'azienda	Assistenza farmaceutica
23	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	Processi interni all'azienda	Assistenza farmaceutica
24	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	Processi interni all'azienda	Assistenza farmaceutica
25	Misure per il contenimento della spesa farmaceutica relativa agli acquisti diretti di farmaci e dispositivi medici nel rispetto dei tetti di spesa regionali	Processi interni all'azienda	Assistenza farmaceutica
26	Implementazione del Piano triennale 2018-2020 di Sanità Digitale della Regione Puglia	Innovazione e qualità	Sanità digitale
27	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	Innovazione e qualità	Sanità digitale
28	Diffusione dei servizi online sul portale regionale della salute	Innovazione e qualità	Sanità digitale
29	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Innovazione e qualità	Sanità digitale
30	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	Innovazione e qualità	Sanità digitale
31	Riduzione dello scostamento tra costi e ricavi, anche attraverso lo strumento della <i>spending review</i>	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
32	Riduzione dei Tempi di Pagamento dei fornitori	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
33	Monitoraggio del rispetto dei vincoli di finanza pubblica	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
34	Perfezionamento del Percorso Attuativo di Certificabilità dei bilanci (PAC) degli Enti del S.S.R.	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
35	Accordi contrattuali con le strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
36	Deflazionamento del Contenzioso	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
37	Revisione sistematica delle procedure amministrative (<i>governance aziendale</i>) con l'obiettivo di garantire l'ottimizzazione dei processi nel rispetto dei principi di equità e trasparenza	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
38	Realizzazione del Piano degli Investimenti e aggiornamento delle gare	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
39	Pianificazione dei fabbisogni di personale ai sensi del D.Lgs.n.165/2001 e ss.mm.ii.	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
40	Potenziamento del sistema relativo alla sicurezza sul lavoro	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
41	Utilizzo Finanziamenti FESR o di altra provenienza	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
42	Prosecuzione delle attività per la realizzazione dell'Ospedale Monopoli-Fasano	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
43	Definizione ed adozione dell'Atto Aziendale	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa

Per la valutazione del grado di raggiungimento degli elencati obiettivi strategici sono stati utilizzati oltre n.400 indicatori con relativo target focalizzando l'attenzione anche per il 2020, a seguito dei risultati positivi conseguiti negli anni precedenti, sugli obiettivi di processo che consentono sia il miglioramento della qualità assistenziale sia la migliore allocazione delle risorse con riduzione degli sprechi:

Prospettiva	Num. Indicatori
Paziente utente	41
Processi interni	286
Economico-Finanziaria	45
Innovazione e qualità	36
Totale	408

La traduzione dello schema sopra riportato in obiettivi assegnati alle diverse Unità Operative aziendali viene rappresentato nel seguente Albero della Performance:

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
Capacità di governo della domanda sanitaria	Gestione delle liste di attesa	Analisi comparativa dell'utilizzo delle grandi macchine presenti nel patrimonio della ASL Bari
		Pubblicazione mensile sul Portale aziendale dei posti letto disponibili nelle RSSA contrattualizzate
	Analisi epidemiologiche	Aggiornamento dell'analisi, per singolo DSS, della cronicità per coorti di pazienti in base alla complessità e relativo setting assistenziale
		Analisi Mobilità Passiva Ospedaliera
		Relazione sullo Stato di Salute della popolazione della ASL BA
	Breast Unit (DGR 854/2018)	Adesione alle Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della Rete dei Centri di Senologia
		Definizione di Protocollo operativo per il percorso di accesso alla terapia chirurgica delle pazienti con carcinoma della mammella provenienti dalle UU.OO. di Chirurgia della ASL BA
	Clinical governance	% codici Gialli presi in carico entro 30 minuti
		Procedura per la definizione dei criteri di appropriatezza prescrittiva di indagini diagnostiche per immagini (TC cranio) nei soggetti con cefalea
		Protocollo operativo per la gestione dello stravasato da somministrazione di mezzo di contrasto
		% Abbandoni da P.S.
		% Accessi seguiti da ricovero
		% di ricoveri per Gastroenterite
		% Dimissioni volontarie
		% IMA non provenienti da altre Strutture trattati con PTCA entro 2 gg
		% parti cesarei depurati (NTSV)
		% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario in pazienti > 65 anni
		% Ricoveri da P.S. in Reparti chirurgici con DRG Chirurgico alla dimissione
		% ricoveri in regime di urgenza nelle UU.OO. di Area Medica attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza
		Attivazione di ambulatorio di Neurologia pediatrica
		Attivazione nell'arco del 2020 di progetti di riabilitazione psico-sociale EBM
		Attività di Day Service
		Avvio dell'attività di confezionamento sottovuoto dei campioni biologici relativi agli esami estemporanei e relativa formazione del personale del Punto Raccolta di Anatomia Patologica
	Consolidamento attività di trattamento del linfedema oncologico	
	Definizione di una procedura per l'attività di accoglienza nel CSM	

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Degenza Media
		Degenza Media Pre Operatoria
		Elaborazione di almeno 1 procedura clinica da proporre alla direzione del Dipartimento per il successivo invio al nucleo GLARP
		Elaborazione di pannelli di test laboratoristici propedeutici all'esecuzione di esami di II livello con mdc e radiofarmaci
		Esame delle procedure e protocolli inviati dalle UU.OO. e Dipartimenti
		Implementazione delle azioni correttive individuate nella Relazione sulla qualità percepita relativa dell'anno 2019
		Incontri con associazioni dei familiari presenti sul territorio per verifica modalità di collaborazione
		Indice Chirurgico
		Indice di Rotazione
		Individuazione di un indicatore di <i>outcome</i> delle UU.OO. di Pneumologia da proporre per gli Obiettivi operativi di Budget 2021
		Monitoraggio e verifica sulle Dimissioni volontarie presso gli S.P.D.C.
		N. Incontri di supervisione, monitoraggio delle attività svolte presso Punti Ascolto DCA
		Numero di Day Service
		Numero ore effettive di attività di Sala Operatoria
		Percentuale Colectomie Laparoscopiche con Deg.Med. postop. <3gg
		Percentuale di nuovi pazienti con implementazione del PDTA Autismo sul totale dei nuovi pazienti, a partire dalla data di approvazione del PDTA
		Peso medio DRG
		Procedura per cure palliative destinati a persone affette da malattie rare
		Procedura per la gestione del paziente con emorragia digestiva in emergenza-urgenza
		Procedura per la gestione in P.S. del paziente agitato con sospetta patologia psichiatrica nei PP.OO. della ASL Bari
		Procedura per la gestione intraospedaliera del paziente con diagnosi di trauma
		Procedura per la gestione intraospedaliera del paziente con sospetto ictus cerebrale
		Procedura per la somministrazione di preparazioni intravitreali a base di Bevacizumab per la AMD e DME
		Procedura per la standardizzazione delle indagini propedeutiche agli esami di II livello con mdc e radiofarmaci
		Procedura per l'estrazione e conservazione di campioni di DNA da villi coriali per eventuali procedure diagnostiche, genetiche suppletive completa di relativo consenso informato
		Programma strutturato di Psicoeducazione per familiari di soggetti con DCA in carico alla UOSVD DCA
		Protocollo di riabilitazione neurologica in pazienti con patologia spastica e/o disturbi del movimento
		Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriately e ricoveri con DRG non a rischio inappropriately in regime ordinario
		Realizzazione di progetti psicoeducativi rivolti a pazienti dell'SPDC e loro familiari
		Screening pre-eclampsia
		Somministrazione di questionario sperimentale di valutazione dell' <i>outcome</i> dei trattamenti psicologici
	Donazione Organi e/o Tessuti	N. donazioni/N. accertamenti morte cerebrale
	Efficienza assistenziale	Consolidamento attività dell'ambulatorio Idrosadenite suppurativa
		Consolidamento attività dell'ambulatorio Psoriasi
		Corrispondenza tra numero di accessi in SDA e numero di prestazioni di Day Service su CUP
		Fatturato Day Service
		Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne ed interne
		Fatturato prestazioni ambulatoriali NPIA
		Incremento attività ambulatoriale per esterni
		N° procedure per indagini genetiche invasive e non invasive

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Numero di sedute di counseling organizzate multidisciplinari sovra-aziendali per gestanti con malformazioni fetali cardiache ed extra-cardiache
		Partecipazione a sedute di counseling multidisciplinari sovra-aziendali per gestanti con malformazioni fetali cardiache ed extra-cardiache
		Proposta di elenco di test da inserire in un tariffario aziendale per prestazioni di diagnostica in vitro non presenti in Tariffari regionali e nazionali
		Report semestrale e annuale sulle patologie trattate con indicazione indilazionabili urgenti e primarie distinte per tipologia e provenienza ASL del paziente
	Efficienza operativa	Attivazione delle funzionalità per la distribuzione online dei referti dei Laboratori della ASL BA e conferimento al FSE
		Attivazione delle funzionalità per la distribuzione online dei referti in tutti i Laboratori afferenti all'U.O.
		Avvio nuova procedura informatizzata di controllo direzionale (D.D.G. 1570/2017)
		Azzeramento giudizi di ottemperanza e nomina commissario ad acta
		Collaborazione con STP alla Redazione del Piano della Performance 2020-2022
		Collaborazione con STP nella stesura della Relazione annuale sulla Performance
		Controllo di qualità su apparecchiature di nuova acquisizione: N.ro nuovi controlli / N.ro nuove apparecchiature
		Controllo di qualità su apparecchiature radiologiche: Numero apparecchiature controllate/apparecchiature installate
		Costi Beni Sanitari / Totale Ricavi
		Gara per affidamento della progettazione delle strade di accesso ed i relativi impianti di servizio del Nuovo Ospedale di Monopoli
		Monitoraggio dei blocchi operatori e dei punti nascita secondo le procedure aziendali adottate nel 2017 e 2019
		N. Valutazioni medico legali per responsabilità professionali su richieste SBL redatti entro 120 giorni sul totale delle visite medico-legali eseguite
		N.ro misure di esposizioni ambientali/N.ro diagnostiche radiologiche
		N.ro schede personali dosimetriche aggiornate/ N.ro schede totali
		Produzione unità di plasma da destinare alla lavorazione industriale
		Revisione Regolamento Aziendale per acquisti di Beni e Servizi relativamente alla definizione dei criteri per l'attribuzione dei compensi incentivanti per la ASL
		Sottoscrizione accordi contrattuali con le R.S.S.A. entro la data di scadenza del precedente contratto ed in conformità con lo schema tipo approvato, in conformità alle Linee Guida regionali
		Supporto all'OIV e STP per la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget annuale
		Unità di sangue raccolte
		Utilizzo del software CartSan presso tutte le sedi e unificazione degli archivi
	Efficienza organizzativa	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS
		Assegnazione ore di Specialistica Ambulatoriale Interna su richiesta della Direzione Sanitaria
		Attivazione ambulatorio chirurgico III piano P.O. Molfetta per attività di Day Service chirurgico
		Attivazione di ambulatori di cure simultanee presso le 4 Macroaree della UOS FCA (DDG 1252/2019)
		Attivazione di Day Service chirurgici presso il PTA di Bitonto
		Attività di Day Service chirurgico
		CUP: attivazione agende prestazioni di Psicologia
		Monitoraggio della terapia anticoagulante per pazienti residenti a Gioia del Colle (DSS 13)
		Potenziamento attività chirurgica in Day Service chirurgici presso il PTA di Bitonto
		Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici (esecuzione prelievo e raccolta del campione) e trasporto dai Centri Prelievo ai Laboratori di riferimento (Hub e Spoke)
		Procedura per la presentazione dell'istanza di autorizzazione alla fornitura

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		a carico del SSR di farmaci e/o prodotti extra LEA
		Programmazione attività della Rete assistenziale per le Malattie Rare: definizione per ogni DSS: sede, calendario e modalità di accesso, tipologia di prestazioni
		Protocolli con Tribunale Minori e Consultori: incontri di coordinamento
		Redazione della procedura operativa della cessione di emocomponenti a Strutture Pubbliche della ASL BA, extra ASL BA e Strutture Private con rappresentazione schematica a matrice delle attività, responsabilità e tempistica di ciascuna fase del processo
		Revisione della Procedura per la gestione della raccolta e trasferimento dei campioni dai singoli Stabilimenti al centro di raccolta aziendale
		Tempi di attesa per visite di genetica medica programmabili
	Obblighi informativi	Redazione Report attività I e II livello per gli anni 2018-2019-2020
		Redazione Report su nati vivi da tecnica di inseminazione semplice e di II e III livello 2018-2019-2020
		Redazione Report attività 2018-2019-2020
	Registro regionale delle malformazioni	N° casi comunicati
	Terapia del dolore cronico oncologico e non oncologico	N. pazienti trattati in ambulatorio di terapia del dolore
Appropriatezza, qualità e sicurezza	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	Report semestrale sulle attività di controllo analitico casuale sul 10% delle cartelle cliniche
		Controlli analitici casuali sulle cartelle cliniche di ogni U.O. del P.O. da parte del Nucleo di Controllo Interno del P.O.
		Controllo appropriatezza cartella clinica/congruità SDO ex art 56 : numero SDO verificate/numero SDO prodotte
		Controllo dell'appropriatezza dei ricoveri: numero SDO verificate/numero SDO prodotte
		Controllo su ricoveri con T.C., con protesi, DRG potenz. Inappr. e trattam. con cyberknife e gammaknife in Strutture Osped. Private, IRCSS Maugeri - EEMiulli: numero SDO verificate/numero SDO prodotte
		Riabilitazione ex art 26 (Strutture private): Verifica correttezza procedure autorizzative - Aderenza al piano riabilitativo
		Riabilitazione ex art.25 L 833/1978: appropriatezza prescrittiva: N° prescrizione/Tot prescrizioni
		Verifica congruità protocollo Regionale IMA-SCA in Strutture Private e EEMiulli: verbale di congruità
		Verifica di prestazioni ambulatoriali in Day Service SDA in Strutture Osped. Private, IRCSS Maugeri - EEMiulli: numero SDA verificate/numero SDA prodotte
	Appropriatezza prescrittiva	Numero di schede di monitoraggio sulla piattaforma AIFA relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi
		Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica
		Report trimestrale sui casi di inappropriata prescrittiva dei MMG riscontrati e comunicati alla Direzione Generale e ai Direttori di Distretto
	Appropriatezza setting assistenziale	% progetti di inserimento di pazienti in Strutture Riabilitative con l'ausilio di una scala standardizzata di valutazione
		% pazienti presi in carico e/o rivalutati nel 2020 con applicazione protocollo di valutazione con scale standardizzate riconosciute nei DCA
		Definizione di una scheda per omogeneizzare le procedure di verifica e controllo nelle strutture psichiatriche riabilitative (con particolare riferimento agli standard di qualità di cui all'art. 12 R.R. 7/2002)
		Percentuale aberrazioni genomiche diagnosticate alla diagnosi invasiva mediante prelievo di villi coriali (villocentesi)
		Report semestrale e annuale su tipologia acuta e cronica e n. pazienti trattati secondo le LG della società scientifica SIMS
		Valutazione e predisposizione con monitoraggio di PTR residenziali riabilitativi DCA di competenza ASL BA (comprese proroghe)
	Efficienza organizzativa	Aggiornamento dei D.V.R., Documento di Valutazione dei Rischi Incendio, Piano di Emergenza delle Strutture Aziendali
		Applicazione del protocollo operativo delle attività propedeutiche

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		all'attivazione delle apparecchiature radiologiche per la parte di competenza.
		Procedura integrata tra SPPA e AGT per la sicurezza sul lavoro degli ambienti lavorativi
		Procedura integrata tra SPPA e U.O. Gestione Rischio Clinico e Qualità per la sicurezza degli operatori e dei pazienti
		Protocollo operativo per i controlli di qualità su Symbia S
		Protocollo operativo per i controlli di qualità su Tomografo ibrido SPET CT
		Protocollo operativo per la esecuzione delle indagini con radiofarmaci osteotropi
		Protocollo operativo per la preparazione e controlli di qualità dei radiofarmaci osteotropi
	Formazione	Estensione della formazione agli operatori che lavorano nelle UU.OO. di degenza previste dal Progetto Regionale MAPO
		Eventi formativi destinati al personale dell'U.O. e ai care-giver
		Eventi formativi per l'applicazione della Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici e l'uso dei relativi dispositivi
		Eventi formativi per lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione dell'emergenza nei luoghi di lavoro
		Eventi formativi Rischi Specifici
		Formazione operatori di settore Alimentare (OSA)
		Incontri di formazione/coinvolgimento territorio (Es. Scuole, Enti) su tematiche riguardanti la salute mentale con particolare riferimento a problematiche di disagio giovanile
		Organizzazione di corsi di formazione sulla gestione del rischio clinico
		Organizzazione corsi per la Gestione avanzata delle vie aeree per le UU.OO. dei Presidi Ospedalieri
		Organizzazione di Corsi di formazione aziendali sull'appropriato utilizzo delle apparecchiature elettromedicali
		Organizzazione di corsi di formazione sulla gestione degli Audit secondo le Linee Guida del Ministero della Salute
		Organizzazione di corso di formazione obbligatorio per Dirigenti Medici, Veterinari e Sanitari sull'applicazione della DDG 497/2018 (Procedura aziendale per la elaborazione di procedure, protocolli e PDTA)
		Organizzazione di eventi formativi per i Referenti aziendali (referenti distrettuali e farmacisti territoriali) della Rete Malattie Rare
		Organizzazione di eventi formativi per l'applicazione della Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici e l'uso dei relativi dispositivi
		Organizzazione di evento formativo relativo alla gestione dei comportamenti aggressivi rivolto al personale del DSM e di tutti i PP.SS. della ASL Bari
		Organizzazione di evento formativo rivolto al personale SPDC (argomenti inerenti aspetti clinici e di qualità assistenziale)
		Organizzazione di incontri di formazione estesi ai Medici di Medicina Generale su tematiche di competenza
		Organizzazione di momento formativo per il personale del Dipartimento e degli Enti convenzionati ex D.P.R. 309/90 su problematiche di competenza della Dirigenza e del Comparto
		Organizzazione e realizzazione di un corso su procedure semplificate autocontrollo per micro-imprese
		Piano di formazione obbligatoria biennale BLSD e ALS per le UU.OO. di P.S. - Anno 1 di 2
		Realizzazione evento formativo dipartimentale su diffusione ed applicazione di PDTA Disturbi dello Spettro Autistico
		Formazione sulla sicurezza sul lavoro per il personale dell'U.O.: organizzazione di eventi su temi diversi da quelli dei precedenti anni
		Organizzazione di Corso di Formazione regionale ECM per Medici e Comparto sulla Prevenzione HPV- Test primario
		Attività formativa e di tutoraggio sull'utilizzo dei cruscotti direzionali online
		Partecipazione al Corso di formazione per aggiornamento dei tecnici e del personale amministrativo sulle modifiche integrative del Codice degli Appalti
	Qualità assistenziale	Applicazione ai pazienti di scale standardizzate di valutazione degli esiti
	Qualità percepita	Somministrazione di questionari sulla qualità percepita dall'Utenza con Relazione finale

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Analisi dei questionari compilati online
		N° questionari predisposti dalla Direz. del Dipartimento per la rilevazione della qualità percepita somministrati all'utenza
		Organizzazione e coordinamento della Somministrazione di questionari sulla qualità percepita dall'utenza con Relazione finale
	Umanizzazione delle cure	Predisposizione dei piani di miglioramento scaturiti dall'Indagine AGENAS 2019 ed effettuazione Indagine AGENAS 2020 (tranne Triggiano e Terlizzi)
Assistenza Sanitaria Territoriale	Assistenza domiciliare	Piani di miglioramento per la riduzione dell'Effort negativo dei PAI registrati dal Distretto
	Efficienza organizzativa	Procedura per la gestione dei pazienti psichiatrici nelle Strutture Residenziali, Semiresidenziali e Case per la Vita
	Integrazione Ospedale-Territorio	Immissione di nuovi pazienti in dialisi peritoneale
		N. prestazioni ospedaliere (accessi vascolari, sostituzioni cannule tracheostomiche ecc.) a favore di pz. In ADI
		Proposta di organizzazione integrata Ospedale-Territorio dell'attività oftalmologica per la diagnosi ed il trattamento delle patologie retiniche in paziente diabetico
	Lotta allo stigma e inclusione sociale	Realizzazione di evento di lotta allo stigma e promozione della salute rivolto a utenti, operatori, popolazione
		Realizzazione di evento di lotta allo stigma e promozione della salute rivolto a utenti, operatori, popolazione presso il Centro Cunegonda
		Realizzazione di un percorso formativo psico-educativo rivolto a pazienti e/o familiari
	Prevenzione primaria delle dipendenze	Organizzazione e realizzazione di almeno un intervento di prevenzione primaria delle dipendenze dedicato agli operatori della ASL BA nel territorio di ciascun raggruppamento Ser.D
	Progetto di informazione/formazione sull'epilessia con le scuole	Attuazione del progetto "Epilessia nelle scuole"
Prevenzione	Attuazione di Piani di Sorveglianza in popolazioni di animali selvatici	Stima della popolazione dei cinghiali nel territorio del Parco della Murgia e diffusione nell'ambito provinciale
		Verifica della diffusione del lupo nell'ambito provinciale, con censimento delle aggressioni
	Attuazione Piano Nazionale Alimentazione Animale	n. campionamenti PNAA effettuati/numero campionamenti previsti
	Certificazione animali morti	Controlli su invio a smaltimento degli animali morti
	Controlli sugli allevamenti	allevamenti controllati per BR ovi-caprina / tot. allevamenti ovi-caprini
		allevamenti controllati per TBC e LEB bovina / tot. allevamenti Bovini
		allevamenti equini controllati / tot. allevamenti equini presenti in anagrafe
		allevamenti ovini controllati per Scrapie classica / tot. allevamenti ovini
		modello 4 elettronico / modello 4 movimentazione equidi richiesti
	Controllo e contenimento randagismo	cani randagi catturati identificati ed iscritti Anagrafe Canina Regionale / cani randagi catturati
	Controllo scorte farmaci in allevamento	Allevamenti controllati per la corretta gestione delle scorte di medicinali / N. totale allevamenti
	Efficienza dei Servizi di Prevenzione	N. aziende ispezionate/N. aziende con dipendenti
	Efficienza organizzativa	Elaborazione di protocollo provinciale (Procedure e strumenti) per la valutazione standardizzata del rischio rumore
		Elaborazione e Adozione di procedure a livello provinciale per la gestione della vigilanza nel comparto agricolo
		Semplificaz. e standardizzaz. procedure pratiche SUAP: Linee Guida per le attività di competenza su modulistica e documentazione da presentare e format parere unico per attività soggette ad autorizzaz.
		Standardizzazione dei protocolli operativi educativi, sociali ed infermieristici del Dipartimento
	Implementazione Piano Regionale CC.UU. di residui di prodotti fitosanitari	Controlli ispettivi e documentali e prelievo campioni operati/totale controlli ispettivi e documentali e prelievo campioni
	Implementazione Piano straordinario regionale di	allevamenti controllati per MVS / tot. allevamenti suini

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
	prevenzione e controllo MVS	
	Mantenimento standard adeguati di sicurezza alimentare	Revisione ed adeguamento delle analisi del rischio degli stabilimenti riconosciuti CE
	Potenziamento attività di Sorveglianza e Prevenzione Malattie Infettive Trasmissibili	Redazione procedure aziendali in Materia di Sorveglianza Epidemiologica delle Malattie Infettive Trasmissibili
		Vaccinazione antimeningococco B: completamento 3' dose su Coorte 2018
		Vaccinazione antimeningococco Tetravalente Coorte 2006
	Potenziamento attività di controllo	Attività verificate ad alto rischio ex D.Lgs 222/2016/totale attività ad Alto rischio ex D.Lgs 222/2016
		N. Piscine Pubbliche o Private Controllate/N. Totale Piscine Pubbliche o Private Censite
	Potenziamento attività di controllo della sicurezza alimentare	allevamenti galline ovaiole con annesso centro di imballaggio uova - controlli semestrali/totale centri di imballaggio
		N. Az. agricole in regime di condizionalità ispezionate/ N. Az. agricole in regime di condizionalità da ispezionare (su indicazioni di AGEA)
	Potenziamento attività di Prevenzione dai rischi sanitari	Redazione procedura aziendale in materia di gestione del rischio sanitario nell'ambito dei Procedimenti Ambientali
	Potenziamento controlli ufficiali sui depositi di farmaci veterinari	Depositi controllati/totale depositi
	Potenziamento controlli ufficiali sul benessere animale in allevamento	Allevamenti controllabili/Allevamenti controllati
	Potenziamento controlli ufficiali sull'impiego dei medicinali veterinari	n. scorte proprie del veterinario per attività zoiatriche/ 33% del totale delle scorte proprie del veterinario per attività zoiatriche
	Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare	Controllo dei caseifici riconosciuti e registrati
		Controllo semestrale dei Centri di imballaggio uova
		Programmazione ed esecuzione di controlli congiunti con il SIAN sulla ristorazione scolastica e socioassistenziale
	Potenziamento del controllo ufficiale sui mangimifici e determinazione del profilo di rischio dello stabilimento	mangimifici controllati/totale mangimifici in anagrafica aggiornata
	Potenziamento della copertura vaccinale	Copertura vaccinale per Influenza negli anziani: attività di promozione e efficientamento
		Sensibilizzazione vaccinazione anti influenzale degli operatori sanitari
		Vaccinazione anti influenzale degli operatori sanitari
	Potenziamento dell'attività di prevenzione del rischio correlato alle attività lavorative	Monitoraggio delle prescrizioni/limitazioni dei giudizi di idoneità per ogni P.O.
	Potenziamento screening	N° di neonati sottoposti a screening audiologico neonatale/N° tot. di bambini nati vivi
	Potenziamento screening oncologici	Campagna di comunicazione per la diffusione degli screening oncologici (cervice, mammella e colon) e delle vaccinazioni
	Potenziamento screening Carcinoma Cervice Uterina	Consolidamento diagnostica molecolare per HPV
		Estensione: % donne invitate allo screening cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25-64 aa)
		Programmazione mensile delle agende concordata con il Dip. di Prevenzione sulla base di una estensione prevista del 100% comunicata all'U.O. dal Dip. di Prevenzione con dimensione della popolazione target totale annua e del mese di riferimento
		Tempo di refertazione della diagnostica citologica relativa alla popolazione individuata come target per la metodica citologica

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Tempo di refertazione della diagnostica istologica
	Potenziamento screening Carcinoma Mammario	Estensione: % donne invitate allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (50-69 aa) (D.D.G. N.2100/2014)
		Programmazione mensile delle agende concordata con il Dip. di Prevenzione sulla base della dimensione della popolazione target totale annua e del mese di riferimento (D.D.G. N.2100/2014)
		Programmazione mensile delle agende concordata con il Dip. di Prevenzione sulla base della dimensione della popolazione target totale annua e del mese di riferimento (solo P.O. Molfetta) (D.D.G. N.2100/2014)
	Potenziamento screening Carcinoma Colon-Retto	Estensione: % cittadini invitati allo screening del carcinoma del colon-retto rispetto alla popolazione bersaglio (50-69 aa)
		Partecipazione alla diagnostica strumentale dello screening del carcinoma colon-retto
		Processazione del 100% dei campioni pervenuti e comunicazione dei test positivi al Centro Screening
	Promozione sicurezza alimentare	Controlli congiunti con SIAV B su industrie alimentari, ristorazione scolastica e Socio Assistenziale
		Controlli mirati utilizzo di sale iodato presso ristorazione collettiva
		Controlli su attività di deposito produzione e commercializzazione MOCA
	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	Relazione annuale sullo stato di salute dei lavoratori della ASL BA
	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: Piano agricoltura	Numero di aziende agricole o zootecniche con dipendenti vigilate nell'anno
	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: Piano edilizia	Percentuale di cantieri ispezionati sul territorio aziendale/Tot. Cantieri notificati sul territorio aziendale nell'anno precedente
	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: Piano MSK	Numero di aziende verificate per il rischio MSK
	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: rischio chimico/cancerogeni	Eventi formativi relativi al comparto Plastica
		Numero di aziende verificate per rischio da agenti chimici/cancerogeni
		Numero di aziende verificate per rischio da chemicals, con particolare riferimento al comparto metalmeccanica
	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro nelle attività agricole e zootecniche	Numero di aziende agricole e zootecniche con dipendenti vigilate nell'annualità di riferimento
	Sorveglianza BSE dei Bovini di età 48 mesi morti in allevamento	prelievi obex/sul totale prelevabile
	Sorveglianza TSE ovini/caprini di età ≥ 18 mesi morti in allevamento	Prelievi obex/sul totale prelevabile
Assistenza farmaceutica	Misure per il contenimento della spesa farmaceutica	Monitoraggio, Analisi e Controllo per DSS dei costi per beni sanitari (farmaci e dispositivi) e dei costi della farmaceutica convenzionata per ATC con scostamento rispetto all'esercizio precedente
	Misure per la razionalizzazione degli acquisti di beni sanitari	Inventario entro il mese di Settembre e di Dicembre del deposito farmaceutico della U.O. Farmacia e delle singole UU.OO. del Presidio secondo le indicazioni del Direttore del Dipartimento
		Inventario entro il mese di Settembre e di Dicembre secondo le indicazioni del Direttore del Dipartimento
	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali
		% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare (Epoetine) nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali
		% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali
Sanità digitale	Sanità digitale	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia
		% di prestazioni ambulatoriali con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia
		Corretta gestione dei referti (Acquisizione consenso del paziente + Firma digitale del laboratorista) al fine del loro invio al FSE
		Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa	Certificazione dei Bilanci	Adempimenti propedeutici al completamento del Percorso Attuativo Certificabilità dei Bilanci
	Comunicazione istituzionale	Attivazione di un altro social media a titolo non oneroso (es. Twitter) Organizzazione di eventi aziendali Pubblicazione sulla pagina Facebook aziendale di tutti i Concorsi indetti, con riferimenti alla Gazzetta Ufficiale, entro 5 giorni dalla pubblicazione della Gazzetta Ufficiale
	Controllo della spesa	Allestimento di preparazioni intravitreali a base di Bevacizumab per la AMD e DME (Nota Dip. Promoz Salute Prot. n. AOO/081/4688 del 3/10/2019) Identificazione, in collaborazione con il Dipartimento del Farmaco, delle Strutture idonee per l'allestimento di preparazioni intravitreali a base di Bevacizumab per la AMD e DME (Nota Dip. Promoz Salute Prot. n. AOO/081/4688 del 3/10/2019) Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni effettuate da medici prescrittori aziendali per l'incremento dell'utilizzo di farmaci biosimilari nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali Completa gestione degli ordini informatizzati degli Ausili per incontinenza ad assorbenza tramite i sistemi aziendali Monitoraggio Contratti chiusi/generici per Farmaci e Diagnostici in vitro Monitoraggio della spesa annua per residenzialità riabilitativa per DCA rispetto al budget assegnato Monitoraggio della spesa dell'Assistenza Riabilitativa per malati e disturbati mentali da privato Monitoraggio trimestrale delle competenze accessorie per il personale dell'area di Comparto Percentuale importo contratti chiusi relativi ai Conti di competenza dell'AGP Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Protesi/Presidi/Ausili da privato e in distribuzione diretta in applicazione del DPCM 12/01/2017 Somministrazione di preparazioni intravitreali a base di Bevacizumab per la AMD e DME (Nota Dip. Promoz Salute Prot. n. AOO/081/4688 del 3/10/2019)
	Controllo dell'implementazione delle procedure di servizio	Supervisione in campo del personale dirigente e controllo a posteriori dei TDP
	Efficienza organizzativa	Analisi comparativa per Distretto dei costi per Assistenza protesica da privato Analisi contenzioso con la Lega del Filo d'Oro per la parte di competenza Attivazione di emissione ordine informatico per i servizi esternalizzati di Lavanderia, Mensa e Vigilanza e conseguenti carichi e scarichi in procedura Magazzino e liquidazione fattura con lista Attivazione di una banca dati relativa alle procedure di reclutamento del personale dipendente e di conferimento degli incarichi di Struttura Complessa, di Str. Sempl. Dipart. e Sempl. consultabile dalla Direzione Strategica Attivazione e utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO) Attivazione modulo per la gestione degli incarichi dirigenziali e non dirigenziali nel sistema informatico aziendale di gestione del Personale Attivazione procedura informatizzata di gestione delle richieste di assenze a vario titolo in almeno un nuovo Stabilimento (Molfetta) Attivazione procedura informatizzata di gestione delle richieste di assenze a vario titolo in almeno un nuovo Stabilimento (Monopoli) Attività di verifica scritture contabili e conseguente alimentazione della Contabilità Analitica Avvio del Servizio di Gestione e Manutenzione dei Servizi Integrati di apparecchiature elettromedicali a seguito dell'aggiudicazione della Gara regionale da parte del Soggetto Aggregatore Avvio della nuova gestione informatizzata dei provvedimenti amministrativi e dell'Albo Pretorio Avvio della nuova gestione informatizzata del Protocollo Azioni propedeutiche per il monitoraggio delle Macrostrutture sull'attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		superamento dei volumi di attività istituzionale
		Conferimento Cartelle Cliniche delle UU.OO. all'archivio centralizzato: N. di cartelle relative agli anni precedenti al 2019 presenti nel P.O. (Direzione Sanitaria e UU.OO.)
		Coordinamento Procedure di Gara sotto soglia assegnate ai DD.SS.SS.
		Definizione del budget dello straordinario per Macrostruttura relativo al personale del Comparto
		Definizione dell'AS IS delle procedure amministrative e definizione del TO BE, con l'individuazione delle Best Practices tese alla formalizzazione di procedure standardizzate per tutti i DSS
		Definizione delle funzioni amministrative svolte e relativa proposta di delega di funzioni
		Definizione di una modulistica unica condivisa da utilizzare per nelle procedure amministrative per l'accesso dei pazienti alle Strutture Socio-sanitarie
		Deflazionamento procedure esecutive
		Elaborazione di un protocollo operativo per la liquidazione delle fatture
		Elaborazione Piano fabbisogni dei beni durevoli dell'Assistenza Territoriale propedeutico alla redazione del Piano degli Investimenti 2021-2022
		Espletamento delle procedure relative agli avvisi pubblici quinquennali disposti dalla Direzione Strategica per Direttore di Struttura Complessa
		Espletamento delle procedure relative al Concorso unico regionale per CPS Infermieri
		Espletamento Gare sotto soglia dopo la ricezione dei capitolati tecnici (DDG 2161/2016)
		Implementazione della procedura di riscossione coattiva tramite Agenzia delle Entrate alle altre Macrostrutture
		Implementazione incassi tramite PagoPA
		Indizione Gara di fornitura, installazione, manutenzione, monitoraggio ed assistenza tecnica di riscuotitrici automatiche
		Indizione procedure di Gara sopra soglia comunitaria per il Settore Farmaci e Dispositivi
		Indizione procedure di Gara sopra soglia comunitaria per il Settore Inventario, Beni durevoli e Beni economici
		Indizione procedure di Gara sopra soglia comunitaria per il Settore Servizi Appaltati
		Intervallo di tempo tra richiesta Documento Unico di Valutazione Rischi da Interferenze e consegna dello stesso alle Strutture competenti
		Istituzione guardia attiva Comparto
		Istituzione guardia attiva Dirigenza e Comparto
		Istituzione guardia attiva nel S.I.M.T.
		Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi
		Monitoraggio delle attività delle associazioni di volontariato
		Organizzazione di incontri trimestrali con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari
		Predisposizione Capitolati di gara per attrezzature e beni del nuovo Ospedale di Monopoli-Fasano in coerenza con il progetto
		Predisposizione Capitolato di gara per la manutenzione e gestione dello strumentario chirurgico
		Predisposizione Cronoprogramma per le procedure di gara per attrezzature e beni del nuovo Ospedale di Monopoli-Fasano in coerenza con il progetto
		Predisposizione del capitolato per la Gara di fornitura, installazione, manutenzione, monitoraggio ed assistenza tecnica di riscuotitrici automatiche
		Predisposizione del capitolato per la Gara relativa ai servizi di posta elettronica ed unified communication
		Predisposizione di Bozza di Contratto Integrativo aziendale per l'area del Comparto
		Predisposizione di nuovo Contratto di Servizio con la Società In-house Sanitaservice
		Procedura operativa per la determinazione del Piano dei fabbisogni del personale a tempo indeterminato e determinato delle Macrostrutture
		Procedura per la definizione delle azioni e responsabilità dell'avvio a visita sanitaria di cui al D.L. 81/2008 e s.m.i.

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Procedure di Gara sotto soglia affidate dalla Dir. Amministrativa DAPI
		Procedure di Gara sotto soglia per fabbisogno di fornitura di beni/servizi per fabbisogno ospedaliero ASL aggregato
		Progetto di riorganizzazione della rete distributiva con riduzione del numero delle Farmacie, nell'ambito dell'integrazione Ospedale-Territorio.
		Progressiva implementazione della procedura di riscossione coattiva tramite Agenzia delle Entrate alle altre Macrostrutture
		Razionalizzazione numero degli ordini del Dipartimento di Gestione del Farmaco
		Redazione Piano degli Investimenti 2021-2022 per la predisposizione del Bilancio di Previsione 2021 e Piano Pluriennale 2021-2022
		Regolamentazione delle prestazioni aggiuntive per cessione sacche in situazione di carenza di personale
		Regolamento per la definizione dei compensi degli avvocati interni
		Ridefinizione su tutto l'ambito provinciale delle procedure per la gestione dei ricorsi ex art.41 del D.Lgs. 81/08: regolamento di funzionamento del Collegio Provinciale
		Riduzione esecuzione forzata dei titoli o tempestiva esecuzione degli stessi
		Rinnovo Convenzioni per attività di Medicina Trasfusionale secondo lo schema tipo di cui alla DGR 932 del 5/6/2018
		Rispetto dei target di spesa per la Rendicontazione dei Fondi Europei
		Standardizzazione delle informazioni all'utenza nei front-office
		Standardizzazione delle procedure amministrative e definizione delle funzioni amministrative svolte dai DSS e relativa proposta di delega di funzioni
		Sviluppo Piattaforma informatica per la gestione del recupero crediti e riconciliazione contabile con accesso anche da parte degli utenti
		Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale
		Trasmissione mensile entro 10 gg. dalla fine del mese di riferimento alla Direzione Amministrativa di Presidio dei dati necessari alla fatturazione mensile da parte delle ditte fornitrici dei servizi di Lavanderia e Mensa
		Ultimazione dei tentativi di conciliazione bonaria con i Comuni per il recupero crediti verso gli stessi
		Utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)
		Utilizzo Fondi FESR 2014-2020: predisposizione capitolati tecnici dopo la sottoscrizione dei relativi disciplinari con la Regione Puglia
	Gestione del contenzioso	Attivazione delle convenzioni con legali esterni in modalità digitale
		Procedura per il recupero coattivo attraverso l'Agenzia delle Entrate Riscossione
		Tempestiva esecuzione dei titoli
		Tentativi di bonario componimento di giudizi pendenti relativi alla gestione liquidatoria delle ex USL di Bari
		Attivazione di un protocollo d'intesa con l'Università
	Monitoraggio attività libero professionale	Relazione trimestrale per il raffronto dei dati dei volumi di attività istituzionale / dati dei volumi di attività in ALPI e verifica del rispetto dello svolgimento di quest'ultima nella fascia oraria autorizzata
		Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dell'attività in ALPI dei volumi di attività istituzionale
	Monitoraggio tempi di pagamento	Monitoraggio tempi di gestione del ciclo passivo per macrostruttura
	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)
	Potenziamento delle azioni relative al contrasto della corruzione ed al rispetto della trasparenza amministrativa	Applicazione e verifica delle misure preventive mirate alla riduzione del rischio corruzione, per le attività specifiche di U.O.C. come previsto dal PTPRC vigente
	Qualità flussi informativi	Corretta e tempestiva pubblicazione della reportistica direzionale trimestrale sul sito Intranet aziendale
		Corretta e tempestiva trasmissione dei dati relativi ai flussi informativi interni ed esterni

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Corretta e tempestiva trasmissione dei dati relativi ai flussi informativi interni ed esterni verso Controllo di Gestione, U.O.S.E. e Ufficio Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
		Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza
		Ricezione, correzione, validazione ed invio dei flussi ministeriali di competenza UOSE nel rispetto delle scadenze (Modelli NSIS)
		Rispetto delle scadenze per l'invio informatico dei flussi ministeriali di competenza UOSE Art.50 ex legge n.326/2003 su Sistema TS
		Rispetto dello scadenziario dei flussi informativi di cui alla nota Prot. 39157/2016 del Direttore Amministrativo e di quelli relativi alla Normativa della Prevenzione Corruzione e Trasparenza
		Rispetto dello scadenziario di ogni flusso informativo richiesto dalla direzione DDP
		Trasmissione con mail dei flussi informativi n. 1), 2) e 3) elencati nelle note nel rispetto dello scadenziario
		Trasmissione mensile al C.d.G. dei dati relativi alle attività degli Hospice
		Trasmissione mensile al C.d.G. dei dati relativi alle cessioni nei riguardi di altri Centri Trasfusionali della ASL e di altre Aziende del SSR e SSN
		Trasmissione mensile al C.d.G. del numero degli accessi in ADI da parte del personale dipendente, distinto per Macroarea, tipologia di operatore e tipologia di prestazione
		Verifica della validazione, con rilevazione e correzione di eventuali anomalie, dei flussi regionali di competenza UOSE nel rispetto delle scadenze (CEDAP, SDO, ISTAT D.11, ISTAT D.12, ISTAT D.14)
	Riduzione costi	Costi utilizzo mezzo proprio 2020 / costi utilizzo mezzo proprio 2019
	Rispetto dei tempi di pagamento	Avvio a regime della Gara per la gestione del Ciclo Passivo
		Tempo medio annuo di pagamento delle fatture dopo la liquidazione delle stesse
	Spending review	Implementazione della nuova rete fonia e dati da aggiudicazione Accordo Quadro Rupar SPC
	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	Monitoraggio mensile delle presenze di utenti in comunità
		Monitoraggio per DSS dei tempi di pagamento delle fatture con peggiore performance e conseguente incontro con il personale addetto
		Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinata/determine/protocollo >= 80%
		Trasmissione bolle caricate in Euis alla Direzione Amministrativa di Presidio nei modi e tempi utili all'alimentazione software WCP
	Trasparenza	Alimentazione della relativa sottosezione in "Amministrazione Trasparente" del sito Web aziendale con le informazioni riferite agli incarichi conferiti a Legali esterni

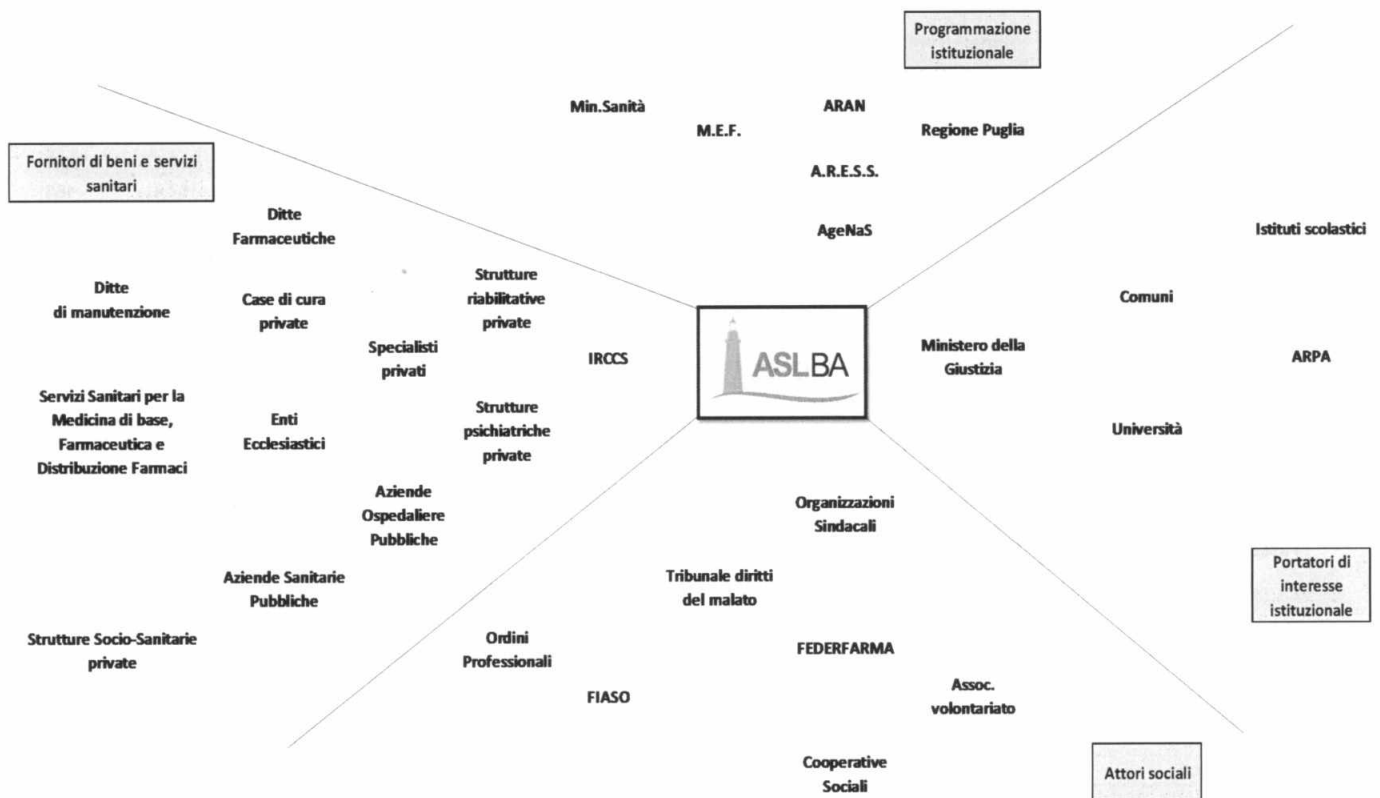
4 Analisi del contesto

4.1 Analisi del contesto esterno

L'analisi del contesto esterno serve a esplorare alcune categorie che incidono con maggiore rapidità e portata su una azienda sanitaria per individuare i cambiamenti rilevanti attuali, emergenti o probabili, e i conseguenti effetti. Tale analisi riguarderà, quindi, il contesto politico, economico, sanitario, tecnologico ed epidemiologico.

Per una azienda sanitaria risulta ugualmente utile individuare i soggetti e le relazioni che compongono il sistema dei portatori di interesse dell'azienda. Questa tecnica tende a concentrare l'attenzione sulle esigenze degli *stakeholder*, e sulle interazioni che si instaurano a livello interistituzionale, dando vita allo sviluppo di azioni strategiche compatibili tra obiettivi aziendali ed istanze dei portatori di interesse.

Mapa degli stakeholder esterni ASL



Principali indici demografici del territorio di competenza ASL

Di seguito si riportano alcuni indici demografici della popolazione della Città Metropolitana di Bari, calcolati sulla base delle rilevazioni ISTAT.

L'analisi prende in considerazione il contesto demografico dell'Area Metropolitana di Bari: i dati riferiti ai principali indicatori demografici sono stati tratti dalle rilevazioni ISTAT.

Periodo	2015	2016	2017	2018	2019
tasso di natalità (per mille abitanti)	7,9	7,9	7,7	7,5	..
tasso di mortalità (per mille abitanti)	9,1	8,6	9,3	9	..
crescita naturale (per mille abitanti)	-1,2	-0,8	-1,5	-1,5	..
tasso di nuzialità (per mille abitanti)	3,6	3,9	3,9	4	..
saldo migratorio interno (per mille abitanti)	-1,5	-2,5	-1,1	-2,1	..
saldo migratorio con l'estero (per mille abitanti)	1,5	0,9	1,4	1,2	..
saldo migratorio per altro motivo (per mille abitanti)	-0,8	-0,6	-0,9	-2	..
saldo migratorio totale (per mille abitanti)	-0,9	-2,1	-0,6	-2,9	..
tasso di crescita totale (per mille abitanti)	-2	-2,9	-2,1	-4,4	..
numero medio di figli per donna	1,26	1,27	1,28	1,26	..
età media della madre al parto	31,9	32,1	32,2	32,3	..
speranza di vita alla nascita	82,8	83,3	83,3	83,5	..
speranza di vita a 65 anni	20,6	21,1	20,9	21,2	..
popolazione 0-14 anni al 1° gennaio (valori percentuali) - al 1° gennaio	14	13,8	13,6	13,4	13,2
popolazione 15-64 anni (valori percentuali) - al 1° gennaio	66,2	66	65,7	65,5	65,3
popolazione 65 anni e più (valori percentuali) - al 1° gennaio	19,8	20,3	20,7	21,1	21,5
indice di dipendenza strutturale (valori percentuali) - al 1° gennaio	51,1	51,6	52,1	52,6	53,1
indice di dipendenza degli anziani (valori percentuali) - al 1° gennaio	29,9	30,7	31,5	32,2	32,9
indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio	141,6	147,1	152,7	157,4	163
età media della popolazione - al 1° gennaio	43,2	43,5	43,9	44,2	44,5

Fonte: ISTAT

Indice di dipendenza strutturale

Rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni).

Indice di dipendenza strutturale degli anziani

Rappresenta il rapporto tra la popolazione di età 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

Sono inoltre stati considerati altri indicatori socio-demografici riferiti ai rispettivi periodi come di seguito rappresentato:

Tasso di disoccupazione per Provincia – Anni dal 2006 al 2018

Periodo	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
PUGLIA	12,6	11,1	11,6	12,6	13,5	13,2	15,7	19,7	21,5	19,7	19,4	18,8	16,0
Puglia Foggia	11,2	9,5	11,3	13,6	13,4	14,4	18,2	21,2	22,8	20,1	17,1	25,0	22,0
Bari	13,2	9,5	10,3	11,0	11,1	12,1	16,0	19,7	20,4	19,1	20,3	15,4	13,0
Taranto	9,0	10,5	10,4	9,6	12,4	11,1	13,0	15,5	18,5	18,8	16,5	16,8	16,7
Brindisi	12,7	13,5	12,3	14,3	14,7	12,9	13,2	16,8	18,3	16,5	17,1	18,6	14,5
Lecce	14,8	14,6	15,0	16,2	17,7	15,6	18,2	22,1	25,8	22,0	23,1	22,3	17,8
Barletta-Andria-Trani	..	..	..	..	13,1	12,8	11,8	22,2	21,2	20,7	18,5	17,3	14,2

Fonte: ISTAT

Da un'analisi sommaria dei dati sopra rappresentati, in termini di transizioni epidemiologiche, si conferma il trend nazionale che vede una popolazione caratterizzata da indici di vecchiaia e di invecchiamento in sistematico aumento.

Questi fondamentali indicatori determinano il profilo della comunità assistenziale servita dall'Azienda ASL Bari e devono essere il principio ispiratore di tutte le decisioni strategiche aziendali, determinando un

costante e progressivo adeguamento della struttura dell'offerta sanitaria, orientando le risorse disponibili al potenziamento delle prestazioni legate alla cura della cronicità e della non autosufficienza.

Evidentemente, il profilo demografico e la tendenza epidemiologica rappresentati determinano precisi risvolti economico-finanziari, che devono essere necessariamente tenuti in considerazione nelle attività di pianificazione e programmazione; a titolo esemplificativo ma non esaustivo si rappresenta che, tenendo presente tutte le tipologie di esenzione, il numero di esenzioni da ticket, nell'esercizio 2018, sono passati da n.228.900, dell'anno 2017, a n.229.924 unità per motivi di età e di reddito, e da n. 826.000, del 2017, a n.820.753 per altri motivi. Va precisato che alcuni cittadini beneficiano di più esenzioni.

4.2 Analisi del contesto interno

L'analisi del contesto interno serve a individuare le competenze e le capacità distintive proprie dell'organizzazione in termini di risorse, processi e risultati. In altre parole si valutano le capacità finanziarie, produttive, d'innovazione, di gestione delle risorse umane, logistiche e tecnologiche presenti nell'azienda sanitaria.

L'analisi del contesto interno richiede pertanto un'estesa e approfondita analisi delle funzioni interne sotto i profili operativi, strutturali, d'impiego delle risorse e delle competenze necessarie e dovrebbe riguardare elementi materiali (dotazioni quantitative e qualitative di personale, infrastrutture e strumentazioni tecnologiche a disposizione delle diverse funzioni) ed elementi immateriali come la cultura organizzativa, le capacità progettuali e realizzative dei gruppi di lavoro. La valutazione delle capacità interne deve effettuarsi pertanto con un mix di strumenti quantitativi (dotazioni organiche e strutturali, analisi dell'attività, analisi di bilancio) e strumenti qualitativi utili per la valutazione delle risorse immateriali.

4.2.1 Modello organizzativo

L'Azienda garantisce l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso:

- le strutture dei Dipartimenti Territoriali di Prevenzione, della Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche distribuite nel territorio aziendale;
- n.12 Distretti Socio Sanitari in cui è suddiviso il territorio dell'ASL;
- n.5 Presidi Ospedalieri a gestione diretta articolati in n.9 Stabilimenti Ospedalieri;
- n.1 Ospedale classificato o assimilato ai sensi dell'art.1, ultimo comma, della Legge n. 132/1968 – "Ente Eccl.Osp.Gen.Reg.'Miulli"
- n.1 Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico - "Salvatore Maugeri" di Cassano delle Murge
- il privato accreditato.

La Direzione Aziendale della ASL Bari opera avvalendosi di una struttura organizzativa composta delle seguenti Unità Operative di staff:

- Servizio delle Professioni Sanitarie
- Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale
- Servizio Sorveglianza Sanitaria e Radioprotezione
- Struttura Burocratico-Legale
- Struttura Rischio Clinico e Qualità
- U.O.S.E. (Unità Operativa Statistica ed Epidemiologia)
- U.R.P. (Ufficio Relazioni con il Pubblico)
- U.V.A.R.P. (Unità di Valutazione dell'Appropriatezza dei Ricoveri e delle Prestazioni sanitarie in ambito pubblico e privato)
- Ufficio Formazione
- Unità Operativa Analisi e Sviluppo Sistema Informativo
- Unità Operativa Controllo di Gestione
- Unità Operativa Gestione Rapporti Convenzionali
- Unità Operativa Ingegneria clinica
- Unità Operativa Privacy, Trasparenza ed Anticorruzione

L'organizzazione tecnico-amministrativa si basa sulla strutturazione di 5 Aree di Gestione:

- Area Gestione Economico-Finanziaria
- Area Gestione Patrimonio
- Area Gestione Risorse Umane
- Area Gestione Tecnica
- Area Servizio Socio Sanitario

L'organizzazione sanitaria, aggiornata con la D.D.G. n.687 del 17/04/2014, si articola nei seguenti Dipartimenti Ospedalieri:

- Dipartimento aziendale area Chirurgica
- Dipartimento aziendale Area Critica
- Dipartimento aziendale Area Medica
- Dipartimento aziendale Cardiologia
- Dipartimento aziendale Gestionale del Farmaco
- Dipartimento aziendale Immuno-Trasfusionale
- Dipartimento aziendale Materno Infantile
- Dipartimento aziendale Medicina di Laboratorio
- Dipartimento aziendale medico-chirurgico Nefro-Urologico
- Dipartimento aziendale medico-chirurgico Neurosensoriale
- Dipartimento aziendale Radiodiagnostica
- Dipartimento aziendale Servizi Direzionali

e nei seguenti Dipartimenti Territoriali:

- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento di Salute Mentale
- Dipartimento delle Dipendenze Patologiche
- Dipartimento dell'Assistenza Primaria ed Intermedia (dal 06.08.2015 vacante nel ruolo di Direttore di Dipartimento)
- Dipartimento Funzionale della Riabilitazione (con Deliberazione del Direttore Generale n.457 del 09/03/2016 il livello assistenziale riabilitativo è stato ricondotto, in via transitoria e sino alla ricostituzione di un nuovo Dipartimento funzionale di Riabilitazione, nell'ambito dei Distretti Socio Sanitari).

4.2.2 Risorse umane

Il personale rappresenta un vero e proprio patrimonio per l'organizzazione aziendale e pertanto la Direzione Strategica ha posto la massima attenzione sulle risorse umane per non trascurare gli aspetti legati allo sviluppo ed alla crescita professionale.

Il numero medio del personale dipendente in servizio presso l'Azienda Sanitaria Locale di Bari nel corso del 2018 è stato pari a n. 8.286 unità e nel corso del 2019 è stato pari a n.8.353 unità.

Per l'anno 2019 vanno aggiunti n.1026 Medici di Medicina Generale (MMG), n.170 Pediatri di libera scelta (PLS), n.226 medici specialisti ambulatoriali interni, n.267 medici di continuità assistenziale, n.21 psicologi convenzionati, n.27 veterinari convenzionati, n.132 medici del Servizio di Emergenza Territoriale e n.18 medici della Medicina dei Servizi.

Il totale degli operatori aziendali nel 2019 è stato quindi pari a n.10.240.

Area	2017					2018					2019				
	Ruolo Sanit.	Ruolo Tecn.	Ruolo Profess.	Ruolo Amm.vo	TOT.	Ruolo Sanit.	Ruolo Tecn.	Ruolo Profess.	Ruolo Amm.vo	TOT.	Ruolo Sanit.	Ruolo Tecn.	Ruolo Profess.	Ruolo Amm.vo	TOT.
Direzione e Aree di Gest.	83	167	9	193	452	1.234	313	9	318	1.874	99	160	10	192	461
Dipartimenti Territoriali	1.130	159	1	133	1.423	3.582	680	1	200	4.462	1.149	156	1	123	1.429
Ospedali	3.605	703	3	213	4.523	1.368	282		300	1.950	3.652	659	1	192	4.503
Distretti	1.416	294		320	2.030	2				2	1.397	264	-	300	1.961
TOTALE AZIENDA	6.234	1.322	12	860	8.428	6.184	1.275	10	818	8.286	6.296	1.239	11	807	8.353

Fonte: Controllo di gestione

Numero medio di personale in servizio nel corso dell'anno

Riepilogo per Sesso

Rispetto all'analisi per genere del personale dipendente per l'anno 2019 si evidenzia un ulteriore incremento del personale di sesso femminile in valore assoluto ed in percentuale.

Anno	2017		2018		2019	
Sesso	N	%	N	%	N	%
Donne	4.964	58,9%	4.941	59,6%	5.025	60,2%
Uomini	3.464	41,1%	3.345	40,4%	3.329	39,8%
Totale	8.428	100,0%	8.286	100,0%	8.353	100,0%

Fonte: Controllo di gestione

Riepilogo per età

Rispetto all'analisi per età del personale dipendente, di seguito rappresentata, si rileva che la classe di età maggiormente popolata nel 2019 è quella dai 50 ai 59 anni con una percentuale pari ad oltre il 37% del totale.

Il personale dipendente appartenente alla fascia d'età al di sopra dei 50 anni per il 2019 è pari ad oltre il 59%, di cui ben il 22% al di sopra dei 60 anni. Si evidenzia, comunque, un incremento della percentuale di personale al di sotto dei 40 anni di età quale risultato delle politiche assunzionali adottate dalla Direzione Strategica Aziendale.

Anno	2017		2018		2019	
Decade	N	%	N	%	N	%
20-29	164	1,9%	175	2,1%	261	3,1%
30-39	917	10,9%	1.006	12,1%	1.117	13,4%
40-49	2.123	25,2%	2.012	24,3%	2.004	24,0%
50-59	3.444	40,9%	3.263	39,4%	3.133	37,5%
>60	1.779	21,1%	1.830	22,1%	1.838	22,0%
Totale	8.428	100,0%	8.286	100,0%	8.353	100,0%

Fonte: Controllo di gestione

Riepilogo per Tipo rapporto di lavoro

L'analisi del personale dipendente relativamente al tipo di rapporto di lavoro evidenzia un sostanziale dimezzamento dell'incidenza del personale a tempo determinato sul totale del personale dipendente, tra il 2018 ed il 2019. La diminuzione è riferita quasi esclusivamente al profilo del Comparto Infermieri per il quale si è completata l'assunzione a tempo indeterminato di oltre n.250 unità di personale.

Qualifica	2017			2018			2019		
	Determinato	Indeterminato	Totale	Determinato	Indeterminato	Totale	Determinato	Indeterminato	Totale
Dirigenti Medici	108	1.521	1.629	92	1.555	1.647	88	1.555	1.643
Dirigenti Sanitari non Medici	13	181	194	9	194	204	19	193	213
Pers. Comparto Infermieri	542	2.848	3.390	437	2.869	3.306	129	3.257	3.386
Pers. Tecnico Sanitario	63	413	476	23	336	360	2	355	357
Altro Pers. Di comparto	56	488	544	69	600	668	66	632	698
Totale Ruolo Sanitario	782	5.452	6.234	630	5.554	6.184	304	5.993	6.296
Dirigenti	1	7	8		9	9		9	9
Personale di Comparto	10	1.304	1.314	9	1.257	1.266	1	1.229	1.230
Totale Ruolo Tecnico	11	1.311	1.322	9	1.266	1.275	1	1.238	1.239
Dirigenti	3	6	9	4	6	9	2	9	11
Personale di Comparto	1	2	3	0	1	1		1	1
Totale Ruolo Professionale	4	8	12	4	7	10	2	10	11
Dirigenti	2	14	15	1	14	15	1	27	28
Personale di Comparto	3	842	845	2	800	803	12	767	779
Totale Ruolo Amministrativo	5	856	860	3	814	818	12	794	807
TOTALE AZIENDA	802	7.626	8.428	645	7.641	8.286	319	8.034	8.353

Fonte: Controllo di gestione

Numero medio di personale in servizio nel corso dell'anno

Turnover

Per la prima volta nel corso dell'ultimo triennio il numero del personale assunto è maggiore di quello del personale cessato: tale andamento giustifica l'incremento del numero medio del personale dipendente riportato nella tabella precedente.

Nel 2019 la percentuale del personale in quiescenza rispetto a tutti i cessati è pari ad oltre il 66%. I restanti casi sono dovuti a dimissioni volontarie, mobilità all'interno del SSR e altri motivi residuali.

	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019
ASSUNTI	607	1101	800
CESSATI	731	1254	523
di cui in quiescenza	393	408	347

Fonte: Area Gestione del Personale

Sorveglianza sanitaria

I giudizi di idoneità condizionati formulati nell'ambito dell'attività di sorveglianza sanitaria e di radioprotezione medica negli anni dal 2017 al 2019 sono di seguito riportati:

	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019
Num. medio dipendenti	8428	8286	8353
Num. giudizi idoneità condizionati	637	591	523
Incidenza %	7,6%	7,1%	6,3%

Fonte: U.O. Sorveglianza Sanitaria

Permessi previsti per l'assistenza, l'integrazione sociale ed i diritti dei disabili (L.n.104/92)

Il personale dipendente che ha avuto diritto nel corso del 2019 ai permessi per l'applicazione della L.n.104/92 è leggermente diminuito rispetto agli anni precedenti. L'incidenza di questo personale sul totale dei dipendenti nel 2017 è stata pari al 22,6%, nel 2018 pari al 23,2% e nel 2019 pari al 20,5%.

ANNO	2017		2018		2019	
	N	Incid.su tot.pers.	N	Incid.su tot.pers.	N	Incid.su tot.pers.
RUOLO SANITARIO	1.343	21,5%	1.365	22,1%	1.228	19,5%
Dirigenti	341	18,7%	343	18,5%	306	16,5%
Comparto	1.002	22,7%	1.022	23,6%	922	20,8%
RUOLO TECNICO	327	24,7%	333	26,1%	297	24,0%
Dirigenti	1	12,5%	1	11,3%	1	11,1%
Comparto	326	24,8%	332	26,2%	296	24,1%
RUOLO PROFESSIONALE	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Dirigenti	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Comparto	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
RUOLO AMMINISTRATIVO	237	27,6%	221	27,0%	187	23,2%
Dirigenti	3	19,5%	3	19,9%	3	10,8%
Comparto	234	27,7%	218	27,2%	184	23,6%
TOTALE ASL BA	1.907	22,6%	1.919	23,2%	1.712	20,5%

Fonte: A.G.R.U.

Personale dipendente che usufruisce di permessi di cui alla L.n.104/92

Formazione

L'attività di formazione del personale dipendente del ruolo sanitario ed amministrativo è cresciuta nel triennio per numero di corsi, per numero di edizioni e per numero di partecipanti.

ANNO	N. corsi	N. edizioni	N. partecipanti
2015	99	271	8.137
2016	95	293	9.629
2017	128	374	10.986
2018	177	355	10.276
2019	133	405	9.478

Fonte: U.O. Formazione

4.2.3 Risorse tecnologiche

Risorse Tecnologiche

Il parco delle tecnologie medicali della ASL Bari consta di circa 20.000 apparecchiature con un valore di circa euro 180.000.000,00. Atteso il grado di obsolescenza delle stesse, la spesa sostenuta per la manutenzione delle attrezzature in questione, relativa all'esercizio 2019, è stata di circa Euro 11.400.000.

Le grandi attrezzature biomedicali installate nell'ASL Bari sono riportate di seguito:

- n. 4 Sistemi per angiografia
- n. 2 Gamma camera computerizzate
- n. 18 Mammografi digitali
- n. 6 R.M.
- n. 15 T.A.C.

Al fine di garantire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie in sicurezza si è provveduto, con l'adozione del Bilancio di Previsione 2020 e pluriennale 2020-2022, ad approvare il piano di integrazione/rinnovo delle attrezzature tecnico sanitarie da programarsi su un orizzonte temporale di due anni così come previsto dalla normativa vigente. La predisposizione del piano in questione ha tenuto conto

- della valutazione delle esigenze diagnostico terapeutiche delle diverse strutture aziendali
- della rimodulazione dei fabbisogni di attrezzature tecnico-sanitarie derivanti dalla adozione del

Piano di Riordino della rete ospedaliera avvenuto con DGR.n.1726/2019

- del perfezionamento dell'acquisizione di tutte le apparecchiature oggetto di procedure concluse, a vario titolo, nell'ultimo periodo del 2019
- del perfezionamento dell'acquisizione di tutte le apparecchiature già inserite nel piano degli investimenti degli esercizi precedenti per varie ragioni non ancora concluse.

Risorse ICT

Le tecnologie ICT a disposizione sono quantificate in:

- circa n.6500 postazioni lavoro (PC)
- circa n.7700 apparecchi telefonici con tecnologia IP
- n.20 server fisici
- circa n.120 server virtuali.

Nel corso del 2019, così come previsto dal "Piano Triennale 2018-2020 di Sanità Digitale della Regione Puglia", approvato con D.G.R.n.1803 del 16/10/2018, sono state migrate nell'ambiente *cloud computing* della Regione Puglia presso la *server farm* della società in-house InnovaPuglia sia il Sistema di Contabilità (EUSIS) sia la piattaforma per la Gestione del Cento Unico di Prenotazione (eCareGate).

Nel corso del 2020, a seguito dell'aggiudicazione del rilancio competitivo nell'ambito dell'Accordo Quadro Regionale denominato RUPAR-SPC, sarà realizzata la nuova infrastruttura di rete geografica che prevede, nell'ottica dell'utilizzo di piattaforme applicative *web-based*, un aumento del *throughput* complessivo e la realizzazione di un anello in fibra ottica che collegherà la sede del CTO, dove risiede la *server farm* aziendale, il P.O. Di Venere, dove verranno dislocati gli apparati di sicurezza per garantire l'alta affidabilità, il P.O. San Paolo e la *server farm* di InnovaPuglia.

Sempre nel corso del 2020 sarà implementata la Conservazione a norma degli archivi di documenti e dati informatici nelle more dell'avvio del Polo di Conservazione Digitale Regionale.

4.2.4 Quadro economico-finanziario degli anni 2017-2018-2019

La gestione economico finanziaria degli esercizi 2017 e 2018 è stata improntata al rispetto delle misure di contenimento e razionalizzazione della spesa pubblica, introdotte nell'ordinamento nel corso degli ultimi anni con riferimento a specifiche tipologie di spesa, applicabili direttamente o indirettamente agli enti e alle aziende del sistema sanitario nazionale e regionale, in quanto disposizioni di principio ai fini del coordinamento della finanza pubblica.

Di seguito il riepilogo dei dati di bilancio più significativi riferiti agli esercizi 2017-2018 ed una analisi più dettagliata relativa ai soli Costi della produzione il cui monitoraggio è condizione imprescindibile per la sostenibilità di tutto il Ciclo della Performance e per il raggiungimento del fondamentale pareggio di bilancio aziendale.

Scostamento macro-aggregati di bilancio			
	Anno 2018	Anno 2017	Scostam.
Valore della Produzione	2.315.605.000,00	2.290.830.000,00	1,1%
Costi della produzione	2.293.878.000,00	2.266.949.000,00	1,2%
Altri costi	21.715.000,00	23.816.000,00	-8,8%
Totale costi	2.315.593.000,00	2.290.765.000,00	1,1%
Risultato di esercizio	12.000,00	65.000,00	-81,5%

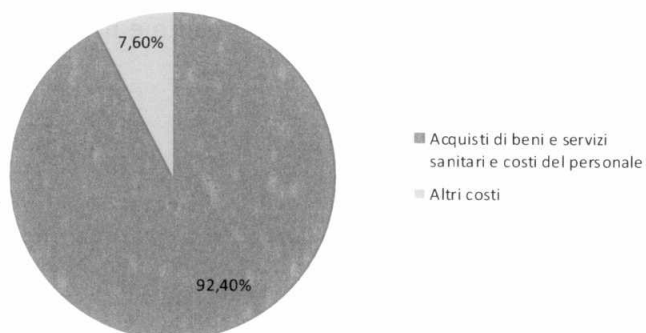
Scostamento macro-aggregati dei Costi della produzione				
	Anno 2018	Incid. sul totale costi 2018	Anno 2017	Incid. sul totale costi 2017
Acquisti di beni sanitari	428.619.000,00	18,69%	391.610.000,00	17,27%
Acquisti di beni non sanitari	5.055.000,00	0,22%	5.542.000,00	0,24%
Acquisti di servizi sanitari	1.251.973.000,00	54,58%	1.248.968.000,00	55,09%
Acquisti di servizi non sanitari	80.032.000,00	3,49%	80.120.000,00	3,53%
Manutenzione e riparazione	22.574.000,00	0,98%	20.619.000,00	0,91%
Godimento di beni di terzi	14.227.000,00	0,62%	10.579.000,00	0,47%
Costi del personale	438.895.000,00	19,13%	440.055.000,00	19,41%
Oneri diversi di gestione	7.012.000,00	0,31%	5.556.000,00	0,25%
Ammortamenti	25.065.000,00	1,09%	24.546.000,00	1,08%
Svalutazione immobilizz.ni e crediti	1.369.000,00	0,06%	14.230.000,00	0,63%
Variazione delle rimanenze	- 10.708.000,00	-0,47%	- 8.618.000,00	-0,38%
Accantonamenti	29.765.000,00	1,30%	33.742.000,00	1,49%
Totale costi della produzione	2.293.878.000,00	100,0%	2.266.949.000,00	100%

Fonte: Bilancio di Esercizio 2019

L'incidenza dei costi per acquisti di beni e servizi sanitari e di quelli relativi al personale dipendente sul totale dei costi dell'esercizio sono graficamente rappresentati di seguito:

	Anno 2018	Incid. sul totale costi 2018
Acquisti di beni e servizi sanitari e costi del personale	2.119.487.000,00	92,40%
Altri costi	174.391.000,00	7,60%
Totale costi della produzione	2.293.878.000,00	100,0%

Incid. costi beni, servizi sanitari e personale sul totale costi 2018



I dati economici relativi all'anno 2019 evidenziano un andamento dei costi in linea con le azioni poste in essere negli anni precedenti. In fase di assegnazione definitiva dei contributi da parte della Regione, ad oggi non ancora definiti, sarà presumibilmente raggiunto l'obiettivo di equilibrio di bilancio anche per l'esercizio 2019.

4.2.4 Quadro economico-finanziario di previsione del 2020

Il bilancio economico preventivo per l'anno 2020, giusta D.D.G.n.2534 del 30/12/2019, è stato redatto tenendo conto della stima dei ricavi ancora provvisori e con le ipotesi di riduzione dei costi, in considerazione delle attuali normative nazionali e delle disposizioni regionali.

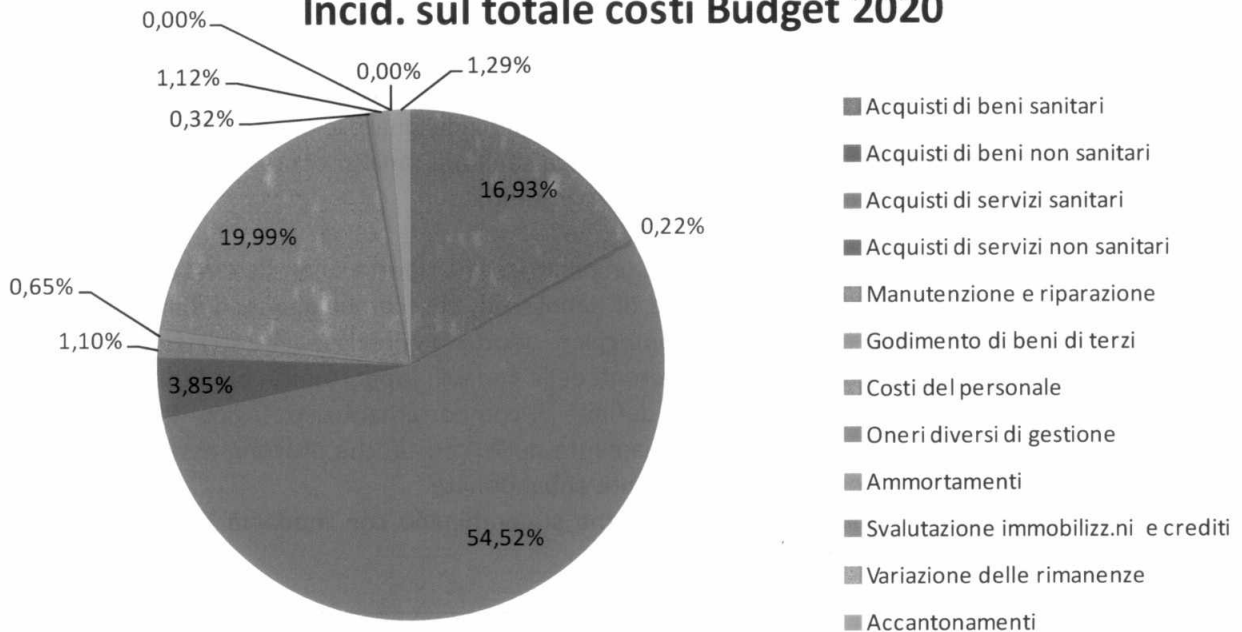
Di seguito è riportato il riepilogo dei dati di bilancio più significativi riferiti al Bilancio di Previsione dell'esercizio 2020, risultato in equilibrio economico finanziario, ed una analisi più dettagliata sugli scostamenti relativi ai soli Costi della produzione:

Macro-aggregati di bilancio	
	Budget 2020
Valore della Produzione	2.339.919.000,00
Costi della produzione	2.307.220.000,00
Altri costi	32.699.000,00
Totale costi	2.339.919.000,00
Utile (Perdita) dell'Esercizio	-

Fonte: Bilancio di previsione 2020

Macro-aggregati dei Costi della produzione		
	Budget 2020	Incid. sul totale costi Budget 2020
Acquisti di beni sanitari	390.545.000,00	16,93%
Acquisti di beni non sanitari	5.174.000,00	0,22%
Acquisti di servizi sanitari	1.257.984.000,00	54,52%
Acquisti di servizi non sanitari	88.935.000,00	3,85%
Manutenzione e riparazione	25.325.000,00	1,10%
Godimento di beni di terzi	15.089.000,00	0,65%
Costi del personale	461.300.000,00	19,99%
Oneri diversi di gestione	7.404.000,00	0,32%
Ammortamenti	25.782.000,00	1,12%
Svalutazione immobilizz.ni e crediti	-	0,00%
Variazione delle rimanenze	-	0,00%
Accantonamenti	29.682.000,00	1,29%
Totale costi della produzione	2.307.220.000,00	100,0%

Incid. sul totale costi Budget 2020



Handwritten signature

4.3 Analisi S.W.O.T.

L'analisi dei due contesti, interno ed esterno, costituisce il percorso aziendale che consente alla Direzione Aziendale di comprendere in modo dettagliato la situazione strategica dell'azienda (diagnosi strategica) e formulare le alternative strategiche. Tale analisi mira, perciò, ad individuare le opportunità e le minacce che interessano o in prospettiva possono interessare l'azienda sanitaria (analisi contesto esterno) e i punti di forza e di debolezza dell'organizzazione (analisi contesto interno).

L'analisi S.W.O.T. prevede proprio la costruzione di una matrice che riporta su un sistema assiale le variabili dell'analisi (opportunità-minacce/punti di forza e di debolezza), che combinandosi definiscono il quadro delle condizioni strategiche che l'azienda deve fronteggiare adottando precise scelte strategiche. I due quadranti, che presentano combinazioni coerenti delle variabili (opportunità- punti di forza, minacce- punti di debolezza), determinano situazioni ben definite di comportamento strategico, finalizzate per un verso alla crescita e per altro verso al ridimensionamento delle attività, che possono essere mantenute in una logica di contenimento dei costi, o definitivamente abbandonate.

Negli altri due quadranti le variabili esterne e interne si combinano con modalità alternative positivo-negativo che tendono a vincolare le scelte strategiche.

Strengths (Punti di forza)	Weakness (Punti di debolezza)
Progressivo potenziamento quali-quantitativo delle risorse umane Rinnovo delle attrezzature tecnico-sanitarie Implementazione del Piano Aziendale per il governo delle liste di attesa (aggiornamento C.U.P. aziendale) Utilizzo dei Fondi Europei per il potenziamento dell'Assistenza Territoriale con integrazione Ospedale-Territorio Percorso Attuativo di Certificazione del Bilancio Aziendale Ridefinizione dell'Organigramma aziendale	Parziale adozione dei modelli organizzativi Regionali Liste di attesa Resistenza al cambiamento Elevata estensione territoriale di competenza Elevato <i>turnover</i> del personale amministrativo e tecnico Elevato <i>turnover</i> della dirigenza apicale
Riordino della Rete Ospedaliera Costituzione delle Reti assistenziali Regionali Legge 27 dicembre 2019, n.160 - Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2020 e bilancio pluriennale per il triennio 2020-2022 Patto per la salute per gli anni 2019-2021 Sanità digitale	Ritardo nell'assegnazione degli obiettivi triennali economico-gestionali di salute e funzionamento da parte della Regione Aumento dei costi di acquisizione dei fattori produttivi sanitari Presenza di strutture pubbliche (Policlinico, IRCCS), private (accreditate e non accreditate) ed E.E. nel territorio di competenza dell'ASL Invecchiamento della popolazione Carenza di Medici Specialisti Migrazione sanitaria Carenza di Fondi di investimento finalizzati allo sviluppo dell'Assistenza Ospedaliera
Opportunities (Opportunità)	Threats (Minacce)

5 Collegamento Piano della Performance con il Piano Triennale per la Prevenzione e Repressione della corruzione con apposita sezione “Trasparenza”

L'ASL Bari, con la D.D.G.n.2399/2019, ha individuato il nuovo Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), ai sensi dell'art. 1, c. 7, L.190/2012 che persegue l'obiettivo di garantire il miglioramento continuo del sistema di autocontrollo efficace per:

- prevenire o segnalare episodi di corruzione e di illegalità;
- definire un piano di comunicazione specifico per la trasparenza comunicativa.

La politica aziendale in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza risulta meglio dettagliata nel Piano Triennale per la Prevenzione e Repressione con apposita sezione “Trasparenza” approvato con Deliberazione n.128 del 31 gennaio 2019 in corso di aggiornamento entro i termini di legge.

L'approccio multidisciplinare e multiprofessionale consentirà di dare una piena ed adeguata risposta alle indicazioni fornite da ANAC nel suo nuovo PNA adottato il 13/11/2019.

In armonia con il recente dettato normativo, uno degli obiettivi strategici aziendali è la diffusione della cultura della trasparenza, che da “formale” diventa “utile”, grazie al coinvolgimento di tutti gli operatori, parte attiva del processo di miglioramento, permeando complessivamente l'azione dell'Azienda delle tematiche sviluppate sia con l'adozione degli atti relativi alla prevenzione della corruzione (la citata DDG.n.128/2019 e DDG.n.2399/2019 relativa all'individuazione del nuovo R.P.C.T. e all'aggiornamento della rete aziendale dei referenti) sia con una sensibilizzazione continua e intensiva su tali problematiche.

L'integrazione degli standard di qualità nel Piano della performance, oltre ad essere un impegno verso l'esterno, costituisce una responsabilità che è collegata alla valutazione organizzativa e individuale.

Il ciclo della performance “integrato” dell'ASL Bari sancisce infatti l'importante ruolo che il Piano Triennale per la Prevenzione e Repressione con apposita sezione “Trasparenza” rivestono, in quanto non costituiscono solo una parte rilevante dei programmi di attività dell'Azienda, ma ne consentono la piena conoscibilità da parte di tutti i cittadini, anche in riferimento al loro stato di attuazione ed ai risultati conseguiti.

Tenuto conto della distinzione, descritta dettagliatamente nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance dell'ASL di Bari, tra performance organizzativa, oggetto degli obiettivi delle schede di budget e legata al contributo che ogni struttura dà al perseguimento degli obiettivi strategici annuali, e performance individuale, che valorizza il contributo che il singolo dipendente (dirigenza e comparto) dà all'attuazione della strategia basandosi su valutazioni di tipo qualitativo e comportamentale, risulta quindi evidente che la tematica dell'anticorruzione è oggetto di attenzione nell'ambito della performance individuale, come responsabilità individuale per quanto attiene sia al rispetto dei codici di comportamento, sia al rispetto dei regolamenti e come responsabilità in vigilando per l'attenzione alla gestione delle risorse affidate.

6 Dagli obiettivi strategici pluriennali agli obiettivi operativi annuali

Le politiche e le strategie aziendali sono definite dalla Direzione Strategica all'interno della *mission* e recepiscono le linee di indirizzo nazionali e regionali: esse sono il filo conduttore che congiunge il passato (valori), il presente (missione), il futuro prossimo (obiettivi), il futuro di lungo periodo (visione) e che consolida la ricerca della coerenza strategica. Le politiche e le strategie vengono declinate ogni anno in obiettivi assegnati alle singole strutture attraverso il processo di budget.

Per la definizione degli obiettivi strategici generali relativamente all'anno 2020 la Direzione Strategica ha tenuto conto dei seguenti riferimenti normativi:

- D.G.R. n.2198 del 28/12/2016 – Assegnazione degli obiettivi di performance delle Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. per il triennio 2016-2018, in applicazione del sistema di valutazione del M.E.S. (Laboratorio Management & Sanità) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa;
- contratto di prestazione d'opera intellettuale sottoscritto dal Direttore Generale in data 05/09/2018 con il Presidente della Regione Puglia;
- D.G.R.n.90 del 22/01/2019 avente ad oggetto: "Approvazione Linee guida "Organizzazione delle attività per la verifica della Appropriatezza delle Prestazioni Sanitarie in Regione Puglia" – Decorrenza dall'1/1/2019. Abrogazione delle deliberazioni Giunta regionale nn.1101 del 23/06/2009, 1491 del 25/06/2010, 2252/2010, e n.806 del 3/05/2011 e n.385 del 04/03/2014";
- DD.G.R.n.699/2017 ("*Misure urgenti per la razionalizzazione della spesa farmaceutica - Interventi volti ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci di cui alla categoria ATC L03AA – Fattori di Stimolazione le Colonie – nel trattamento della Neutropenia da Chemioterapia*"), n.983/2018 ("*Misure per la razionalizzazione della spesa farmaceutica - Individuazione delle categorie farmaceutiche prioritarie ai fini dell'implementazione delle azioni di appropriatezza prescrittiva e governance inerenti i medicinali acquistati direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche del SSR*"), n.1188/2019 ("*Misure per la razionalizzazione della spesa farmaceutica - Interventi volti ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva sui farmaci Immunomodulatori ad alto costo per il trattamento di patologie Reumatologiche, Dermatologiche, Gastroenterologiche, Oculistiche*");
- Decreto del Ministero della Salute 12 marzo 2019 avente ad oggetto: "*Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria*";
- D.G.R.n.1487 del 02/08/2019 avente ad oggetto "*Schemi di contratto approvati con la D.G.R.n.320 del 13/03/2018 per i Direttori Generali delle Aziende ed Enti del S.S.R. – Integrazione e nuova approvazione*";
- il Programma Nazionale Esiti (P.N.E.), sviluppato da A.G.E.N.A.S., i cui indicatori "sono strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico e organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità nel SSN";
- norme vigenti in tema di livelli essenziali di assistenza (c.d. obiettivi LEA);
- leggi nazionali e regionali vigenti (c.d. obiettivi di Legge).

Nelle more della individuazione ed assegnazione degli obiettivi di performance alle Aziende Sanitarie Locali ed alle Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. da parte della Giunta Regionale, anche per gli anni 2021-

2022 gli Obiettivi Strategici aziendali sono riferibili, di massima, ai riferimenti normativi sopra riportati, così come anche la conseguente declinazione in obiettivi operativi, salvo l'aggiornamento annuale degli stessi.

Il passaggio dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi è realizzato tramite la contrattazione degli obiettivi operativi di budget descritta dettagliatamente nel Regolamento di Budget adottato con Delibera del Direttore Generale n.2202 del 30/11/2017.

Gli obiettivi di budget, coerenti con gli obiettivi di mandato del Direttore Generale e con gli obiettivi regionali annuali, sono frutto di una contrattazione tra la Direzione Generale (sulla base dell'istruttoria svolta dalla U.O. Controllo di Gestione) ed i Direttori di Dipartimento Ospedaliero, Direttori di Dipartimento Territoriale, Direttori delle Aree di Gestione ed i Direttori/Dirigenti Responsabili delle Unità Operative (UU.OO.) di Staff.

Il conseguimento degli obiettivi, misurato con un criterio di proporzionalità, costituisce condizione necessaria per l'erogazione degli incentivi previsti dalla contrattazione integrativa aziendale, nel rispetto dei principi stabiliti nel D.Lgs.n.150/2009, nel D.Lgs.n.74/2017, nei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro della dirigenza e del comparto e nella regolamentazione aziendale.

Il budget operativo trova rappresentazione nella scheda di budget per centro di responsabilità aziendale (Dipartimento, Unità Operativa Complessa, Unità Operativa Semplice Dipartimentale, Distretto, Area di Gestione e Unità Operativa Complessa e Semplice Dipartimentale di Staff).

La scheda di budget è costituita dai seguenti elementi:

- La descrizione sintetica dell'obiettivo
- La prospettiva alla quale ciascun obiettivo è collegato
- Il peso di ogni singolo obiettivo: ogni obiettivo sarà pesato secondo 3 valori: Alto-1; Medio-0,5 e Basso-0,25
- L'individuazione del relativo indicatore
- Il target che si deve raggiungere
- Gli obiettivi generali di cui sono espressione analitica

La contrattazione verte su un gruppo di obiettivi, organizzati secondo le 4 prospettive sopra enunciate, predisposti dalla Direzione Aziendale, dopo fase istruttoria curata dall'U.O. Controllo di Gestione (CdG), eventualmente integrati con ulteriori obiettivi specifici proposti dai Direttori/Responsabili di Struttura.

È previsto, indicativamente, un set di 10 obiettivi per ogni Struttura, per un peso complessivo tendenzialmente omogeneo.

Gli obiettivi devono essere:

- coerenti rispetto ai bisogni degli assistiti, alle finalità istituzionali aziendali e alle scelte strategiche dell'Azienda e della Regione;
- misurabili, pertinenti e chiaramente descritti;
- rapportati alla quantità ed alla qualità delle risorse disponibili;
- riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno;
- tali da determinare un miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- comparabili, quando possibile, con i risultati raggiunti nei periodi precedenti e commisurati a valori standard definiti a livello regionale o a valutazioni ottenute tramite la comparazione con strutture aziendali che svolgono attività omologhe.

Il processo di *budgeting* si avvale, per la sua realizzazione operativa, del sistema informativo aziendale e dei suoi sottoinsiemi costituiti, in particolare, da contabilità generale, contabilità analitica, sistema di gestione dei magazzini, sistema di gestione dei cespiti, sistemi di gestione del personale e flussi informativi regionali e nazionali.

Il percorso di budget operativo si sviluppa nelle seguenti fasi:

- Definizione del Regolamento del budget operativo: il Regolamento di budget viene elaborato dalla U.O. Controllo di Gestione, su mandato della Direzione Generale, ed adottato con atto deliberativo;
- Apertura fase di negoziazione: la fase di negoziazione ha inizio con incontri tra la Direzione Generale e Direttori di Dipartimento Ospedaliero, Direttori di Dipartimento Territoriale, Direttori delle Aree di Gestione ed i Direttori/Dirigenti Responsabili delle UU.OO. di Staff. Durante tali incontri la Direzione Generale, con il supporto della U.O. Controllo di Gestione, presenta la proposta di budget operativo sulla base degli indirizzi strategici aziendali, degli obiettivi di mandato e di quelli annuali assegnati dalla Regione, con l'invito ad integrarla eventualmente con obiettivi specifici.
- Fase istruttoria: questa fase si sviluppa inizialmente all'interno di ciascuna Macrostruttura, a cura del Direttore/Dirigente Responsabile, con la finalità di
 - illustrare ai Direttori/Responsabili delle Unità Operative afferenti la proposta della Direzione Generale promuovendo il dibattito e la partecipazione attiva;
 - individuare per ciascuna Unità Operativa, d'intesa con i relativi Responsabili, gli eventuali obiettivi integrativi. Tali obiettivi integrativi devono essere in linea con le 4 prospettive precedentemente indicate e coerenti con gli obiettivi regionali assegnati al Direttore Generale e comunque rientranti nella sostenibilità economica e tecnica dell'Azienda.

I Direttori di Macrostruttura completano le schede di budget con le eventuali proposte di integrazioni scaturite dal confronto e le trasmettono al Controllo di Gestione.

Successivamente il Controllo di Gestione effettua l'analisi delle proposte di budget operativo evidenziandone le eventuali incongruenze con la programmazione aziendale e la sostenibilità economica e tecnica.

- Conclusione della negoziazione e formalizzazione delle schede di budget: la Direzione Generale valuta la proposta di budget operativo pervenuta dalle Macrostrutture, ed in particolare le eventuali integrazioni introdotte, sulla base dell'istruttoria predisposta dal Controllo di Gestione. La negoziazione si conclude, durante uno specifico incontro, con l'intesa tra il Direttore Generale e i Direttori/Dirigenti Responsabili di Macrostruttura e la sottoscrizione del documento di budget operativo (scheda di budget). Copia delle schede sottoscritte viene trasmessa, a cura del Controllo di Gestione, all'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) e ai Direttori/Dirigenti Responsabili di Macrostruttura.
- Formalizzazione del budget operativo delle UU.OO.: il Direttore/Dirigente Responsabile di Macrostruttura formalizza le schede di budget sottoscritte con il Direttore Generale alle UU.OO. afferenti.
- Comunicazione interna della negoziazione dei budget operativi: i Direttori/Dirigenti Responsabili delle Unità Operative hanno il compito di:
 - informare i collaboratori assegnati alla Unità Operativa dell'esito della negoziazione
 - documentare l'avvenuta comunicazione tramite l'invio di verbale al Controllo di

Gestione

- predisporre il relativo Piano Operativo, che illustra, ripartisce ed assegna gli obiettivi di lavoro a tutto il personale della Unità Operativa, sia della dirigenza che del comparto. Tale documento, atto dirigenziale di programmazione annuale, è sottoscritto dal Direttore/Dirigente Responsabile e da tutto il personale assegnato alla U.O. ed inviato al Controllo di Gestione.

La scansione temporale per la negoziazione del budget operativo e la rendicontazione di fine anno del raggiungimento degli obiettivi è quella descritta nel citato Regolamento che prevede, tra l'altro, che i Direttori dei DSS, i Direttori di Area, i Direttori Amministrativi dei Presidi Ospedalieri, i Direttori/Responsabili delle UU.OO. di Staff trasmettano al Controllo di Gestione una relazione sul raggiungimento di ogni singolo obiettivo assegnato con osservazioni in merito all'eventuale mancato raggiungimento degli obiettivi. Il CdG, ricevute le suddette relazioni, predispone gli atti da trasmettere all'O.I.V. per la valutazione di competenza. L'O.I.V. effettua la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati alle Strutture dell'Azienda e la trasmette al Direttore Generale.

Potrà essere prevista una variazione dell'obiettivo/indicatore/target nel corso dell'anno nei seguenti casi:

- osservazioni/indicazioni dell'O.I.V.;
- tempestiva richiesta, opportunamente motivata, di variazione da parte del Direttore/Dirigente Responsabile di Macrostruttura e Ufficio di staff;
- variazioni normative;
- variazioni organizzative aziendali;
- assegnazione di nuovi obiettivi da parte della Regione.

7 Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

7.1 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

Così come previsto dall'art.5, c.1, e dall'art.10, c.1 del D.Lgs.n.150/2009, la pianificazione del ciclo della Performance deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio. Un sistema di obiettivi, infatti, risulta sostenibile solo se è garantita la congruità tra le attività da portare a termine e le risorse effettivamente disponibili.

L'integrazione tra la definizione degli obiettivi generali ed il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio viene assicurata sia dalla coerenza dei contenuti sia dalla coerenza temporale con la quale vengono adottati i relativi atti. In particolare la definizione degli obiettivi generali di budget per l'anno 2020 è stata adottata con D.D.G.n.2370 del 09/12/2019, il Bilancio di Previsione per l'esercizio 2020 e pluriennale di previsione per gli esercizi 2020-2022 è stato adottato con D.D.G.n.2534 del 30/12/2019.

Tale integrazione si riflette anche nella reportistica predisposta per il monitoraggio degli indicatori utilizzati per la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi. La metodologia utilizzata per la determinazione dei report si basa, infatti, sia sui dati forniti dai sistemi informativi economico-finanziari dell'Area Gestione Risorse Finanziarie, dell'Area del Patrimonio e dell'Area del Personale sia sui dati provenienti sistemi informativi destinati alla rilevazione delle prestazioni sanitarie erogate dalle diverse unità operative, consentendo, perciò, un'adeguata valutazione tra grado di raggiungimento dell'obiettivo e risorse impiegate.

Il Bilancio di previsione per l'anno 2020 ed il Bilancio Pluriennale di previsione 2020-2022 sono stati predisposti tenendo conto delle indicazioni contenute nelle direttive nazionali e regionali in materia attualmente vigenti, oltre a tutte le direttive regionali di carattere sanitario, in ossequio all'attuazione dei programmi di riconversione derivanti dai piani operativi.

Il bilancio economico preventivo per l'anno 2020 è stato, inoltre, redatto in ossequio alle principali misure di contenimento e razionalizzazione della spesa pubblica, introdotte nell'ordinamento nel corso degli ultimi anni con riferimento a specifiche tipologie di spesa, applicabili direttamente o indirettamente, in quanto disposizioni di principio ai fini del coordinamento della finanza pubblica, agli enti e alle aziende del sistema sanitario nazionale e regionale.

Di seguito è riportato un riepilogo dei citati vincoli, comportanti riflessi diretti nella gestione amministrativo-contabile dell'Ente, che sono stati rispettati in sede redazione del documento previsionale per gli anni 2020 e seguenti:

- Spese per il personale dipendente
- Spesa farmaceutica
- Spese per organismi collegiali ed altri organismi
- Spese per autovetture
- Spese per studi e incarichi di consulenza
- Spese relazioni pubbl., convegni, pubblicità e di rappresentanza
- Spese per missioni
- Spese per attività di formazione

Particolare attenzione è stata riservata alla spesa farmaceutica soprattutto quella riferita all'acquisto diretto di farmaci. Tale voce di costo potrà essere razionalizzata nel 2020 anche con l'incremento del consumo di farmaci *bio-similari* rispetto a quello di farmaci *originator*. In questa direzione dovranno essere svolte le operazioni di sensibilizzazione sia dei prescrittori interni, direttamente da parte delle strutture

competenti dell'ASL Bari, sia, soprattutto, dei prescrittori esterni, appartenenti alle strutture ospedaliere che insistono sullo stesso territorio di competenza dell'ASL Bari (es.: A.O. Policlinico di Bari, E.E. "Miulli", IRCCS "Giovanni Paolo II"), che dovranno essere coinvolti dalle rispettive Direzioni Strategiche e dalle Strutture di Governo Regionale.

La spesa farmaceutica potrà essere inoltre ridotta con

- l'incremento dell'appropriatezza prescrittiva dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta per mezzo di *audit* su classi terapeutiche specifiche
- la riduzione di spesa per farmaci e dispositivi medici attraverso:
 - la redazione di prontuari di reparto;
 - la riduzione delle giacenze di magazzino;
 - la riduzione delle giacenze di reparto attraverso ispezioni semestrali;
 - la riorganizzazione dei magazzini interaziendali;
 - il monitoraggio delle prescrizioni di farmaci prescritti secondo le modalità dei registri AIFA.

Si fa infine presente che, ulteriori risparmi potranno essere raggiunti con l'espletamento di procedure di gara già avviate dal soggetto aggregatore regionale e dall'Area Patrimonio aziendale e con l'espletamento di attività volte alla rinegoziazione di contratti in essere.

Ai fini della corretta gestione amministrativo-contabile dell'Azienda particolare attenzione viene rivolta al monitoraggio della situazione debitoria per ciascuna Macrostruttura che risulta direttamente collegato al monitoraggio dell'Indice di Tempestività dei Pagamenti. Quest'ultimo, grazie all'incisiva azione della Direzione Strategica Aziendale, è stato abbattuto di oltre l'86% passando dai 70 gg del 2015 ai 9 gg circa del 2019

	2015	2016	2017	2018	2019
I.T.P. (gg.)	70	31	12,7	10	9,47
Scostam. risp. 2015		-55,7%	-81,9%	-85,7%	-86,5%

7.2 Sistema di Valutazione della Performance dei sistemi sanitari regionali

Il progetto Network delle Regioni, progettato dal Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, ha preso il via nel 2008 grazie alla collaborazione di Liguria, Piemonte, Toscana e Umbria. Nell'anno 2010 si sono aggiunte la Provincia Autonoma di Trento, la Provincia Autonoma di Bolzano e la Regione Marche. Tra il 2011 ed il 2014 le regioni Basilicata, Veneto, Emilia Romagna e Friuli Venezia Giulia. Nel 2015 si uniscono anche Calabria, Lombardia, Puglia, Sardegna e Lazio. Queste due ultime regioni, nel 2016, hanno deciso di non fare più parte del Network. L'obiettivo del network è quello di condividere un sistema di valutazione della performance nei sistemi sanitari regionali attraverso il confronto di un set di circa 300 indicatori, per descrivere e analizzare, attraverso un processo di *benchmarking*, le molteplici dimensioni della performance dei sistemi sanitari regionali.

Di seguito è rappresentato il grafico riepilogativo del report riferito all'anno 2018 per la ASL di Bari con gli esiti dei soli indicatori cui sia stata attribuita una valutazione da parte del MeS con un riquadro dedicato al trend 2017-2018.

ASL BARI

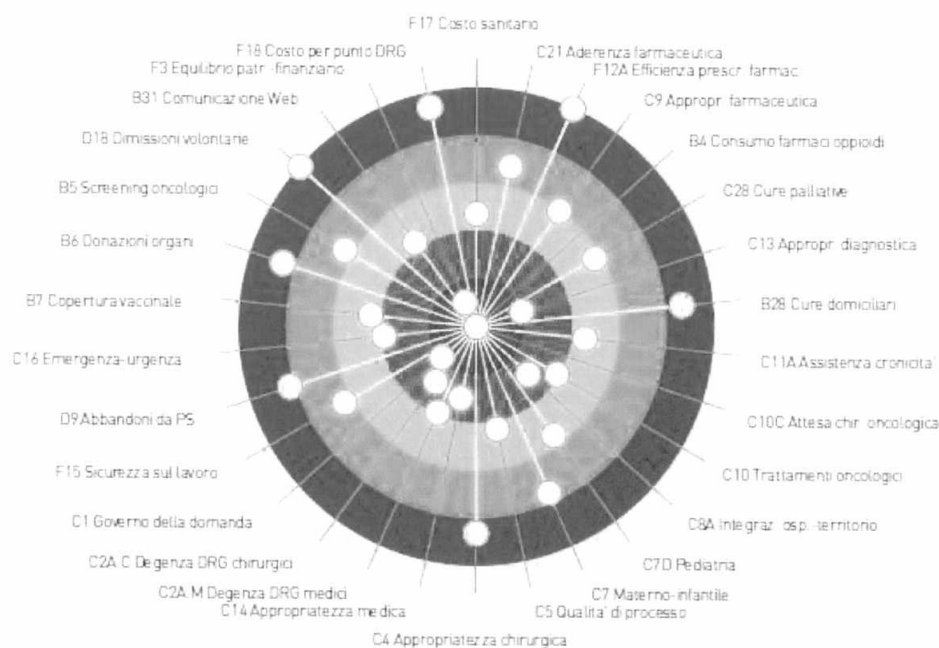
Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)



Andamento indicatori - Trend 2017/2018



Valutazione della performance 2018



7.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

Le azioni per il miglioramento del Ciclo di Gestione delle Performance che l'Azienda ritiene utile porre in essere riguardano, innanzitutto, l'adeguamento a quanto disposto dal Decreto Legislativo n.150/2009 e s.m.i., garantendo, di fatto, che il Sistema di valutazione della performance individuale dell'Azienda sia rivolto in primo luogo allo sviluppo delle competenze e all'orientamento dei comportamenti.

In tal modo il Sistema di valutazione della performance individuale, affiancandosi al Sistema di valutazione organizzativa, consentirà di evidenziare l'apporto del gruppo e/o quello individuale, a seconda delle circostanze specifiche, utile al raggiungimento degli obiettivi di programmazione.

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

- promozione della cultura aziendale sul ciclo della performance organizzativa con particolare riferimento alla partecipazione del personale nella definizione degli obiettivi in un'ottica *bottom-up*;
- promozione della cultura aziendale relativamente alla performance individuale con particolare riferimento al processo di valutazione (gestione dei colloqui di valutazione e del feedback, individuazione di azioni di miglioramento e sviluppo dei collaboratori, gestione del conflitto);
- aggiornamento del sistema di misurazione e valutazione della performance aziendale con revisione della metodologia di valutazione della performance individuale e con il miglioramento dell'integrazione con il ciclo della performance organizzativa.

8 Allegati tecnici

Scheda di budget

ASLBA
 AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI
 OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2020

DIPARTIMENTO
 UNITA' OPERATIVA

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3		M			
2 # 3		M			
3 3		M			
4 4					
4 # 4		M			
5 # 3		M			
6 # 1		A			
7 # 1		A			
2					
8 # 1		B			
2					
9 3		A			
4					

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif. D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25


L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 19/12/2019


DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

Schede di valutazione individuale del personale dell'Area di Comparto

	Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari
<u>SCHEDA DI VALUTAZIONE N. 1 AREA COMPARTO CAT. DA "B" A "DS"</u>	
<u>Anno/sessione di valutazione:</u>	<input style="width: 60%;" type="text"/>
<u>Nome e Cognome:</u>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<u>Matricola:</u>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<u>Profilo professionale:</u>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<u>Macrostruttura:</u>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<u>Struttura di riferimento:</u>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<u>Valutatore:</u>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<p><u>Legenda Valutazione:</u> 1= <i>insoddisfacente</i> 2= <i>da migliorare</i> 3= <i>soddisfacente/adeguato</i> 4= <i>buono</i> 5= <i>ottimo</i></p>	
<u>VALUTAZIONE COMPETENZE E COMPORAMENTI</u>	
1) Contributo ai programmi dell'unità operativa <i>(indica la partecipazione attiva allo sviluppo e il miglioramento della programmazione delle attività dell'unità operativa cui il professionista è assegnato)</i>	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
2) Autonomia e responsabilità <i>(indica il grado di autonomia nel risolvere i possibili problemi della propria area di lavoro e livello di assunzione di responsabilità nel concreto agire nel proprio ruolo)</i>	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
3) Qualità del contributo professionale <i>(indica la qualità delle competenze tecnico specifiche agite per la gestione delle attività di servizio)</i>	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
4) Programmazione attività <i>(indica il grado di programmare ed organizzare in modo appropriato le proprie attività nel rispetto degli impegni assunti)</i>	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
5) Relazione con i colleghi <i>(indica il grado di disponibilità all'ascolto e alla collaborazione nel gruppo di lavoro e il contributo ad un clima positivo dell'unità operativa)</i>	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
6) Orientamento ai bisogni dell'utenza <i>(indica il grado di cortesia, di disponibilità di puntualità, di presenza a disponibilità nelle risposte ai bisogni della utenza)</i>	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
7) Flessibilità <i>(indica il grado di disponibilità rispetto alle richieste della routine lavorativa)</i>	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
8) Sviluppo professionale <i>(indica il grado di partecipazione attiva alla manutenzione ed innovazione delle proprie competenze partecipando alla formazione aziendale)</i>	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
Data _____	Firma Valutatore _____
Firma Valutato _____	

NOTE



Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari

SCHEDA DI VALUTAZIONE N. 2 AREA COMPARTO CAT. "A"

<u>Anno/sessione di valutazione:</u>	<input style="width: 60%;" type="text"/>
<u>Nome e Cognome:</u>	<input style="width: 60%;" type="text"/>
<u>Matricola:</u>	<input style="width: 60%;" type="text"/>
<u>Profilo professionale:</u>	<input style="width: 60%;" type="text"/>
<u>Macrostruttura:</u>	<input style="width: 60%;" type="text"/>
<u>Struttura di riferimento:</u>	<input style="width: 60%;" type="text"/>
<u>Valutatore:</u>	<input style="width: 60%;" type="text"/>

Legenda Valutazione:
 1= insoddisfacente
 2= da migliorare
 3= soddisfacente/adeguato
 4=buono
 5=ottimo

VALUTAZIONE COMPETENZE E COMPORAMENTI

<p>1) Rispetto orario di servizio <i>(è puntuale e rispetta l'orario di servizio)</i></p>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
<p>2) Rapporto con i colleghi e superiori <i>(accetta il confronto con i colleghi e superiori ed è disponibil a modificare i propri comportamenti ed a correggere gli eventuali errori;</i></p>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
<p>3) Orientamento verso l'utente <i>(rispetta i diritti degli utenti, si relaziona in modo educato, gentile e professionale con l'utente è discreto, chiaro e competente nel fornire le indicazioni necessarie)</i></p>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
<p>4) Utilizzo delle risorse materiali e strumentali <i>(utilizza correttamente le risorse materiali e strumentali; è attento alla custodia evita gli sprechi, segnala prontamente le carenze di materiali ed i guasti)</i></p>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
<p>5) Osserva in maniera puntuale i compiti affidati <i>(indica il grado di disponibilità nell'attuare i compiti assegnati)</i></p>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Totale votazione	<input style="width: 80%;" type="text"/>

Data _____	Firma Valutatore _____
Firma Valutato _____	

NOTE

DIRIGENTE NON TITOLARE DI STRUTTURA

**VERIFICA e VALUTAZIONE ANNUALE DI PRIMA ISTANZA
DEI RISULTATI DI GESTIONE e DEI RISULTATI RAGGIUNTI
IN RELAZIONE AGLI OBIETTIVI AFFIDATI.**

COGNOME e NOME

STRUTTURA di APPARTENENZA

DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE nella STRUTTURA

OBIETTIVI ASSEGNATI

DIRIGENTE NON DI STRUTTURA

SEZIONE 1. Analisi della performance gestionale. Qualità e Quantità della prestazione di lavoro.

<p>La valutazione della performance del Dirigente è NEGATIVA perché :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inadeguata. Per accertata noncuranza di capacità e/o di impegno (voto da 1 a 3) • Modesta. Appena rispondente alle aspettative per il soddisfacimento delle attività istituzionali e configurante uno svolgimento minimale dell'incarico affidato. Nel suo complesso insufficiente (voto da 4 a 5) 	
<p>La valutazione della performance del Dirigente è POSITIVA perché :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prodotta con impegno e capacità accettabile e configurante uno svolgimento dell'incarico affidato in linea con le aspettative (voto da 6 a 7) • Considerevole e realizzata svolgendo le funzioni proprie dell'incarico affidato con impegno superiore alle attese e capacità significative (voto da 8 al 9) • Rilevante per le riscontrate ottime capacità ed il dimostrato spiccato impegno nello svolgimento dell'incarico affidato che si configura largamente superiore alle aspettative anche per la spontanea assunzione di prestazioni lavorative supplementari rispetto a quelle proprie (voto 10) 	
VOTAZIONE di VALUTAZIONE	

SEZIONE 2. Risposta al contributo all'assegnazione degli obiettivi nel percorso di budgeting.

<p>La valutazione è NEGATIVA perché il Dirigente non ha raggiunto gli obiettivi assegnati:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non avendo organizzato né pianificato il lavoro (voto da 1 a 3) • Avendo predisposto una insufficiente organizzazione e pianificazione del lavoro (voto da 4 a 5) 	
<p>La valutazione è POSITIVA perché il Dirigente ha contribuito ai risultati in relazione agli obiettivi di struttura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attraverso un soddisfacente percorso lavorativo (voto da 6 a 7) • In maniera largamente considerevole (voto da 8 a 9) • Brillantemente, anche in rapporto agli obiettivi "strategici" assegnati dalla Direzione in via suppletiva (voto 10) 	
VOTAZIONE di VALUTAZIONE	

VOTAZIONE COMPLESSIVA di VALUTAZIONE	
---	--

Data e firma del valutatore di prima istanza

Data

firma

Data e firma del Dirigente valutato

Data

firma

osservazioni del Dirigente valutato :

Data e firma del Dirigente valutato

Data

firma

sul presente documento l'Azienda si riserva ogni diritto

DIRIGENTE TITOLARE DI STRUTTURA

**VERIFICA e VALUTAZIONE ANNUALE DI PRIMA ISTANZA
DEI RISULTATI DI GESTIONE e DEI RISULTATI RAGGIUNTI
IN RELAZIONE AGLI OBIETTIVI AFFIDATI.**

COGNOME e NOME

STRUTTURA di APPARTENENZA

DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE

OBIETTIVI ASSEGNATI; BUDGET DI SPESA; RISORSE, etc.

sul presente documento l'Azienda si riserva ogni diritto

DIRIGENTE DI STRUTTURA

SEZIONE 1. Analisi della performance gestionale. Qualità e Quantità della prestazione di lavoro.

<p>La valutazione della performance del Dirigente è NEGATIVA perché :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inadeguata. Per accertata noncuranza di capacità e/o di impegno (voto da 1 a 3) • Modesta. Appena rispondente alle aspettative per il soddisfacimento delle attività istituzionali e configurante uno svolgimento minimale dell'incarico affidato. Nel suo complesso insufficiente (voto da 4 a 5) 	
<p>La valutazione della performance del Dirigente è POSITIVA perché :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prodotta con impegno e capacità accettabile e configurante uno svolgimento dell'incarico affidato in linea con le aspettative (voto da 6 a 7) • Considerevole e realizzata svolgendo le funzioni proprie dell'incarico affidato con impegno superiore alle attese e capacità significative (voto da 8 al 9) • Rilevante per le riscontrate ottime capacità ed il dimostrato spiccato impegno nello svolgimento dell'incarico affidato che si configura largamente superiore alle aspettative anche per la spontanea assunzione di prestazioni lavorative supplementari rispetto a quelle proprie (voto 10) 	
VOTAZIONE di VALUTAZIONE	

SEZIONE 2. Risposta all'assegnazione degli obiettivi nel percorso di budgeting.

<p>La valutazione è NEGATIVA perché il Dirigente non ha raggiunto gli obiettivi assegnati:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non avendo organizzato né pianificato il lavoro (voto da 1 a 3) • Avendo predisposto una insufficiente organizzazione e pianificazione del lavoro (voto da 4 a 5) 	
<p>La valutazione è POSITIVA perché il Dirigente ha raggiunto gli attesi risultati in relazione agli obiettivi assegnati:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attraverso un soddisfacente percorso lavorativo (voto dal 6 a 7) • In maniera largamente considerevole (voto da 8 a 9) • Brillantemente, anche in rapporto agli obiettivi "strategici" assegnati dalla Direzione in via suppletiva (voto 10) 	
VOTAZIONE di VALUTAZIONE	

sul presente documento l'Azienda si riserva ogni diritto

VOTAZIONE COMPLESSIVA di VALUTAZIONE	
--------------------------------------	--

Data e firma del valutatore di prima istanza

Data

firma

Data e firma del Dirigente valutato

Data

firma

osservazioni del Dirigente valutato :

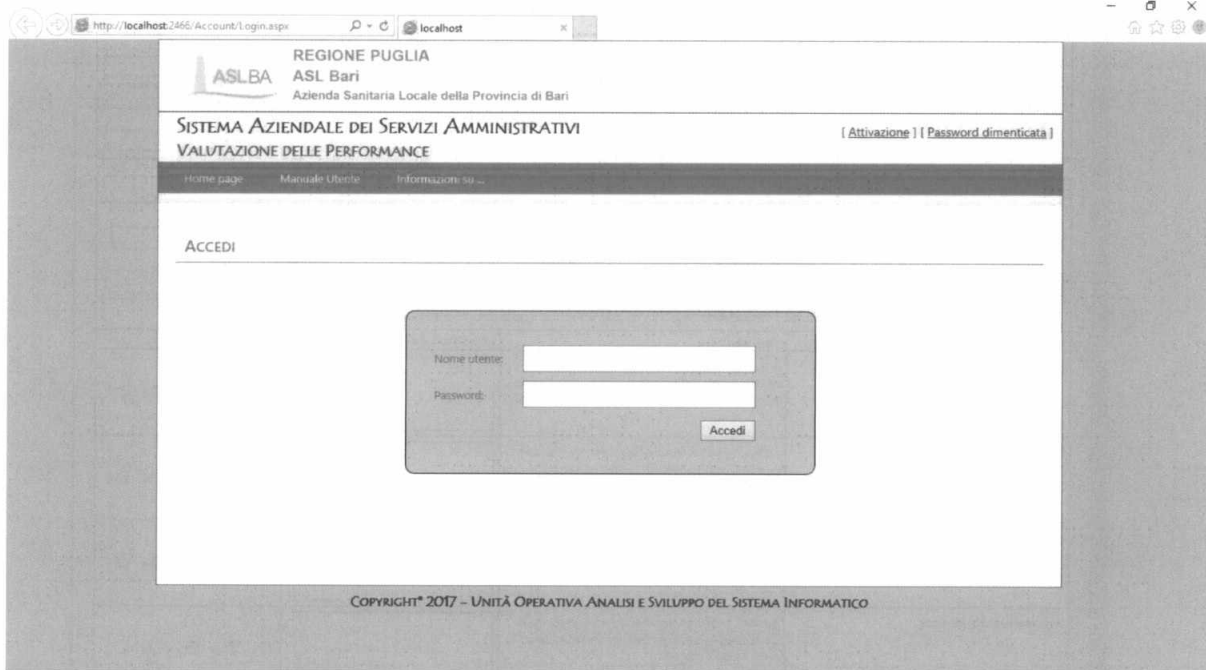
Data e firma del Dirigente valutato

Data

firma

sul presente documento l'Azienda si riserva ogni diritto

Sistema aziendale di valutazione individuale del personale dipendente *web-based*



REGIONE PUGLIA
 ASL Bari
 Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari

SISTEMA AZIENDALE DEI SERVIZI AMMINISTRATIVI
VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE
[Attivazione] [Password dimenticata]

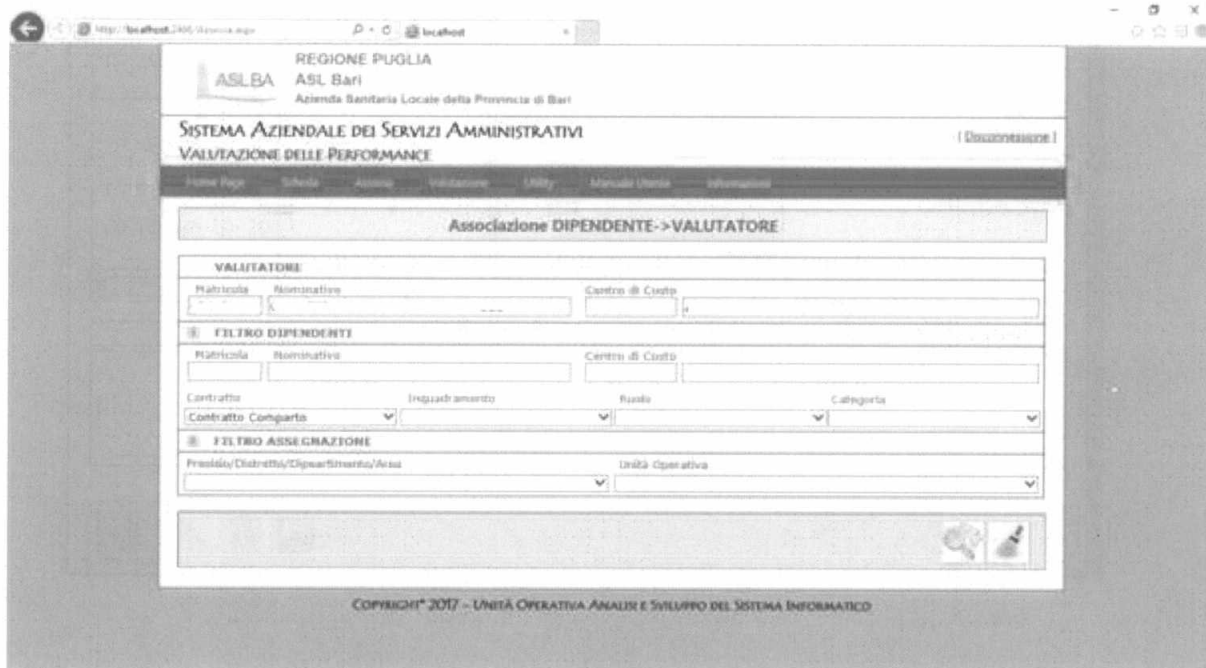
[Home page](#) [Manuale Utente](#) [Informazioni su ...](#)

ACCEDI

Nome utente:

Password:

COPYRIGHT® 2017 - UNITÀ OPERATIVA ANALISI E SVILUPPO DEL SISTEMA INFORMATICO



REGIONE PUGLIA
 ASL Bari
 Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari

SISTEMA AZIENDALE DEI SERVIZI AMMINISTRATIVI
VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE
[Disconnessione]

[Home Page](#) [Schede](#) [Assenza](#) [Valutazione](#) [Utility](#) [Manuale Utente](#) [Informazioni](#)

Associazione DIPENDENTE->VALUTATORE

VALIDATORE

Matricola Nominativo Centro di Costo

FILTRO DIPENDENTI

Matricola Nominativo Centro di Costo





Contratto Inquadramento Ruolo Categoria

Contratto Inquadramento Ruolo Categoria

FILTRO ASSEGNAZIONE

Presidio/Direttrice/Oligospecialistico/Area Unità Operativa

COPYRIGHT® 2017 - UNITÀ OPERATIVA ANALISI E SVILUPPO DEL SISTEMA INFORMATICO

VALUTATORE			
Matricola	Nominativo	Centro di Costo	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DIPENDENTE			
Matricola	Nominativo	Centro di Costo	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
SCHEDE VALUTAZIONE AREA COMPARTO			
Matricola	Cognome	Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Contratto	Inquadramento	Ruolo	Categoria
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Legenda Valutazione: 1-insoddisfacente; 2-da migliorare; 3-soddisfacente/adeguato; 4-buono; 5-ottimo			
Competenza	Indicatore	Specificazioni (opzionale)	Valutazione
Contributo al programma dell'unità operativa	Indica la partecipazione attiva allo sviluppo e al miglioramento della programmazione delle attività dell'unità operativa e il performance e assegnato	<input type="text"/>	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
Autonomia e responsabilità	Indica il grado di autonomia nel risolvere i possibili problemi della propria area di lavoro e livello di assunzione di responsabilità nel concreto agire del proprio ruolo	<input type="text"/>	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
Qualità del contributo professionale	Indica la qualità delle competenze tecnico specifiche agite per la gestione delle attività di servizio	<input type="text"/>	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
Programmazione attività	Indica il grado di programmare ed organizzare in modo appropriato le proprie attività nel rispetto degli impegni assunti	<input type="text"/>	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
Relazione con i colleghi	Indica il grado di disponibilità all'ascolto e alla collaborazione nel gruppo di lavoro e il contributo ad un clima positivo dell'unità operativa	<input type="text"/>	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
Orientamento ai bisogni dell'utente	Indica il grado di cortesia, di disponibilità di puntualità, di presenza e disponibilità nelle risposte ai bisogni dell'utente	<input type="text"/>	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
Flexibilità	Indica il grado di disponibilità rispetto alle richieste della routine lavorativa	<input type="text"/>	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
Sviluppo professionale	Indica il grado di partecipazione attiva alla manutenzione ed innovazione delle proprie competenze partecipando alle formazioni aziendali	<input type="text"/>	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
Legenda Valutazione: 1-insoddisfacente; 2-da migliorare; 3-soddisfacente/adeguato; 4-buono; 5-ottimo			TOTALE <input type="text" value="0"/>
ANNOTAZIONI DEL VALUTATORE			
<input type="text"/>			
   			

SISTEMA AZIENDALE DEI SERVIZI AMMINISTRATIVI
 VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE

[[Disconnessione](#)]

[Home Page](#) [Scheda](#) [Assoda](#) [Valutazione](#) [Utility](#) [Manuale Utente](#) [Informazioni](#)

Valutazione Scheda Dipendente

VALUTATORE

Matricola Nominativo Centro di Costo

FILTRO DIPENDENTI


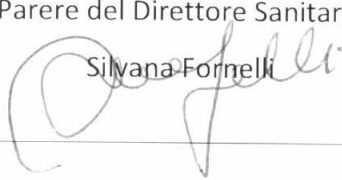
Contratto Inquadramento Ruolo Categoria/Incarico

FILTRO ASSEGNAZIONE

Presidio/Distretto/Dipartimento/Area Unità Operativa Valutazione

Matricola	Nominativo	Centro di Costo	Categoria		Selez.
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Parere del Direttore Amministrativo  Gianluca Capochiani	Parere del Direttore Sanitario  Silvana Fornelli
---	--

Il Segretario



Il Direttore Generale
Antonio SANGUEDOLCE



Area Gestione Risorse Finanziarie	
Esercizio 2020	
La spesa relativa al presente provvedimento è stata registrata sui seguenti conti:	
Conto economico n. _____	per € _____
Conto economico n. _____	per € _____
Conto economico n. _____	per € _____
..... (rigo da utilizzare per indicare finanziamenti a destinazione vincolata)	
Il Funzionario	Il Dirigente dell'Area
.....

SERVIZIO ALBO PRETORIO

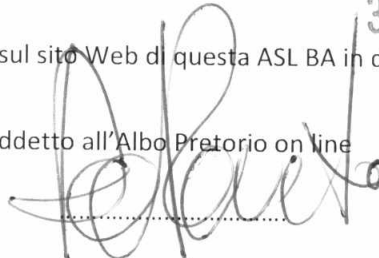
0011

Pubblicazione n.

Si attesta che la presente deliberazione è stata pubblicata sul sito Web di questa ASL BA in data

31 GEN. 2020
Bari:

L'addetto all'Albo Pretorio on line

31 GEN. 2020


Ai sensi della vigente normativa la presente deliberazione con nota n. del
è stata/non è stata trasmessa alla Regione Puglia per gli adempimenti di competenza.