



REGIONE PUGLIA

**AZIENDA SANITARIA LOCALE
DELLA PROVINCIA DI FOGGIA**

PIANO DELLA PERFORMANCE

Anni 2020-2022

Sommario

1	PRESENTAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE	2
1.1	<i>Finalità</i>	2
1.2	<i>Contenuti</i>	3
1.3	<i>Principi di redazione del piano della performance</i>	3
1.4	<i>Riferimenti Normativi</i>	4
2	SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI	6
2.1	<i>Chi siamo</i>	6
2.2	<i>Cosa facciamo</i>	7
2.3	<i>Come operiamo</i>	8
3	IDENTITÀ	10
3.1	L'ASL Foggia "in cifre"	10
3.1.1	<i>Territorio e popolazione</i>	10
3.1.2	<i>Assistenza Ospedaliera</i>	12
3.1.3	<i>Assistenza Distrettuale</i>	18
3.1.4	<i>Prevenzione</i>	26
3.1.5	<i>Dipendenze Patologiche</i>	35
3.1.6	<i>Salute Mentale</i>	38
3.2	<i>Mandato Istituzionale e missione</i>	42
3.3	<i>Albero della performance</i>	42
4	ANALISI DEL CONTESTO	48
4.1	<i>Analisi del contesto esterno</i>	48
4.2	<i>Analisi del contesto interno</i>	52
4.2.1	<i>Modello organizzativo</i>	52
4.2.2	<i>Risorse umane</i>	54
4.2.3	<i>Risorse tecnologiche</i>	57
4.2.4	<i>Quadro economico-finanziario degli anni 2015-2016</i>	58
5	COLLEGAMENTO CON IL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE PER LA CORRUZIONE E LA TRASPARENZA	61
6	DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI	63
7	IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE	66
7.1	<i>Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio</i>	66
7.2	<i>Sistema di Valutazione della Performance dei sistemi sanitari regionali</i>	66
7.3	<i>Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance</i>	67

1 Presentazione del Piano della Performance

1.1 Finalità

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

In particolare, ai sensi dell'art.10 c.1 lett. a D. Lgs 27 ottobre 2009 n. 150, esso costituisce il Documento attraverso il quale, in coerenza con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale e dei vincoli di bilancio, sono definiti gli obiettivi, gli indicatori, i risultati (target) attesi, delle varie articolazioni organizzative dell'ASL Foggia su cui si baserà la misurazione e la valutazione della performance.

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 per poter rendicontare agli *stakeholder* aziendali le modalità di utilizzo delle risorse pubbliche. 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.

Esso, secondo quanto esplicitamente previsto dall'Art. 4 del D.Lgs. descrive il sistema di "Ciclo della Performance" adottato dall'Azienda Sanitaria identificandone gli elementi essenziali mediante:

- ✓ definizione degli obiettivi prefissati per ciascuno dei servizi offerti, coerentemente con il quadro normativo generale e quello particolare di tutela della Salute Pubblica e coerentemente con gli indirizzi stabiliti dal Servizio Sanitario Nazionale e Regionale;
- ✓ esplicitazione della possibilità di conseguire tali obiettivi con le risorse economico-finanziarie assegnate (*sustainability*);
- ✓ descrizione degli indicatori con cui sarà misurato il livello di conseguimento degli obiettivi ed indicazione del valore target affinché la performance possa essere considerata soddisfacente (*accountability*);
- ✓ esposizione delle modalità con cui verranno eseguite le misurazioni degli indicatori con lo scopo, laddove possibile in corso d'esercizio, di introdurre misure correttive (*auditability*);
- ✓ descrizione delle modalità di attuazione del processo di "budgeting", ossia della procedura tecnico-amministrativa con cui gli obiettivi del Piano, previa valutazione il più possibile condivisa, vengono declinati assieme agli indicatori di misurazione degli stessi ed assegnati a ciascuna struttura e, per ciascuna, vengono individuate e garantite le risorse necessarie al loro conseguimento;
- ✓ esposizione del sistema di valutazione del personale dipendente dirigenziale e del comparto, che renda la performance individuale correlabile sia ai livelli di performance conseguiti dalla struttura di appartenenza che alla prestazione e competenza del singolo dipendente.

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

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

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

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

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

1.2 Contenuti

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

Nella prima parte del documento viene riportata la descrizione dell'identità dell'Asl della provincia di Foggia, con l'esplicazione delle informazioni utili ad identificare chi e che cosa fa. Viene descritto, altresì, il contesto esterno ed interno nel quale opera l'Azienda, con particolare riferimento alla struttura dell'offerta e ai livelli assistenziali assicurati alla popolazione di riferimento. Il contesto interno viene rappresentato attraverso la fotografia delle risorse umane ed economiche gestite, la descrizione dell'attuale assetto organizzativo e dei principi di riferimento, e una rendicontazione dell'attività svolta dalle diverse strutture aziendali.

La seconda parte riguarda gli obiettivi strategici per la realizzazione del mandato di Direzione, declinati coerentemente con gli indirizzi di programmazione regionale.

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

1.3 Principi di redazione del piano della performance

Il Piano Triennale della Performance dell'ASL FG è redatto in conformità con le indicazioni del D.lgs. 150/2009 e le indicazioni fornite dall'ANAC con deliberazione n. 112/2010, ispirandosi ai seguenti principi generali:

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

Immediata intellegibilità: al fine di garantire facilità di comprensione agli stakeholders esterni (istituzioni, utenti, cittadini, associazioni di categoria, ecc.) il piano viene proposto in forma schematica, rinviando le parti specifiche agli allegati tecnici, opportunamente richiamati nel testo per garantire rintracciabilità e verificabilità dei contenuti.

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

Partecipazione. Il Piano viene definito attraverso la partecipazione attiva del personale dirigente nonché attraverso l'interazione con gli stakeholders esterni, dei quali vengono individuate, raccolte e recepite aspettative ed attese.

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

Orizzonte pluriennale. L'arco temporale di riferimento del Piano è il triennio, con scomposizione in obiettivi annuali, secondo una logica di scorrimento. La struttura del documento consente il confronto negli anni del Piano con la Relazione sulla Performance di cui all'art. 10 comma 1 lettera b) del D.lgs. 150/2009, che evidenzia a consuntivo e con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali conseguiti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse disponibili, con la rilevazione degli eventuali scostamenti ed il bilancio di genere realizzato.

1.4 Riferimenti Normativi

- Delibera ANAC n. 112/2010 "Struttura e modalità di relazione del Piano della performance";
- Delibera ANAC n. 114/2010 "Indicazioni applicative ai fini della redazione del Sistema di misurazione e valutazione della performance";
- Delibera ANAC n. 1/2012 "Linee guida relative al miglioramento dei Sistemi di misurazione e valutazione della performance e dei Piani della performance";
- Delibera ANAC n. 4/2012 "Linee guida relative alla Relazione degli OIV sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni e sull'Attestazione degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità";
- Delibera ANAC n. 5/2012 "Linee guida ai sensi dell'art.13, comma 6, lettera b), del D.lgs. n. 150/2009, relative alla struttura e alla modalità di redazione della Relazione sulla performance di cui all'art.10, comma 1, lettera b), dello stesso decreto";
- Delibera ANAC n. 6/2012 "Linee guida per la validazione da parte degli OIV della Relazione sulla performance";
- Delibera ANAC n. 23/2013 "Linee guida agli adempimenti di monitoraggio degli OIV e alla Relazione degli OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni";
- Delibera ANAC n. 50/2013 "Linee guida per l'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014-2016";
- D. Lgs. 97/2016 "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche" (FOIA TRASPARENZA, accesso agli atti).
- Regolamento Regionale n. 7 - "Riordino Ospedaliero della Regione Puglia al Sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017. Modifica e Integrazione del R.R. n. 14/2015"
- D.G.R. n. 2198 del 28/12/2016 - Individuazione ed 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;

- DPCM LEA 2017;
- ATTO DI INDIRIZZO PER L'ANNO 2018 del Ministero della Salute;
- Patto per la salute 2014-2016;
- Piano Nazionale Esiti - Edizione 2017;
- DGR n. 2437 del 30.12.2019

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

2.1 Chi siamo

L'Azienda Sanitaria Locale di Foggia è stata istituita con Legge regionale n. 39 del 28/12/2006 ed è nata dalla fusione delle tre preesistenti Aziende Unità Sanitarie Locali della Provincia di Foggia (FG/1, FG/2 e FG/3).

L'ASL di Foggia ha sede legale in Foggia, alla via M. Protano n. 13 c/o la Cittadella dell'Economia, ed è costituita con personalità giuridica pubblica, ai sensi e per effetto di quanto previsto all'art. 3, comma 1-bis del D. L.vo 502/1992 e s.m.i. e svolge le funzioni assegnate di tutela di promozione della salute degli individui e della collettività nel territorio della Provincia di Foggia.

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

Il sito internet istituzionale dell'ASL Foggia è www.aslfg.it con accesso dal Portale Regionale della Salute della Regione Puglia www.sanita.puglia.it

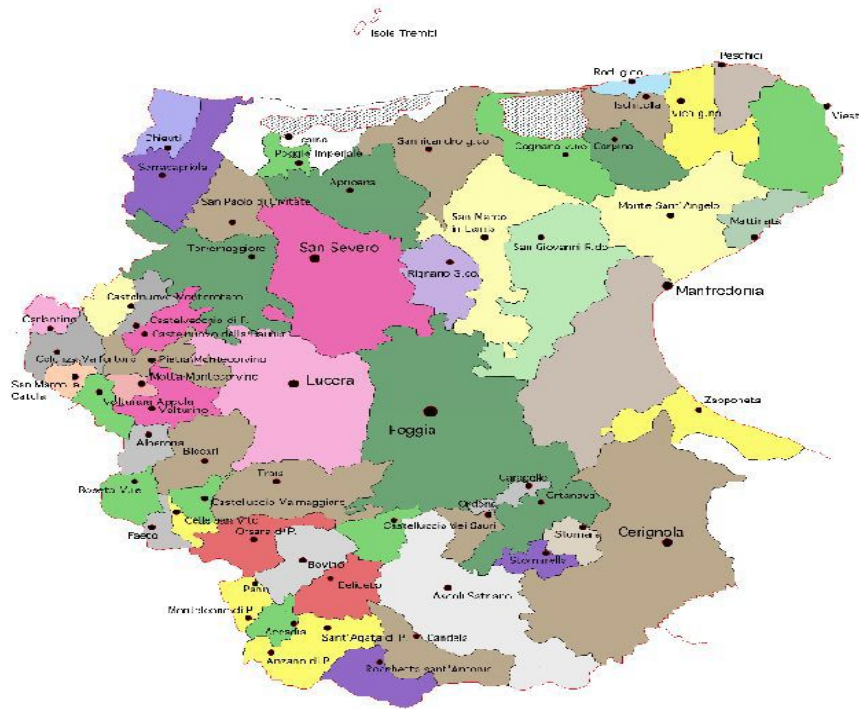
Il patrimonio dell'ASL FG è quello risultante dallo stato patrimoniale allegato al bilancio di esercizio e, comunque, ai sensi della legge regionale n. 39 del 28/12/2006 e del regolamento n. 9 del 30/3/2007, a decorrere dal 1° gennaio 2007, l'azienda è subentrata a pieno diritto in tutto il patrimonio attivo e passivo delle disciolte AA.UU.SS.LL. preesistenti sul territorio nella provincia di Foggia. Il patrimonio, pertanto, è costituito da tutti i beni mobili e immobili come si evince dallo stato patrimoniale dell'atto di fusione e da tutti i beni a qualunque titolo acquisiti nell'esercizio delle proprie attività, ovvero a seguito di atti di liberalità.

L'articolazione di base dell'Azienda rispetta l'assetto organizzativo voluto dalla Regione Puglia, finalizzato a garantire il soddisfacimento dei bisogni sanitari in materia di:

- prevenzione
- assistenza territoriale
- assistenza ospedaliera

secondo un modello a rete aziendale che si raccorda con quello regionale, al fine di perseguire l'obiettivo della continuità dell'assistenza e quello dell'integrazione tra ospedale e territorio.

In particolare, la ASL FG si articola in otto Distretti, tre Presidi Ospedalieri, Dipartimenti strutturali e Aree di gestione amministrativa, in aderenza all'assetto strutturale sancito dai Piani di Riordino Ospedaliero, dalla Legge Regionale del 28 dicembre 1994 n. 36, dal regolamento regionale del 28/11/2005 n. 27, dalla L.R. del 3 agosto 2006 n. 25, dalla L.R. del 9 agosto 2006 n. 26, dal R.R. del 18 aprile 2011 n. 6, dalla DGR del 27.12.2012 n. 3008, dalla D.G.R. del 4 luglio 2014 n. 1403, dalla D.G.R. del 6 maggio 2015 n. 930, dal R.R. del 4 giugno 2015 n. 4, dalla DGR del 29.02.2016 n. 161, dal R.R. n. 7 del 10/3/2017, come modificato dal R.R. n. 3 del 19/2/2018, con il quale è stata integralmente ridefinita la rete ospedaliera della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016 e 2017 e dalla DGR 1195 del 03/07/2019 e R.R. n 23 del 22/11/2019.



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

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.

La *Missione* dell’ASL di Foggia può riassumersi nell’impegno a soddisfare la domanda di salute, in termini sanitari e socio-assistenziali, espressa da tutti i componenti delle comunità che risiedono nel territorio di riferimento e per quanti altri ne richiedono i servizi. Gli interventi di tipo sanitario e socio-assistenziale sono assicurati attraverso prestazioni appropriate, personalizzate, essenziali, efficaci, accessibili, orientate all’innovazione e alla ricerca delle soluzioni scientifiche più avanzate, perseguendo sempre la sostenibilità economica ed evitando la ridondanza.

L’azienda è impegnata, inoltre, nel garantire la partecipazione e la trasparenza delle decisioni che assume, attraverso il contributo del personale che opera nelle proprie strutture e il coinvolgimento dei cittadini che ne usufruiscono.

La *Visione* strategica dell'azienda è improntata alla ricerca del miglioramento continuo della propria offerta di salute e al rispetto dei bisogni delle persone; si basa su azioni orientate al consolidamento di una struttura organizzativa capace di garantire:

- Efficienza;
- Efficacia;
- Economicità;
- Accessibilità;
- Qualità.

Il contesto organizzato di gestione delle risorse disponibili è improntato alla ricerca di un clima organizzativo favorevole tale da motivare, responsabilizzare e coinvolgere tutti gli operatori al perseguimento degli obiettivi aziendali.

L'azienda definisce il proprio assetto organizzativo e le modalità di funzionamento più appropriate e compatibili con le direttive dello Stato e della Regione, in relazione soprattutto agli obiettivi clinico-assistenziali ed economico-finanziari individuate. In particolare, il ruolo dell'azienda, in quanto parte del più ampio contesto sanitario nazionale e regionale, è definito non solo dalla erogazione dei servizi, ma anche dalla determinazione a "promuovere salute tramite politiche improntate alla prevenzione" attraverso anche il miglioramento della qualità degli stili di vita e l'innovazione dei percorsi diagnostico-terapeutici.

L'ASL FG svolge una funzione di governo e coordinamento complessivo delle prestazioni sanitarie erogate, in forma diretta e anche attraverso la committenza verso soggetti pubblici e privati accreditati, a garanzia della coerenza tra bisogni della popolazione assistibile e fornitura dei servizi.

2.3 Come operiamo

Il processo di riforma che ha investito il Servizio Sanitario Nazionale ha determinato importanti trasformazioni nell'assetto organizzativo delle Aziende Sanitarie e nel loro funzionamento. Una trasformazione che ha sollecitato anche nuovi comportamenti professionali e culturali in modo da garantire alcuni principi fondamentali.

Conferire dignità e valore alla persona significa porla in cima ad ogni comportamento dell'agire quotidiano di quanti lavorano nell'organizzazione sanitaria, con l'assoluta consapevolezza che il miglioramento della qualità tecnica delle prestazioni è inscindibile dal miglioramento della qualità del rapporto con i cittadini.

Si va delineando, in questo modo, un Servizio Sanitario Pubblico più attento alla Persona perché afferma, o riafferma, valori fondamentali quali l'equità, la solidarietà e il rispetto della dignità umana, ricollocando al centro del sistema il fruitore potenziale dei servizi, che diventa determinante nelle scelte, perché in grado di incidere sulla qualità e sul funzionamento dell'organizzazione.

Il "**modello di protezione sociale e sanitaria a rete**" si fonda su alcuni assunti di base che hanno ispirato la ASL di FG nel costruire un "sistema organizzato di competenze, tecnologie e strutture" che risponde ai seguenti principi cardine:

- ✓ Unico: omogeneo per efficacia, efficienza ed economicità su tutto il territorio di riferimento
- ✓ Pubblico: orientato all'autosufficienza e alla produzione diretta dei servizi e delle prestazioni in modo da evitare, quando non strettamente necessaria, la cosiddetta "Mobilità Passiva" e l'"esternalizzazione"
- ✓ Universalistico: capace di soddisfare tutta la domanda di salute
- ✓ Solidario: accessibile a tutte le persone al di là del reddito, della cultura e della razza
- ✓ Sostenibile: monitorato, valutato, controllato per qualità, quantità e sostenibilità economica.

L'Azienda, in linea con quanto previsto dalla vigente normativa, dà attuazione al principio di separazione tra le funzioni di programmazione, indirizzo e controllo, proprie della Direzione Strategica, e le funzioni di gestione, attribuite alla Dirigenza. Attua, inoltre, le logiche gestionali della delega e della responsabilità diffusa attraverso la precisa e puntuale determinazione delle competenze e responsabilità della Direzione Strategica, dei Dirigenti e di tutti gli operatori coinvolti a vario titolo nei livelli operativi dell'organizzazione, in modo da responsabilizzare, valorizzare e coinvolgere tutte le risorse professionali disponibili.

Le funzioni e i compiti previsti ai vari livelli operativi sono oggetto di adeguata definizione attraverso atti di organizzazione (regolamenti interni di funzionamento), ove non espressamente normati dall'Atto Aziendale, che definiscono gli ambiti di autonomia e responsabilità nella gestione tecnico professionale, amministrativa e finanziaria del settore di competenza, compresa la facoltà di adottare atti di rilevanza esterna, quando l'incarico lo prevede.

L'Azienda, con atto separato, individua funzione ed ambiti di responsabilità di ogni posizione organizzativa, dirigenziale e non, e articola un sistema permanente di valutazione, verifica e monitoraggio delle attività e delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie, tecniche ed amministrative, in linea con quanto previsto dalla vigente normativa legislativa e contrattuale.

Coerentemente con quanto già espresso, la gestione dell'Azienda è improntata alla programmazione annuale, sulla base delle linee del Piano Sanitario Regionale e della Pianificazione Strategica (Piano Attuativo Locale).

La Programmazione è negoziata e valorizzata attraverso il contributo della Conferenza Sanitaria Territoriale cui, di norma, sono attribuiti compiti di indirizzo, proposta, gestione attiva, vigilanza e verifica dei risultati, attraverso processi decisionali che incidono sulla programmazione delle attività aziendali.

L'Azienda, per espletare la propria funzione di committenza, riceve i finanziamenti necessari proporzionalmente ai livelli di assistenza programmati e alla stima dei relativi costi.

Lo strumento principale adottato per il processo di direzione, programmazione e controllo è rappresentato dalla metodologia di budget, che non coincide solo con lo strumento del budget: l'obiettivo è di rendere espliciti gli obiettivi e gli orientamenti della Direzione Strategica e di costruire un sistema di indicatori per "misurare" i risultati raggiunti in rapporto alle risorse assegnate e impiegate e di definire le responsabilità direzionali e operative a tutti i livelli.

Le finalità dell'Azienda vengono perseguite agendo attraverso atti di diritto privato o le forme tipiche del procedimento amministrativo, quando la legge prevede espressamente poteri pubblicistici.

3 L'Identità

3.1 L'Asl Foggia "in cifre"

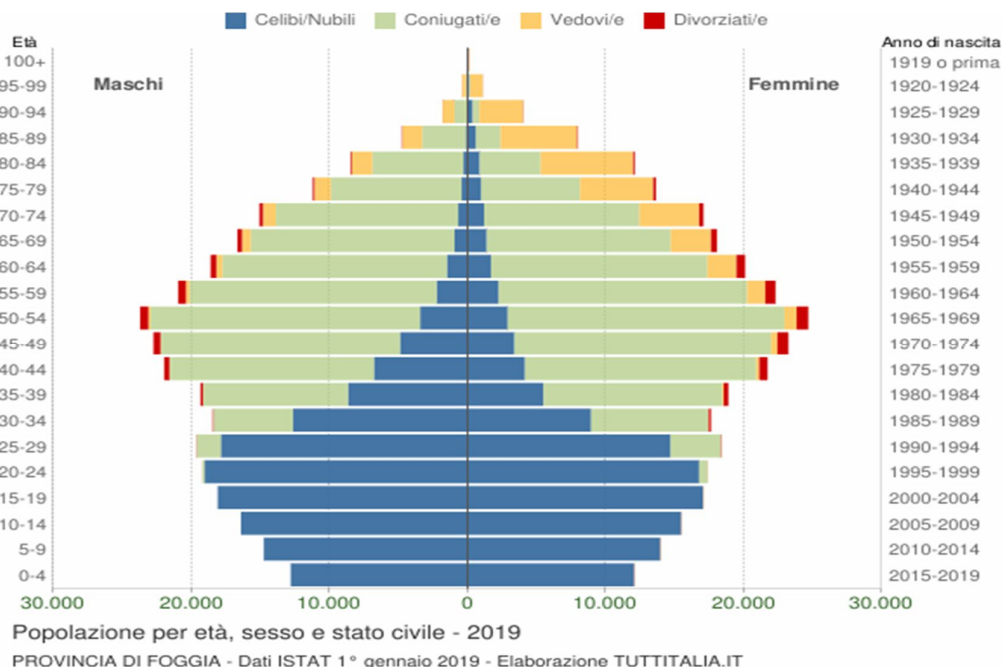
3.1.1 Territorio e popolazione

La ASL Foggia opera su un territorio di 7.007,54 Km², coincidente con la provincia di Foggia, su cui risiedono complessivamente n.622.183 abitanti, con una densità pari a n. 88,79 abitanti per Km², distribuiti in 61 comuni a loro volta suddivisi in n. 8 Distretti Socio Sanitari.

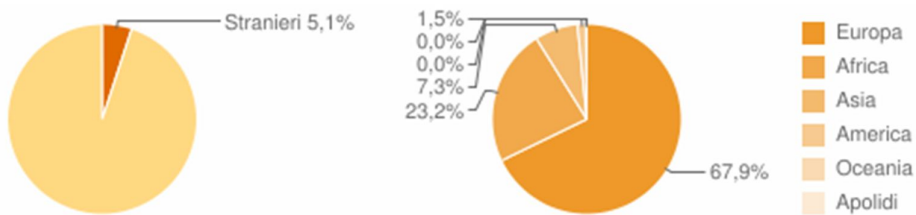
La distribuzione della popolazione per fasce di età al 01/01/2019 è la seguente : (Fonte ISTAT)

Distribuzione della popolazione 2019 - Provincia di Foggia

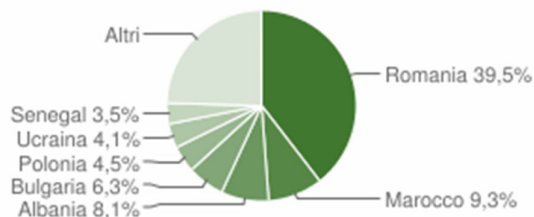
<i>Età</i>	<i>Maschi</i>	<i>Femmine</i>	<i>Totale</i>	<i>%</i>
0-4	12.811	12.065	24.876	4,00%
5-9	14.762	13.952	28.714	4,60%
10-14	16.414	15.470	31.884	5,10%
15-19	18.109	17.058	35.167	5,70%
20-24	19.205	17.381	36.586	5,90%
25-29	19.632	18.399	38.031	6,10%
30-34	18.460	17.614	36.074	5,80%
35-39	19.330	18.892	38.222	6,10%
40-44	21.971	21.728	43.699	7,00%
45-49	22.764	23.247	46.011	7,40%
50-54	23.722	24.667	48.389	7,80%
55-59	20.967	22.293	43.260	7,00%
60-64	18.610	20.095	38.705	6,20%
65-69	16.674	18.045	34.719	5,60%
70-74	15.072	17.094	32.166	5,20%
75-79	11.209	13.638	24.847	4,00%
80-84	8.469	12.109	20.578	3,30%
85-89	4.745	8.003	12.748	2,00%
90-94	1.816	4.042	5.858	0,90%
95-99	396	1.105	1.501	0,20%
100+	32	116	148	0,00%
Totale	305.170	317.013	622.183	100,00%



Gli stranieri residenti nella Provincia di Foggia al 01/01/2019 sono n. 31.709 e rappresentano il 5,1% della popolazione residente complessiva.



La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla Romania con il 39,3% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dal Marocco (9,3%) e dall'Albania (8,1%).



3.1.2 Assistenza Ospedaliera

L'Assistenza ospedaliera è garantita attraverso n. 3 presidi pubblici a gestione diretta e n. 5 Case di Cura convenzionate (private accreditate); nel territorio della provincia di Foggia insistono inoltre n. 1 IRCCS Ecclesiastico classificato come Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e l'Azienda Ospedaliera Universitaria "Ospedali Riuniti".

I posti letto funzionanti delle strutture a gestione diretta sono pari a n. 466 così suddivisi:

Presidio a gestione diretta	P.L. ordinari	Day hospital + Day surgery	Totale
P.O. "G. Tatarella" Cerignola	160	14	174
P.O. "San Camillo de Lellis" Manfredonia	107	7	114
P.O. "T. Maselli Mascia"- San Severo-Lucera	168	10	178
Totale	435	31	466

I posti letto delle Case di Cura convenzionate sono pari a n. 318 così suddivisi:

Case di cura Private Accreditate	P.L.
Villa Igea Brodetti	53
Casa di Cura Villa Serena e Nuova San Francesco	103
Casa di Cura Leonardo De Luca	51
Casa di Cura Santa Maria Bambina	80
Casa di Cura San Michele	31
Totale	318

La rete ospedaliera, pubblica e privata accreditata, garantisce la diagnosi, cura e *follow up* delle malattie in regime d'urgenza 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.

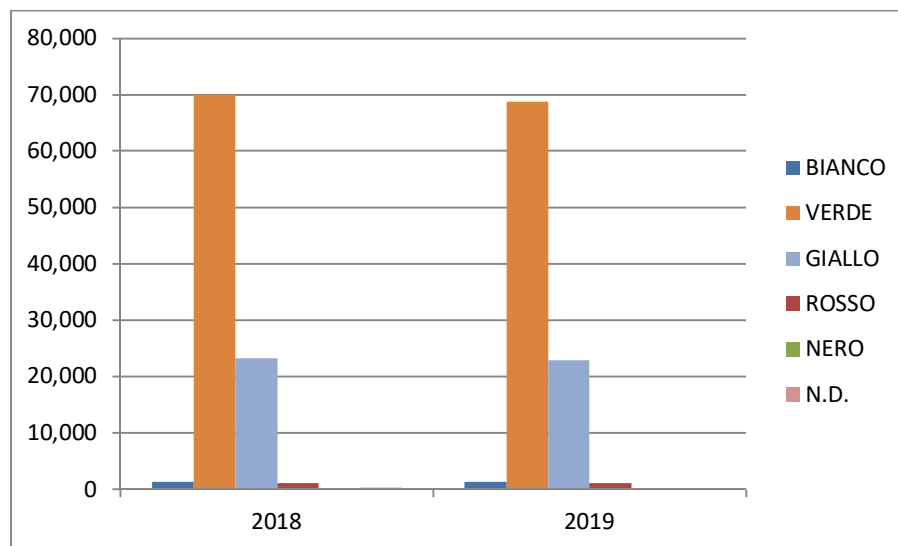
Di seguito sono riportati alcuni dei dati principali riferiti alla attività assistenziale erogata

Numero accessi in Pronto Soccorso degli Ospedali a gestione diretta anni 2018/19

OSPEDALE	2018	2019
P.O. "G. Tatarella" Cerignola	35.309	35.296
P.O. "San Camillo de Lellis" Manfredonia	21.770	20.844
P.O. "T. Maselli Mascia"- San Severo	27.414	26.990
Plesso Lucera	11.449	10.979
Totale	95.942	94.109

Numero accessi in Pronto Soccorso per codice di triage degli Ospedali a gestione diretta anni 2018/19

Codice	2018		2019	
	N.	%	N.	%
BIANCO	1.348	1,41	1.325	1,41%
VERDE	69.957	72,92	68.777	73,08%
GIALLO	23.216	24,20	22.886	24,32%
ROSSO	1.144	1,19	1.061	1,13%
NERO	30	0,03	41	0,04%
N.D.	247	0,26	19	0,02%
TOTALE	95.942	100%	94.109	100%



Il numero di accessi in P.S. negli Ospedali a gestione diretta è rimasto pressoché costante negli ultimi due anni. Si può comunque rilevare un lieve miglioramento nell'appropriatezza nel ricorso all'assistenza in P.S. ed una progressiva riduzione della percentuale di codici bianchi, verdi, gialli e rossi.

Nelle successive tabelle sono riportati alcuni indicatori di attività.

Per quanto riguarda l'attività prodotta dai Presidi ospedalieri pubblici a gestione diretta dell'ASL FG, si registra che nel 2019 sono stati effettuati n. 18.029 ricoveri in regime ordinario, pari al 4,95% in meno rispetto al 2018, e n. 1.697 day-hospital, circa l'1% in meno rispetto all'anno precedente. Sulla riduzione dei ricoveri, hanno inciso le attività di revisione dei setting assistenziali, l'introduzione di nuovi pacchetti di prestazioni specialistiche ambulatoriali (day-service), l'incremento del filtro in Pronto Soccorso con avvio dell'OBI, il potenziamento dell'Assistenza domiciliare, la scelta di specifici indicatori nella contrattazione di budget condotta con i Direttori dei reparti ospedalieri. Tuttavia in alcuni casi, la riduzione dell'attività ospedaliera potrebbe essere legata anche alla diminuzione di "attrattività" connessa al processo di ridimensionamento dei presidi ospedaliero in atto.

Produzione Ospedaliera dell'ASL FG (Strutture Pubbliche)
Dimessi suddivisi per ospedale di ricovero e regime di ricovero, anno 2018 vs 2019

	DEGENZA ORDINARIA					
	Anno 2018			Anno 2019		
	Dimessi	Degenza media	Peso medio	Dimessi	Degenza media	Peso medio
Presidio Ospedaliero						
Cerignola	7.292	4,9	0,91	6.888	5,0	0,93
Manfredonia	2.948	7,2	0,92	2.893	7,8	0,91
San Severo-Lucera	8.728	6,8	0,93	8.248	6,9	0,92
Asl Foggia	18.968	6,1	0,92	18.029	6,3	0,92

	DEGENZA DH/DS			
	Anno 2018		Anno 2019	
	Dimessi	Peso medio	Dimessi	Peso medio
Presidio Ospedaliero				
Cerignola	407	1,06	319	1,07
Manfredonia	502	0,73	476	0,75
San Severo-Lucera	805	0,68	902	0,67
Asl Foggia	1714	0,79	1697	0,77

* Dati non consolidati

Complessivamente l'attività erogata nei presidi ospedalieri dell'ASL FG presenta una degenza media in regime ordinario pari a 6,3 giorni, in linea rispetto al 2018 (6,1 giorni) e con dinamiche differenti fra i tre presidi. Per quanto riguarda la casistica chirurgica (che rappresenta il 26,3% del totale dell'attività erogata), questa rimane più o meno costante rispetto all'anno precedente. Sono percentuali ancora estremamente basse che evidenziano difficoltà legate sia ad una bassa capacità attrattiva, sia al numero esiguo di sedute operatorie messe a disposizione dei reparti chirurgici per la scarsità di Medici Anestesisti-Rianimatori.

Produzione Ospedaliera dell'ASL FG (Strutture Pubbliche):
Dimessi suddivisi per ambito di ricovero, regime di ricovero, tipo DRG - Anno 2018 vs 2019

	DEGENZA ORDINARIA							
	Anno 2018				Anno 2019			
	DRG Chirurgico		DRG Medico		DRG Chirurgico		DRG Medico	
Presidio Ospedaliero	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Cerignola	2.281	31,3	5.011	68,7	2.151	31,5	4.671	68,5
Manfredonia	625	21,2	2.323	78,8	613	21,6	2.222	78,4
San Severo-Lucera	1.970	22,6	6.740	77,4	1.839	22,8	6.238	77,2
Asl Foggia	4.876	31,3	14.074	74,3	4.603	31,5	13.131	74,0

	DEGENZA DH/DS							
	Anno 2018				Anno 2019			
	DRG Chirurgico		DRG Medico		DRG Chirurgico		DRG Medico	
Presidio Ospedaliero	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Cerignola	174	43,0	231	57,0	112	47,1	126	52,9
Manfredonia	85	16,9	417	83,1	103	24,9	311	75,1
San Severo-Lucera	223	27,8	578	72,2	231	28,0	595	72,0
Asl Foggia	482	28,2	1.226	71,8	446	30,2	1.032	69,8

	DEGENZA ORDINARIA + DH/DS							
	Anno 2018				Anno 2019			
	DRG Chirurgico		DRG Medico		DRG Chirurgico		DRG Medico	
Presidio Ospedaliero	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Cerignola	2.455	31,9	5.242	68,1	2.263	32,1	4.797	67,9
Manfredonia	710	20,6	2.740	79,4	716	22,0	2.533	78,0
San Severo-Lucera	2.193	23,1	7.318	76,9	2.070	23,3	6.833	76,7
Asl Foggia	5.358	25,9	15.300	74,1	5.049	26,3	14.163	73,7

* Dati non consolidati

Dal complesso dei ricoveri effettuati, si rileva che la mobilità attiva extra-regionale è in diminuzione rispetto al 2018 ed è pari al 4,5% :

Produzione Ospedaliera dell'ASL FG (Strutture Pubbliche):

Presidio Ospedaliero	Ricoveri ordinari anno 2018 x residenza			
	Puglia	Altre Regioni	Eestero	Totale
Cerignola	6.836	307	149	7.292
Manfredonia	2.839	59	50	2.948
San Severo	8.242	223	245	8.710
Asl Foggia	17.917	589	444	18.950

Presidio Ospedaliero	Ricoveri ordinari anno 2019 x residenza			
	Puglia	Altre Regioni	Eestero	Totale
Cerignola	6.481	234	107	6.822
Manfredonia	2.756	59	20	2.835
San Severo	7.682	194	201	8.077
Asl Foggia	16.919	487	328	17.734

Presidio Ospedaliero	Ricoveri DH/DS anno 2018 x residenza			
	Puglia	Altre Regioni	Eestero	Totale
Cerignola	388	16	1	405
Manfredonia	480	18	4	502
San Severo	778	19	4	801
Asl Foggia	1.646	53	9	1.708

Presidio Ospedaliero	Ricoveri DH/DS anno 2019 x residenza			
	Puglia	Altre Regioni	Eestero	Totale
Cerignola	228	8	2	238
Manfredonia	395	17	2	414
San Severo	806	17	3	826
Asl Foggia	1.429	42	7	1.478

Presidio Ospedaliero	Ricoveri Ordinari + DH/DS anno 2018 x residenza			
	Puglia	Altre Regioni	Eestero	Totale
Cerignola	7.224	323	150	7.697
Manfredonia	3.319	77	54	3.450
San Severo	9.020	242	249	9.511
Asl Foggia	19.563	642	453	20.658

Presidio Ospedaliero	Ricoveri Ordinari + DH/DS anno 2019 x residenza			
	Puglia	Altre Regioni	Eestero	Totale
Cerignola	6.709	242	109	7.060
Manfredonia	3.151	76	22	3.249
San Severo	8.488	211	204	8.903
Asl Foggia	18.348	529	335	19.212

* Dati non consolidati

Di seguito, si riporta il complesso dei ricoveri effettuati negli anni 2018 e 2019 in regime di ricovero ordinario e day-hospital, suddivisi per disciplina di dimissione:

**Produzione Ospedaliera dell'ASL FG in regime ordinario (Strutture Pubbliche):
Dimessi suddivisi per Disciplina di Dimissione, ambito di ricovero - Anno 2018 vs 2019**

Disciplina di dimissione	DEGENZA ORDINARIA							
	Anno 2018				Anno 2019			
	Cerignola	San Severo/ Lucera	Manfredonia	ASL FG	Cerignola	San Severo/ Lucera	Manfredonia	ASL FG
8 CARDIOLOGIA	316	921	618	1.855	367	887	655	1.909
9 CHIRURGIA GENERALE	861	1.189	637	2.687	827	996	651	2.474
26 MEDICINA GENERALE	1.050	1.618	751	3.419	920	1.446	776	3.142
29 NEFROLOGIA E DIALISI	322	227		549	312	193		505
31 NIDO	526	284		810	516	290		806
34 OFTALMOLOGIA	158			158	64			64
36 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	163	628	214	1.005	156	500	227	883
37 GINECOLOGIA ED OSTETRICIA	1.449	1.367		2.816	1.212	1.479		2.691
38 OTORINOLARINGOIATRIA	464			464	431			431
39 PEDIATRIA	1.069	857		1.926	1.110	853		1.963
40 PSICHIATRIA		689	367	1.056		526	352	878
43 UROLOGIA	498			498	529			529
49 ANESTESIA E RIANIMAZIONE	88	87		175	61	85		146
50 UTIC	240	263		503	274	293		567
56 RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA		15		15		15		15
56 RIABILITAZIONE RESPIRATORIA		21		21		30		30
58 GASTROENTEROLOGIA			311	311			139	139
60 LUNGODEGENZA	88	155	50	293	109	177	93	379
68 PNEUMOLOGIA		407		407		478		478
TOTALE	7.292	8.728	2.948	18.968	6.888	8.248	2.893	18.029

**Produzione Ospedaliera dell'ASL FG in day-hospital (Strutture Pubbliche):
Dimessi suddivisi per Disciplina di Dimissione, ambito di ricovero - Anno 2018 vs 2019**

Disciplina di dimissione	DAY HOSPITAL/DAY SURGERY							
	Anno 2018				Anno 2019			
	Cerignola	San Severo	Manfredonia	ASL FG	Cerignola	San Severo	Manfredonia	ASL FG
8 CARDIOLOGIA		286		286		278		278
9 CHIRURGIA GENERALE	17	317	96	430	28	429	115	572
26 MEDICINA GENERALE	7		9	16	3		1	4
29 NEFROLOGIA E DIALISI	1			1				0
31 NIDO				0				0
34 OFTALMOLOGIA				0				0
36 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		31		31		31		31
37 GINECOLOGIA ED OSTETRICIA				0				0
38 OTORINOLARINGOIATRIA	99			99	75			75
39 PEDIATRIA	101	53		154	73	64		137
40 PSICHIATRIA		118	315	433		100	313	413
43 UROLOGIA	182			182	140			140
49 RIANIMAZIONE				0				0
50 UTIC				0				0
56 RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA				0				0
56 RIABILITAZIONE RESPIRATORIA				0				0
58 GASTROENTEROLOGIA			82	82			47	47
60 LUNGODEGENZA				0				0
68 PNEUMOLOGIA				0				0
TOTALE	407	805	502	1.714	319	902	476	1.697

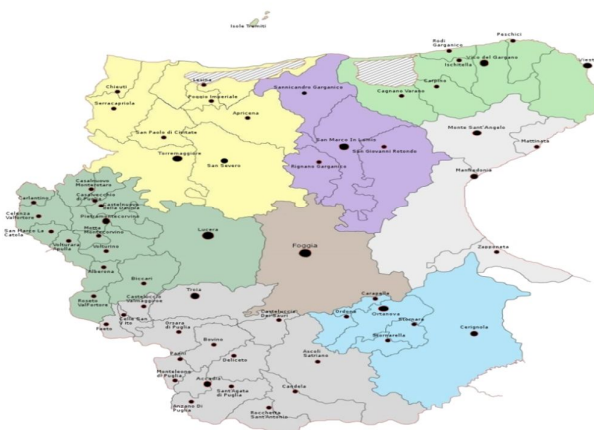
* Dati non consolidati

In valore assoluto, l'attività di day hospital e day surgery registra negli anno 2018/2019 una riduzione di n. 17 prestazioni.

Disciplina di dimissione		DEGENZA ORDINARIA + DH/DS							
		Anno 2018				Anno 2019			
		Cerignola	San Severo Lucera	Manfredonia	ASL FG	Cerignola	San Severo Lucera	Manfredonia	ASL FG
8	CARDIOLOGIA	316	1.207	618	2.141	367	1.165	655	2.187
9	CHIRURGIA GENERALE	878	1.506	733	3.117	855	1.425	766	3.046
26	MEDICINA GENERALE	1.057	1.618	760	3.435	923	1.446	777	3.146
29	NEFROLOGIA E DIALISI	323	227		550	312	193	0	505
31	NIDO	526	284		810	516	290	0	806
34	OFTALMOLOGIA	158			158	64	0	0	64
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	163	659	214	1.036	156	531	227	914
37	GINECOLOGIA ED OSTETRICIA	1.449	1.367		2.816	1.212	1.479	0	2.691
38	OTORINOLARINGOIATRIA	563			563	506	0	0	506
39	PEDIATRIA	1.170	910		2.080	1.183	917	0	2.100
40	PSICHIATRIA		807	682	1.489	0	626	665	1.291
43	UROLOGIA	680			680	669	0	0	669
49	RIANIMAZIONE	88	87		175	61	85	0	146
50	UTIC	240	263		503	274	293	0	567
56	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA		15		15	0	15	0	15
56	RIABILITAZIONE RESPIRATORIA		21		21	0	30	0	30
58	GASTROENTEROLOGIA			393	393	0	0	186	186
60	LUNGODEGENZA	88	155	50	293	109	177	93	379
68	PNEUMOLOGIA		407		407	0	478	0	478
	TOTALE	7.699	9.533	3.450	20.682	7.207	9.150	3.369	19.726

* Dati non consolidati

3.1.3 Assistenza Distrettuale



L'assistenza Distrettuale dell'ASL Foggia viene assicurata da n. 8 Distretti Socio Sanitari nei quali si suddividono n.61 Comuni secondo la rappresentazione grafica e tabellare che di seguito si riporta.

DISTRETTI SOCIO SANITARI	COMUNI AFERENTI
DSS FOGGIA	FOGGIA
DSS SAN SEVERO	SAN SEVERO, TORREMAGGIORE, S. PAOLO CIVITATE, SERRACAPRIOLA, CHIEUTI, LESINA, POGGIO IMPERIALE, APRICENA
DSS CERIGNOLA	CERIGNOLA, ORTA NOVA, STORNARA, STORNARELLA, ORDONA, CARAPELLE
DSS MANFREDONIA	MANFREDONIA, MONTE S. ANGELO, MATTINATA, ZAPPONETA
DSS LUCERA	LUCERA, ALBERONA, BICCARI, CASALNUOVO MONTEROTARO, CASALVECCHIO DI PUGLIA, CASTELNUOVO DELLA DAUNIA, CELENZA VALFORTORE, CARLANTINO, MOTTAMONTECORVINO, PIETRAMINTECORVINO, S. MARCO LA CATOLA, VOLTURARA APPULA, VOLTURINO, ROSETO
DSS S. MARCO IN LAMIS	S. MARCO IN LAMIS, S. GIOVANNI ROTONDO, SANNICANDRO GARGANICO, RIGNANO GARGANICO
DSS TROIA-ACCADIA	TROIA, ACCADIA, ORSARA, ASCOLI S. , BOVINO, FAETO, CASTELLUCCIO V. , CELLE, ANZANO DI PUGLIA, CANDELA, CASTELLUCCIO DEI SAURI, DELICETO, MONTELEONE, PANNI, ROCCHETTA SANT'ANTONIO, SANT'AGATA
DSS VICO DEL G.	VICO G. , ISCHITELLA, RODI G. , VIESTE, PESCHICI, CARPINO, CAGNANO VARANO, ISOLE TREMITI

La popolazione residente al 01/01/2019 per Distretto e per classi di età è la seguente:

Profilo demografico per distretto di residenza al 01/01/2019

Distretti di residenza	Totale residenti	% totale Asl Foggia	≤ 14 anni	% ≤ 14 anni	15-64 anni	% 14-64 anni	65-74 anni	% 65-74 anni	Indice di invecchiamento%	≥ 75 anni	% ≥ 75 anni	Stranieri residenti	% Stranieri residenti
Distretto 51 San Severo	102.712	16,5	14.370	14	66.823	65,1	10.961	10,7	21	10.558	10,3	5.633	5,5
Distretto 52 San Marco in L.	57.562	9,3	7.554	13,1	37.179	64,6	6.135	10,7	22,3	6.694	11,6	2.345	4,1
Distretto 53 Vico del G.	45.703	7,3	6.003	13,1	29.641	64,9	4.933	10,8	22	5.126	11,2	2.447	5,4
Distretto 54 Manfredonia	78.501	12,6	10.736	13,7	50.594	64,5	8.510	10,8	21,9	8.661	11	2.443	3,1
Distretto 55 Cerignola	96.757	15,6	15.391	15,9	65.158	67,3	8.969	9,3	16,8	7.239	7,5	7.112	7,4
Distretto 58 Lucera	51.088	8,2	6.394	12,5	32.585	63,8	5.635	11,0	23,7	6.474	12,7	1.910	3,7
Distretto 59 Troia	38.657	6,2	3.704	9,6	24.597	63,6	4.223	10,9	24,3	5.182	13,4	2.037	5,3
Distretto 60 Foggia	151.203	24,3	20.371	13,5	97.567	64,5	17.519	11,6	22	15.746	10,4	7.782	5,1
Asl Foggia	622.183	100	84.523	13,6%	404.144	65,0%	66.885	10,8%	21,3%	65.680	10,6%	31.709	5,1%
Puglia	4.029.053		527.894	13,1%	2.611.367	64,8%	454.660	11,3%	22,1%	435.132	10,8%	138.811	3,4%

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 (Pediatra 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. E’ 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. 165 presidi a gestione diretta e n. 140 strutture convenzionate/autorizzate all'esercizio dell'attività. La tipologia di assistenza erogata è riassunta nelle seguenti tabelle:

Strutture a gestione diretta

Codice Azienda	Tipo struttura	S01 (Attività clinica)	S02 (diagnostica strumentale e per immagini)	S03 (Attività laboratorio)	S04 (Attività Consultorio Familiare)	S05 (Assistenza Psichiatrica)	S06 (Assistenza per Tossico dipendenti)	S07 (Assistenza AIDS)	S08 (Assistenza Idrotermale)	S09 (Assistenza agli anziani)	S10 (Assistenza ai disabili fisici)	S11 (Assistenza ai disabili psichiatrici)	S12 (Assistenza ai malati terminali)
160115	Ambulatorio Laboratorio	61	12	32									
	Struttura residenziale									2			3
	Struttura semiresidenziale					3							
	Altro tipo di struttura Territoriale				28	13	11						
Totale		61	12	32	28	16	11	0	0	2	0	0	3

Non sono presenti strutture eroganti assistenza idrotermale a gestione diretta né istituti o centri di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 a gestione diretta.

Strutture convenzionate/autorizzate all'esercizio dell'attività

Codice Azienda	Tipo struttura	S01 (Attività clinica)	S02 (diagnostica strumentale e per immagini)	S03 (Attività laboratorio)	S04 (Attività Consultorio Familiare)	S05 (Assistenza Psichiatrica)	S06 (Assistenza per Tossico dipendenti)	S07 (Assistenza AIDS)	S08 (Assistenza Idrotermale)	S09 (Assistenza agli anziani)	S10 (Assistenza ai disabili fisici)	S11 (Assistenza ai disabili psichiatrici)	S12 (Assistenza ai malati terminali)
160115	Ambulatorio Laboratorio	6	9	36									
	Struttura residenziale					23				16	5	13	1
	Struttura semiresidenziale					7				5	9	9	
	Altro tipo di struttura Territoriale								1				
Totale		6	9	36		30	0	0	1	21	14	22	1

Le strutture residenziali per anziani (RSSA) sono le seguenti:

RESIDENZA SOCIO-SANIATARIA ASSISTENZIALE PER ANZIANI - ART. 66 R.R.N. 4/2007				
Art.	P.L.	Occupati	DSS	Sede
66 RA Santa Maria Stella	44	41	Troia	Panni
66 RA La speranza G. Paolo II	39	39	Troia	Bovino
66 RA Casa Accoglienza L/R	25	24	San Severo	Torremaggiore
66 RA Casa Padre Pio	30	29	San Marco in L.	San Giovanni R.
66 RA Fondazione Turati	30	23	Vico del Gargano	Vieste
66 RA Il sorriso	30	30	Foggia	Foggia
66 RA Fond. M.G. Barone	83	82	Foggia	Foggia
66 RA S. Maria Pulsano	41	38	Manfredonia	Monte S. Angelo
66 RA Madre Teresa	6	6	San Marco in L.	San Giovanni R.
66 RA Maria della Serritella	15	15	Lucera	Volturino
66 RA Dott. Marco	15	15	Lucera	Lucera
	358	342		

Le strutture semiresidenziali centri diurni integrati per il supporto cognitivo e comportamentale ai soggetti affetti da demenza (art. 60 ter) sono le seguenti:

CENTRO DIURNO INTEGRATO PER IL SUPPORTO COGNITIVO E COMPORTAMENTALE AI SOGGETTI AFFETTI DA DEMENZA - ART. 60 TER R.R.N. 4/2007				
Art.	P.L.	Occupati	DSS	Sede
60 SDT Santa Rita	30	27	Cerignola	Cerignola
60 SDT Oasi	30	21	San Severo	Torremaggiore
60 SDT Girasole	30	9	Manfredonia	Manfredonia
60 SDT Santa Chiara	30	30	Manfredonia	Manfredonia
60 SDT Il Sorriso	30	30	Foggia	Foggia
60 SDT Villa M. Martina	30	24	Foggia	Foggia
	180	141		

Le strutture residenziali disabili (RSSA) sono le seguenti:

RESIDENZA SOCIO-SANITARIA ASSISTENZIALE PER DIVERSAMENTE ABILI ART. 58 R.R.N. 4/2007				
Art.	P.L.	Occupati	DSS	Sede
58 RD Il Sorriso	20	20	Foggia	Foggia
58 RD Il Girasole	80	54	Manfredonia	Manfredonia
58 RD Villa Mele	60	34	Vico del Gargano	Rodi Garganico
	160	108		

Le strutture semiresidenziali Centri Diurni Socio-Educativi e Riabilitativi sono le seguenti:

CENTRO DIURNO SOCIO-EDUCATIVO E RIABILITATIVO- ART. 60 R.R.N. 4/2007				
Art.	P.L.	Occupati	DSS	Sede
60 SD L'abbraccio	30	18	Cerignola	Cerignola
60 SD SSD Reveille	30	15	Cerignola	Ortanova
60 SD ASP De Piccolellis	25	25	Foggia	Foggia
60 SD Il Sorriso	30	30	Foggia	Foggia
60 SD Mondo Nuovo	30	15	Lucera	Lucera
60 SD Girasole	30	30	Manfredonia	Manfredonia
60 SD San Francesco	30	24	San Severo	San Severo
60 SD G. Casoli	12	7	Troia	Troia
60 SD Domus	30	12	Vico del Gargano	Carpino
	247	176		

Si aggiungono le seguenti comunità socio riabilitative:

COMUNITA' SOCIO RIABILITATIVA - ART.57 R.R.N. 4/2007				
Art.	P.L.	Occupati	DSS	Sede
57 RD SS Redentore	12	12	Manfredonia	Manfredonia
57 RD ASP Castriota/Corropoli	10	9	San Severo	Serracapriola
	22	21		

Non sono presenti, nell'ambito delle strutture convenzionate/autorizzate, strutture eroganti attività di consultorio familiare.

Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art.26 L. 833/78 sono 8 (con DD Regionale n. 107 del 11/05/2017 è stato accreditato il presidio di riabilitazione "Villa Maria SS Sanità" Sara srl sito in Caggiano – Volturara Appula), per complessivi n. 368 posti letto residenziali e n. 65 posti letto semiresidenziali così distribuiti:

Codice Struttura NSIS	Denominazione Struttura	Assistenza residenziale Posti letto	Assistenza semiresidenziale Posti letto	Riabilitazione domiciliare Prestazioni die	Riabilitazione ambulatoriale Prestazioni di gruppo Die	Riabilitazione ambulatoriale Prestazioni Annuo
160134	Centro Medico di Riabilitazione "VITA"	88		100		
160131	Centro Medico di Riabilitazione "Madonna della Libera"	60		50		
160126	Fondazione "Centri di Padre Pio onlus"	60		500		115.650
160135	Presidio di Riabilitazione "Valori"		25	25		
160125	Centro Riabilitazione "Santa Maria" (ex Don Uva)	40	40	25	40	
160133	Fondazione "Filippo Turati Onlus"	60			8	
	Pres. Riabilitazione "Villa Maria SS. Sanità Sara"	20				
160105	Centro di Riabilitazione "De Luca"	40				

Complessivamente nel 2019 sono state erogate dall'ASL FG, sia negli ambulatori presenti presso gli stabilimenti ospedalieri che negli ambulatori territoriali (poliambulatori e consultori), n. 2.963.573 prestazioni di specialistica ambulatoriale sostanzialmente in linea con i valori del 2018. Si precisa che nelle prestazioni specialistiche ambulatoriali sono compresi i trattamenti in Day Service.

	2019		2018		Var. %	Var. %
	quantità	importo	quantità	importo	quantità	valore
Prestazioni specialistiche da ambulatori ospedalieri	1.236.266	15.333.463	1.206.645	15.657.451	2,45%	-2,07%
Prestazioni specialistiche da ambulatori territoriali	1.727.307	21.197.666	1.703.219	21.835.474	1,41%	-2,92%
	2.963.573	36.531.129	2.909.864	37.492.925	1,85%	-2,57%

Con riferimento all'attività di Hospice, la tabella che segue mostra il numero di utenti trattati nel 2019 dalle strutture sia pubbliche che private.

HOSPICE DATI DI ATTIVITA'

Strutture	Totale 2019	Totale 2018
Don Uva	189	188
Torremaggiore	102	106
Monte Sant'Angelo	36	45

Un altro settore di rilevanza strategica per la riqualificazione dell'assistenza territoriale è costituito dall'assistenza sociosanitaria attuata in integrazione con gli ambiti territoriali di zona per l'erogazione di prestazioni in regime domiciliare, semiresidenziale e residenziale.

Le prestazioni offerte in AD e ADI sono quelle riportate nella tabella che segue. La situazione così diversificata a livello Distrettuale, risente della capacità di offerta delle tre ex AUSL accorpate nella ASL FG, determinata dalla quantità di risorse destinate a tale attività.

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

N° PAZIENTI IN ADI	2018	2019
Distretto San Severo	2.127	2.158
Distretto San Marco in L.	1.480	1.096
Distretto Vico del Gargano	1.059	1.211
Distretto Manfredonia	759	752
Distretto Cerignola	501	509
Distretto Lucera	1.386	1.450
Distretto Troia -Accadia	948	891
Distretto Foggia	1.355	1.681
TOTALE	9.615	9.748

Fonte: Mod. FLS21 da Edotto

La necessità di offrire il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata, che prevede l'erogazione di servizi assistenziali, riabilitativi, infermieristici e ausiliari di supporto, ha presentato da subito le sue difficoltà sia di tipo organizzativo che di spesa.

Nella ASL di Foggia, il Servizio Cure Domiciliari è organizzato in maniera disomogenea. Infatti, nella zona nord della Provincia di Foggia ed in particolare nei Distretti Socio Sanitari di Lucera, San Severo, San Marco in Lamis e Vico del Gargano il Servizio è affidato alla Cooperativa Sociale O.S.A., con un contratto rinveniente dalla ex AUSL FG/1. Nei rimanenti Distretti Socio Sanitari, in particolare Troia-Accadia, Foggia Cerignola e Manfredonia, il servizio è internalizzato e viene erogato attraverso personale sanitario dipendente. L'idea di una assistenza integrata unica aziendale per gli utenti bisognosi, contrapposta ad

una suddivisione dei diversi servizi per i diversi distretti, è stata da subito individuata come scelta da preferire a tutto vantaggio degli utenti per fornire un'assistenza omogenea.

Con delibera n.658 del 04/05/2018 è stata indetta la procedura di gara che prevede un appalto unitario con un unico operatore economico e con la possibilità dell'interscambio dei pacchetti assistenziali tra i diversi Distretti, in caso di eccedenza e/o fabbisogno, assicurandone sia la corretta esecuzione sia la realizzazione di conseguenti risparmi di spesa.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 1567 del 21/11/2019 è stata disposta l'aggiudicazione della procedura di affidamento.

3.1.4 Dipartimento di 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 cetri di responsabilità, ai sensi dell'art.7 del D.Lgs. n. 502/92 e s.m. ed i.

Il compito del Dipartimento di Prevenzione è quello di garantire la tutela della salute collettiva attraverso 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.

Gli obiettivi generali del Dipartimento di Prevenzione sono:

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

Con delibera n. 843 del 11/06/2019 è stato approvato il Piano locale dei Controlli Ufficiali in materia di Sicurezza Alimentare, mangimi, Sanità e Benessere Animale per l'anno 2019.

Si riportano di seguito i dati relativi alle attività di controllo ufficiale in materia di sicurezza alimentare in attuazione della Programmazione regionale.

Tabella anno 2019: Controlli Ufficiali eseguiti distinti per tipologia di settore di attività degli OSA

	PRODUTTORI PRIMARI (cod.01)	PRODUTTORI E CONFEZIONATORI (cod. 02)	DISTRIBUZIONE		TRASPORTI		RISTORAZIONE		PRODUTTORI E CONFEZIONATORI CHE VENDONO PREVALENTEM. AL DETTAGLIO (cod. 09)	TOTALI
			Ingresso (cod.03)	Dettaglio (cod. 04)	Soggetti a vigilanza (cod. 05)	Soggetti ad autorizz. Sanitaria (cod. 06)	Pubblica (cod. 07)	Collettiva (cod. 08)		
NUMERO DI UNITA'	669	557	467	2.993	1.174	479	974	664	820	8.797
NUMERO DI UNITA' CONTROLLATE (1)	4	45	32	71	8	10	75	88	119	452
NUMERO DI ISPEZIONI (2)	4	49	32	69	6	7	75	88	118	448
NUMERO DI UNITA' CON INFRAZIONI	0	11	5	13	1	0	22	8	69	129
TOTALE CAMPIONI PRELEVATI	2	27	114	87	0	0	12	14	13	269
CAMPIONI NON REGOLAMENTARI	0	3	5	7	0	0	2	4	5	26
NUMERO INFRAZIONI: a) Igiene Generale	0	5	6	5	0	0	11	6	11	44
b) Igiene (HACCP, formazione personale)	0	0	5	8	0	0	4	7	3	27
c) Composizione	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
d) Contaminazione (diversa da quella microbiologica)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
e) Etichettatura e presentazione	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
f) Altro	0	0	1	0	0	0	4	1	0	6
										0
										0
										0
PROVVEDIMENTI: a) Amministrativi	0	5	11	13	0	0	15	13	14	71
b) Notizie di reato	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3

Tabella anno 2018: Controlli Ufficiali eseguiti distinti per tipologia di settore di attività degli OSA

	PRODUTTORI PRIMARI (cod. 01)	PRODUTTORI E CONFEZIONATORI (cod. 02)	DISTRIBUZIONE		TRASPORTI		RISTORAZIONE		PRODUTTORI E CONFEZIONATORI CHE VENDONO PREVALENTEM. AL DETTAGLIO (cod. 09)	TOTALI
			Ingresso (cod.03)	Dettaglio (cod. 04)	Soggetti a vigilanza (cod. 05)	Soggetti ad autorizz. Sanitaria (cod. 06)	Pubblica (cod. 07)	Collettiva (cod. 08)		
NUMERO DI UNITA'	669	557	467	2.993	1.174	479	974	664	297	8.274
NUMERO DI UNITA' CONTROLLATE (1)	2	38	25	52	9	11	71	91	44	343
NUMERO DI ISPEZIONI (2)	2	38	25	52	9	11	71	85	44	337
NUMERO DI UNITA' CON INFRAZIONI	0	5	3	11	3	0	19	14	13	68
TOTALE CAMPIONI PRELEVATI	0	22	93	133	0	0	41	23	9	321
CAMPIONI NON REGOLAMENTARI	0	1	3	6	0	0	3	1	2	16
NUMERO INFRAZIONI: a) Igiene Generale	0	18	3	11	0	0	15	3	5	55
b) Igiene (HACCP, formazione personale)	0	0	2	3	0	0	3	3		11
c) Composizione	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
d) Contaminazione (diversa da quella microbiologica)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
e) Etichettatura e presentazione	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
f) Altro	0	0	2	0	0	0	5	3	0	10
PROVVEDIMENTI: a) Amministrativi	0	18	3	11	0	0	15	6	5	58
b) Notizie di reato	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Il prelievo dei campioni chimici ha avuto l'andamento di seguito sintetizzato:

SERVIZIO di IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE - SIAN				
	2016	2017	2018	2019
Controlli Chimici	324	289	227	219
Controlli Microbiologici	94	88	104	134
Controlli Residui Fitosanitari	166	206	100	194
Controlli Antiparassitari	27	31	39	48
Controlli OGM	11	9	9	10

Nell'ambito rilevazioni Stato Nutrizionale Popolazione sono stati tenuti numerosi eventi formativi condotti nell'ambito del MED FOOD ANTICANCER PROGRAM – CELIACHIA con circa mille persone formate e redatti vari opuscoli aggiornati su celiachia e Prevenzione nutrizionale.

Anche per i comportamenti a rischio, prevenzione dei DCA sono stati interessati e seguiti numerosi soggetti ad alto rischio.

Si riporta di seguito l'attività svolta dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica nel 2019 a confronto con quella svolta nel 2018:

SERVIZIO di IGIENE E SANITA' PUBBLICA - SISP	ANNO 2018	ANNO 2019
Dosi vaccinazione somministrate	132.714	127.617
N° casi malattie infettive notificate	352	507
Rilascio certificazioni	34.244	13.371
N° Visite fiscali effettuate	827	167
Rilascio pareri insediamenti produttivi, residenziali, rurali, commerciali e servizi	204	560
Rilascio pareri autorizzazioni strutture sanitarie e socio-sanitarie	18	12
Rilascio pareri autorizzazione strutture socio-assistenziali	23	3
Vigilanza strutture sanitarie e socio assistenziali	18	28
Vigilanza e prevenzione Legionellosi (n. campioni effettuati)	150	834
Vigilanza piscine	36	46
Vigilanza ambienti scolastici	30	36
Vigilanza centri estetici, tatuaggi	36	60

A seguire, invece, le attività svolte dal Servizio di Sicurezza e Prevenzione sui luoghi di lavoro (SPESAL - Area Nord e Area Sud):

		2019				2018			
2	ATTIVITA' DI VIGILANZA NEI LUOGHI DI LAVORO	EDILIZIA	AGRICOLTURA	ALTRI COMPARTI	TUTTI I COMPARTI	EDILIZIA	AGRICOLTURA	ALTRI COMPARTI	TUTTI I COMPARTI
		2.1	N° cantieri notificati (art. 99 D.Lgs. 81/08)	1.453			1.453	1110	0
2.2	N° complessivo di cantieri ispezionati	159			159	217	0	0	217
2.2.1	di cui non a norma al 1° sopralluogo	29			29	54	0	0	54
2.3	N° aziende con dipendenti + lavoratori autonomi oggetto di ispezione	210	259	341	810	257	145	294	696
2.4	N° sopralluoghi complessivamente effettuati	198	360	387	945	306	218	347	871
2.5	N° totale verbali	32	117	72	221	51	81	69	201
	<i>di cui riguardanti</i>								
2.5.1	imprese (datori di lavoro, dirigenti, preposti, lavoratori)	28	90	61	179	40	71	61	172
2.5.2	lavoratori autonomi	0	11	1	12	0	9	2	11
2.5.3	committenti e/o responsabili dei lavori	2			2	4	0	0	4
2.5.4	coordinatori per la sicurezza	1			1	5	0	0	5
2.5.5	medico competente	0	2	6	8	2	1	6	9
2.5.6	Altro	0	3	1	4				
2.6	N° totale di verbali con prescrizioni 758, sanzioni amministrative etc.	32	114	75	221				
	<i>di cui</i>								
2.6.1	Verbali di prescrizione 758 con o senza disposizioni	31	94	74	199				
2.6.2	Verbali con sanzioni amministrative	1	20	1	22				
2.6.3	Altro	0	0	0	0				
2.7	N° violazioni	52	167	110	329				
2.8	N° sequestri	0	0	5	5				
2.9	N° sospensioni ai sensi dell'art. 14 D.Lgs. 81/08	0	0	0	0				
2.10	N° piani di lavoro pervenuti per bonifica amianto (ex art. 256 punto 2 D. Lgs. 81/08) e N° notifiche (ex art. 250 D. Lgs. 81/08)	181			181	324			324
2.11	N° di cantieri ispezionati per amianto	33			33	69			69

		2019	2018
3	ATTIVITA' DI IGIENE INDUSTRIALE	TUTTI I COMPARTI	TUTTI I COMPARTI
3.1	N° aziende/cantieri controllati con indagini di igiene industriale		
3.2	N° campionamenti effettuati		
3.3	N° misurazioni effettuate		
4	INCHIESTE INFORTUNI PROFESSIONALI	TUTTI I COMPARTI	TUTTI I COMPARTI
4.1	N° inchieste infortuni concluse	96	97
4.2	N° inchieste infortuni concluse con riscontro di violazione correlata all'evento	21	44
5	INCHIESTE MALATTIE PROFESSIONALI	TUTTI I COMPARTI	TUTTI I COMPARTI
5.1	N° inchieste malattie professionali concluse	14	20
5.2	N° inchieste malattie professionali concluse con riscontro di violazione correlata all'evento	4	20
6	PARERI	TUTTI I COMPARTI	TUTTI I COMPARTI
6.1	N° pareri	28	118
6.2	N° aziende oggetto di sopralluogo per l'espressione di pareri	28	83
7	ATTIVITA' SANITARIA	TUTTI I COMPARTI	TUTTI I COMPARTI
7.1	N° visite effettuate dal Servizio SPESAL per apprendisti e minori ove effettuate	200	11
7.1.1	Numero di altre visite effettuate dal Servizio SPESAL di propria iniziativa o su richiesta	280	283
7.2	N° aziende in cui è stato controllato il protocollo di sorveglianza sanitaria e/o le cartelle sanitarie	70	43
7.3	N° ricorsi avverso il giudizio del Medico Competente (art. 41 comma 9 D.Lgs. 81/2008)	60	39
8	ATTIVITA' DI ASSISTENZA	TUTTI I COMPARTI	TUTTI I COMPARTI
8.1	N° interventi di informazione/comunicazione per gruppi di lavoratori esposti a specifici rischi	7	9
8.2	Sono stati attivati sportelli informativi dedicati? (SI/NO)	SI	SI
8.3	N° iniziative di confronto (incontri, seminari, ecc.) con le figure aziendali per la prevenzione (RSPP, Medici Competenti, Coordinatori per la sicurezza, ecc.)	4	6
9	ATTIVITA' DI FORMAZIONE	TUTTI I COMPARTI	TUTTI I COMPARTI
9.1	N° ore di formazione	80	246
9.2	N° persone formate	240	705
11	VERIFICHE PERIODICHE	TUTTI I COMPARTI	TUTTI I COMPARTI
11.1	N° Aziende		
11.2	N° cantieri con verifiche periodiche su impianti di sollevamento		
11.3	N° verbali ai sensi del DLgs 758/94		
11.4	Proventi per attività di verifiche periodiche		
12	PROVENTI PER PAGAMENTO SANZIONI	TUTTI I COMPARTI	TUTTI I COMPARTI
12.1	Proventi per pagamento sanzioni ex 758/94	266.962	262.454
12.2	Proventi per pagamento sanzioni amministrative	11.678	7.467

SERVIZIO VETERINARIO AREA A: SANITÀ ANIMALE

Il SIAV A è preposto essenzialmente al controllo del patrimonio zootecnico, presente sul territorio ASL FG, dal punto di vista anagrafico per la tracciabilità e, soprattutto, dal punto di vista della sanità degli animali onde evitare la diffusione di malattie infettive ed infestative che possono essere anche zoonosi.

Più precisamente attengono al SIAV A:

- il controllo degli allevamenti da cui è emerso che lo sforzo profuso negli anni ha portato alla eradicazione delle malattie previste dall'O.M. 14/11/2006, ossia: Tubercolosi bovina, Brucellosi bovina, Leucosi bovina enzootica, Brucellosi ovi- caprina.
- Attività connesse al controllo del randagismo canino mediante interventi di sterilizzazione e, in accordo con le Associazioni di Volontariato, di incentivazione e promozione dell'anagrafe canina.

SIAV A			
POPOLAZIONE ZOOTECNICA	ANNO 2017	ANNO 2018	ANNO 2019
Allevamenti bovini-bufalini per tbc	1.054	1.143	987
Allevamenti bovini-bufalini per brucellosi	1.044	1.003	981
Allevamenti bovini-bufalini per leucosi	1.044	1.003	981
Allevamenti ovini-caprini per brucellosi	1.265	1.221	1.135
ATTIVITA'	ANNO 2017	ANNO 2018	Anno 2019
N° controlli collettivi in allevamenti bovini/bufalini per tubercolosi-brucellosi e leucosi	3.368	3.225	3.310
N° controlli collettivi in allevamenti bovini/bufalini per lettura tbc	2.148	2.161	2.290
N° controlli collettivi in allevamenti ovini/caprini per brucellosi	1.744	1.579	1.713
n° prove tubercoliniche	62.376	64.760	63.896
n° prelievi bovini/bufalini	84.408	89.273	83.867
n° prelievi ovini/caprini	129.578	128.106	122.554
n° pratiche indennizzo	219	289	180

SERVIZIO VETERINARIO AREA B: IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE

CONTROLLI

Si riportano di seguito i dati relativi alle attività del Servizio Veterinario Area B - Igiene degli Alimenti di Origine Animale:

- Attività di controllo ufficiale in materia di sicurezza alimentare in attuazione della Programmazione regionale dei controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare. Integrazione per gli anni 2017, 2018 e 2019, di cui alla D.G.R. n. 220/2015;
- Controlli ad hoc derivanti da allerte alimentari;
- Attività di monitoraggio e sorveglianza sui contaminanti ambientali in attuazione del Piano Nazionale Residui.

SIAV B			
Ispezioni Animali Macellati	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019
Bovini	3.238	3.294	3.004
Ovi-caprini	13.025	9.091	7.268
Bufali	39	0	30
Equini Suini	3.396	2.925	2.823
Cinghiali	12	6	69
Controlli benessere animali in fase di macellazione	514	391	352
Verifiche DIA	593	265	300
Certificazioni sanitarie su prodotti destinati all'esportazione	205	231	227

La contrazione di alcuni dati, è dovuta alla avvenuta riduzione, per pensionamento di Dirigenti Veterinari, pensionamento e trasferimento di personale amministrativo e, per quanto riguarda gli animali macellati, alla chiusura di alcuni stabilimenti di macellazione e ad una minore richiesta dei macellatori.

Servizio Veterinario Area C: Igiene degli Allevamenti delle produzioni Animali

SIAV C		
	ANNO 2018	ANNO 2019
FARMACO VETERINARIO		
Controllo e registrazione ricette	1.382	1.334
Atti di farmaco-sorveglianza	582	586
Autorizzazione alla detenzione di scorte di medicinali veterinari	5	13
Vidimazione registri medicinali	163	177
Atti di farmaco-sorveglianza sulle prescrizioni per mangimi medicati e mangimi preparati in azienda	202	0
N. prescrizioni per mangimi dedicati	202	11
ALIMENTI PER ANIMALI E PRODUZIONE E DISTRUBUZIONE DEI MANGIMI		
Istanze di registrazione Reg. CE 183/05	120	108
Istanze di riconoscimento Reg. CE 183/05	15	1
Raccolta informazioni su mangimi utilizzati in azienda-schede compilate	659	573
Controllo sul latte e sulle produzioni lattiero casearie	248	296
Controllo e vigilanza sulla produzione animale (PNAA e PNR)	158	133
Sorveglianza sul benessere degli animali da reddito e da affezione	682	1101
Acquacoltura	24	102
Reg. CE 1/2005	3.725	
Fauna	493	679
Sottoprodotti di origine animale	506	556
Attività UPG	57	9
Parere per il rilascio dell'autorizzazione sanitaria ambulatorio veterinario	6	2
Vigilanza circhi e manifestazioni con animali	12	6
Conferenza di servizio (Comune -Dipartimento) per esprimere parere tecnico sanitario sui progetti-ricovero per animali-per il rilascio della concessione edilizia	13	17
Istruttoria per la registrazione delle aziende zootecniche quali produttori primari	33	103
Parere sanitario per l'emissione di ordinanza sindacale; concentrazione di animali; mercati; fiere; mostre	50	51
Esposti vari	163	114
Attestati e certificazioni rilasciate	394	501
ATTIVITA' AVI-CUNICOLI		
Dia allevamenti avi-cunicoli con sopralluogo	14	20
Sopralluoghi in allevamenti avi-cunicoli	134	246
Schede benessere animale	134	161
Registrazione allevamenti avi-cunicoli Reg. CE 183 e inserimento in banca regionale	23	27
Controllo registri animali morti allevamenti avi-cunicoli, controllo carcasse consegnate alla ditta per lo smaltimento	134	106
Parere tecnico-sanitario su progetti allevamenti avi-cunicoli	31	28
Istruttoria e rilascio autorizzazione allevamenti autorizzati di siero Reg. UE 142/2011	0	2
Verbale di accertamento sanzioni amministrative	0	0
PNAA campioni fatti	8	8
PNR campioni fatti	4	469
Raccolta informazioni su mangimi utilizzati in azienda- schede compilate	134	17
Attività di vigilanza impianti di transito sottoprodotti	1	1
Invio carcasse di animali in impianti di incenerimento	2	0
Attestati, certificazioni rilasciati	12	6

Gli obiettivi delle precipe attività di cui al Piano Locale dei Controlli Ufficiali in materia di sicurezza alimentare per gli anni 2017, 2018 e 2019 come dettagliate nelle sezioni del SIAN, del SIIV Area A, del SIIV Area B e del SIIV Area C, sono stati essenzialmente conseguiti.

Principali dati relativi alla copertura vaccinale

Nel triennio 2017-2019 la copertura vaccinale della popolazione residente nell'ambito dell'ASL Foggia confrontata con quella della Regione Puglia viene di seguito rappresentata:

	ASL FG		
	2017	2018	2019
Esavalente	95,90%		93,00%*
MPR	90,20%	95,10%	90,77%*
Meningococco	87,50%	90,31%	92,48%*
Pneumoocco	95,00%		90,00%*
HPV	74,20%	72,13%	79,78%*
Influenza (anziani)	61,00%		50,50%*

*Trattasi di coperture grezze e provvisorie in attesa della elaborazione di quelle definitive redatte dall'O.E.R. (calcolo puntuale dei non più residenti e/o trasferiti temporaneamente nonché esonerati temporaneamente o permanentemente per motivi di salute).

Nel 2019 sono state somministrate n. 13.192 dosi di vaccino Esavalente e n. 13.122 dosi di vaccino Anti Pneumococco. Nel corso della campagna vaccinale 2019 sono state somministrate n. 61.325 dosi di vaccino per influenza alla popolazione anziana (>65 anni).

Il confronto tra le coperture vaccinali dell'Azienda e la media regionale è in fase di elaborazione.

Principali dati relativi agli screening oncologici

Si riportano i dati relativi all'estensione ed alla adesione della popolazione target dell'Asl della Provincia di Foggia, comparati agli indicatori previsti nel P.R.P.:

SCREENING DEL CARCINOMA CERVICO-UTERINO ANNO 2019

	2019	
	ASL FG	P.R.P.
Estensione	76,50%	100%
Adesione	18,00%	50%

SCREENING DEL CARCINOMA MAMMARIO ANNO 2019

	2019	
	ASL FG	P.R.P.
Estensione	31,30%	100%
Adesione	33,80%	65%

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:

SERD SAN SEVERO-SAN MARCO IN LAMIS- VICO DEL GARGANO

Comuni sedi: San Severo, S. Marco in Lamis, Vico del Gargano, Torremaggiore, Apricena, San Giovanni Rotondo

SERD FOGGIA-LUCERA-TROIA

Comuni sedi: Foggia, Lucera, Troia

SERD CERIGNOLA-MANFREDONIA

Comuni sedi: Cerignola, Manfredonia, Orta Nova

Di seguito sono riportati gli utenti in carico al Dipartimento delle Dipendenze Patologiche riferiti al triennio 2017-2019 e le principali prestazioni erogate per il medesimo periodo di riferimento.

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, poli assuntori e/o farmacodipendenti)	1.662	1.891	1.852
Alcoldipendenti	615	543	373
Tabagisti	14	13	7
Giocatori d'Azzardo	99	120	118
Altre dipendenze comportamentali	22	3	5
Appoggiati provvisori	189	377	329
Attività medico-legale (patenti, ecc.)	893	802	716
Altre consulenze	396	15	296
Segnalati da prefettura (art. 121 o 75)	247	171	152
TOTALE	4.137	3.935	3.448

Confronto dei dati relativi alle prestazioni del DDP nel triennio 2017 – 2019

PRESTAZIONI	2017	2018	2019
Attività rivolte al paziente condivise dall'equipe	31.556	40.461	19.577
Colloqui per management clinico (svolti da più operatori)	12.786	18.042	25.012
Attività mediche	4.762	5.940	5.366
Visite mediche 1°	744	838	955
Visite di controllo	3.356	3.757	3088
Visite psichiatriche	166	401	962
Colloquio psichiatrico	33	7	48
Colloquio psichiatrico controllo	441	673	300
Visita specialistica domiciliare	22	264	15
Attività infermieristiche	94.092	87.779	89.824
Attività infermieristiche professionali	4424	7912	14706
Test stupefacenti	37.355	41.116	32.360
Somministrazione farmaci e/o vaccini	52.313	38.751	42.758
Attività psicologiche	7.088	7.700	7.443
Colloquio psicologico clinico	4.736	5.495	5.475
Test psicologici	401	397	485
Psicoterapie individuali	1.273	1.227	988
Psicoterapie di coppia	422	345	284
Psicoterapie di gruppo	256	236	211
Attività di assistenza sociale	5.593	7.541	5.657
Attività educative	2.140	3.659	1.294
Interventi Socio educativi di gruppo	352	414	324
Colloquio socio educativo motivazionale	1.788	3.245	970
Attività amministrative	8.624	4.753	11.214
Formazione	201	301	215
Prevenzione (nel territorio, ecc.)	1.723	353	930
TOTALE	168.565	176.529	166.532

2019
TOSSICODIPENDENTI

ETA'	NUOVI UTENTI		GIA' IN CARICO O RIENTRATI		2019
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	
<15	0	0	0	0	0
15-19	30	7	32	1	70
20-24	43	5	52	5	105
25-29	68	2	110	5	185
30-34	50	3	168	11	232
35-39	51	4	196	10	261
40-44	44	4	268	12	328
45-49	32	0	264	17	313
50-54	9	2	202	9	222
55-59	4	1	95	3	103
60-64	5	0	18	0	33
65 oltre	3	2	6	1	10
totale	339	28	1.411	74	1.852

2018
TOSSICODIPENDENTI

ETA'	NUOVI UTENTI		GIA' IN CARICO O RIENTRATI		2018
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	
<15					
15-19	33	2	20	4	59
20-24	40	5	47	3	95
25-29	35	4	104	7	150
30-34	34	3	179	8	224
35-39	31	0	229	17	277
40-44	27	1	252	8	288
45-49	20	0	293	12	325
50-54	9	1	192	8	210
55-59	7	0	69	1	77
60-64	0	0	15	2	17
65 oltre	1	0	5	0	6
totale	237	16	1405	70	1728

2019
ALCOOLISTI

ETA'	NUOVI UTENTI		GIA' IN CARICO O RIENTRATI		TOTALE
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	
<15	0	0	0	0	0
15-19	1	0	0	0	1
20-24	2	0	2	0	4
25-29	9	1	8	2	20
30-34	6	1	8	2	17
35-39	7	4	28	2	41
40-44	8	3	46	8	65
45-49	13	0	44	10	67
50-54	6	5	49	5	65
55-59	1	5	26	12	44
60-64	8	3	16	4	31
65 oltre	4	0	10	4	18
totale	65	22	237	49	373

2018
ALCOOLISTI

ETA'	NUOVI UTENTI		GIA' IN CARICO O RIENTRATI		TOTALE
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	
<15					
15-19	2	0	0	0	2
20-24	0	0	0	0	0
25-29	9	2	13	2	26
30-34	13	0	17	7	37
35-39	17	1	36	7	61
40-44	19	3	66	9	97
45-49	13	3	81	14	111
50-54	16	4	73	5	98
55-59	8	5	29	17	59
60-64	5	2	17	8	32
65 oltre	3	0	12	6	21
totale	105	20	344	75	544

3.1.6 Dipartimento 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 San Severo- San Marco in Lamis- Vico del Gargano**
- **CENTRO DI SALUTE MENTALE Foggia-Lucera-Troia**
- **CENTRO DI SALUTE MENTALE Manfredonia-Cerignola**
- **SERVIZI PSICHIATRICI DI DIAGNOSI E CURA (SPDC):**
 - **SPDC P.O. San Severo**
 - **SPDC Plesso Lucera**
 - **SPDC P.O. Manfredonia**

Il Dipartimento di Salute Mentale ha debiti informativi specifici per l'attività svolta da tutti i servizi afferenti. L'ASL FG ha attivato tutte le procedure necessarie per la risposta ai debiti informativi e, con l'obiettivo di integrazione, i diversi servizi si sono attivati per percorsi di confronto in modo da correggere eventuali diversità di invio dei dati stessi. L'individuazione di un referente aziendale ha consentito, nel 2016, di raggiungere un risultato soddisfacente sulla omogeneità dei dati raccolti e sulla regolarità degli invii.

I diversi servizi del dipartimento Salute Mentale segnalano, negli ultimi anni, un trend di incremento di attività in tutti i settori, che accolgono un'utenza pluripatologica. È evidente che il perdurare di una difficile situazione economica e sociale induce un aumento di accessi e di utenti con necessità di prestazioni psicologiche e psichiatriche, che i diversi servizi di salute mentale stanno cercando di affrontare non solo per le proprie competenze, ma attraverso la realizzazione di una rete che vede sempre più partecipare i settori di assistenza no profit o di volontariato.

Anche nel 2019, a cura del CSM di Troia, con la collaborazione di tutto il Dipartimento, si è tenuta la nona edizione di "**Sportivamente**", evento unico al quale partecipano persone in trattamento provenienti da CSM di tutta Italia ed anche da città oltre confine. Nella sua concreta attuazione, è il miglior veicolo nella campagna di sensibilizzazione e di lotta allo stigma ed alla discriminazione sul disagio mentale.

Attività ambulatoriale

NUMERO INTERVENTI DISAGGREGATI PER CSM	2017	2018	2019
CSM CERIGNOLA	23.321	16.910	11.467
CSM FOGGIA 1	28.901	26.524	21.598
CSM FOGGIA 2	15.002	20.107	18.834
CSM GARGANO NORD - RODI GARGANICO	8.463	7.685	7.572
CSM GARGANO SUD - SAN MARCO IN LAMIS	24.360	22.470	18.938
CSM LUCERA	18.903	17.152	15.684
CSM MANFREDONIA	16.743	12.950	10.681
CSM SAN SEVERO	21.295	20.379	21.993
CSM TROIA	10.090	8.341	6.651
TOTALI	167.078	152.518	133.418

NUMERO UTENTI VISTI NELL'ANNO	2017		2018		2018	
	Totale utenti	Nuovi utenti	Totale utenti	Nuovi utenti	Totale utenti	Nuovi utenti
CSM CERIGNOLA	1.430	257	1.775	998	1.138	468
CSM FOGGIA 1	839	211	857	167	773	172
CSM FOGGIA 2	686	172	788	257	899	220
CSM GARGANO NORD - RODI GARGANICO	1.023	590	946	480	960	459
CSM GARGANO SUD - SAN MARCO IN LAMIS	760	345	716	392	764	383
CSM LUCERA	745	257	772	266	676	173
CSM MANFREDONIA	1.204	458	1.351	437	1.105	478
CSM SAN SEVERO	1.173	539	1.177	517	1.156	520
CSM TROIA	507	190	512	176	545	214
TOTALI	8.367	3.019	8.894	3.640	8.016	3.087

Attività semiresidenziale

NUMERO UTENTI CHE HANNO FREQUENTATO IL CENTRO	2017	2018	2019
	Totale utenti	Totale utenti	Totale utenti
CENTRO DIURNO ALDA MERINI MANFREDONIA	26	21	25
CENTRO DIURNO ARCOBALENO DELICETO	20	19	21
CENTRO DIURNO HELIOS RODI GARGANICO	15	10	11
CENTRO DIURNO IL SORRISO FOGGIA	23	22	23
CENTRO DIURNO IL MELOGRANO ORTA NOVA	15	17	17
CENTRO DIURNO ITACA TROIA	23	17	20
CENTRO DIURNO L'APPRODO LUCERA	18	22	21
CENTRO DIURNO MONTE SANT'ANGELO	20	20	20
CENTRO DIURNO SAN GIOVANNI ROTONDO		14	16
CENTRO DIURNO SAN LUCA CERIGNOLA	21	21	23
CENTRO DIURNO SAN SEVERO	30	21	19
TOTALE	211	202	217

Numero utenti che hanno frequentato il centro al 31.12.2019 N° 217

Maschi = 137 (63,1%)

Femmine = 80 (36,9%)

Età

Da 18 anni a 34 anni	29 (13,4%)
Da 35 anni a 49 anni	83 (38,2%)
Da 50 anni a 64 anni	94 (43,3%)
Più di 65 anni	11 (5,19%)
Totale	217 (100%)

Permanenza giorni nell'attuale CD

	Totale
Meno di 365 giorni	108 (49,8%)
Da 365 a 1095 giorni	35 (16,1%)
Più di 1096 giorni	74 (34,1%)
Totale	217 (100%)

RIEPILOGO UTENTI NELLE RESIDENZE PER ADULTI

Utenti nelle residenze per adulti al 31.12.2019 N° 341

Maschi = 227 (66,5%) Femmine = 114 (33,5%)

Sede

Nella Asl n° 252	Fuori ASL (in regione) n° 75	Fuori regione n° 14
	Provincia di Bari n° 34	Abruzzo n° 3
	Provincia di Brindisi n° 2	Basilicata n° 1
	Provincia di Lecce n° 37	Emilia Romagna n° 1
	BAT n° 5	Molise n° 5
		Umbria n° 3
		Veneto n° 1

Tipo di residenza

	ASL	Regionali	Extraregionali	Totale
CRAP	143	28	6	177
Casa alloggio	40	12	0	52
Casa per la vita	44	21	0	65
Ist. Psicopedagogico	0	0	1	1
Comunità doppia diagnosi	2	0	4	6
RSSA	0	2	3	5
Gruppo appartamento	18	0	0	18
Dedicate Autori di reato	5	6	0	11
Rems	13	6	0	6

Età

Da 18 anni a 34 anni	39 (11,4%)
Da 35 anni a 49 anni	113 (33,1%)
Da 50 anni a 64 anni	145 (42,5%)
Più di 65 anni	44 (12,9%)
Totale	341 (100%)

Permanenza giorni nell'attuale comunità

	Totale
Meno di 548 giorni	102 (29,9%)
Da 548 a 1095 giorni	75 (22,0%)
Più di 1096 giorni	164 (48,1%)
Totale	341 (100%)

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 Foggia segue l’approccio descritto nel Sistema di Misurazione della 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 anche per l'anno 2020.

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	Riorganizzazione percorso nascita	Processi interni all'azienda	Capacità di governo della domanda sanitaria
4	Miglioramento appropriatezza chirurgica	Processi interni all'azienda	Appropriatezza e qualità
5	Miglioramento appropriatezza medica	Processi interni all'azienda	Appropriatezza e qualità
6	Miglioramento qualità e appropriatezza area materno-infantile	Processi interni all'azienda	Appropriatezza e qualità
7	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	Processi interni all'azienda	Appropriatezza e qualità
8	Miglioramento qualità di processo	Processi interni all'azienda	Appropriatezza e qualità
9	Miglioramento qualità percepita	Innovazione e qualità	Appropriatezza e qualità
10	Programmazione e implementazione Presidi Territoriali di Assistenza (P.T.A.)	Innovazione e qualità	Appropriatezza e qualità
11	Potenziamento assistenza domiciliare	Processi interni all'azienda	Appropriatezza e qualità
12	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
13	Programmazione e implementazione Presidi Territoriali di Assistenza (P.T.A.)	Paziente/Utente	Assistenza sanitaria territoriale
14	Potenziamento assistenza domiciliare	Paziente/Utente	Assistenza sanitaria territoriale
15	Potenziamento dell'offerta nell'ambito della salute mentale	Paziente/Utente	Assistenza sanitaria territoriale
16	Attuazione Piano Regionale della Prevenzione	Paziente/Utente	Prevenzione
17	Potenziamento screening oncologici (mammografico, cervice uterina, colon)	Paziente/Utente	Prevenzione
18	Potenziamento copertura vaccinale	Paziente/Utente	Prevenzione

19	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	Processi interni all'azienda	Assistenza farmaceutica
20	Pieno utilizzo della piattaforma Edotto per la redazione dei Piani Terapeutici e delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali	Processi interni all'azienda	Assistenza farmaceutica
21	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	Processi interni all'azienda	Assistenza farmaceutica
22	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	Processi interni all'azienda	Assistenza farmaceutica
23	Implementazione del Piano triennale 2018-2020 di Sanità Digitale della Regione	Innovazione e qualità	Sanità digitale
24	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	Innovazione e qualità	Sanità digitale
25	Diffusione dei servizi online sul portale regionale della salute	Innovazione e qualità	Sanità digitale
26	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Innovazione e qualità	Sanità digitale
27	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	Innovazione e qualità	Sanità digitale
28	Riduzione dello scostamento tra costi e ricavi	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
29	Riduzione dei Tempi di Pagamento dei fornitori	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
30	Accordi contrattuali con le strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
31	Deflazionamento del Contenzioso	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
32	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
33	Realizzazione del Piano degli Investimenti e aggiornamento delle gare	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
34	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
35	Potenziamento del sistema relativo alla sicurezza sul lavoro	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
36	Utilizzo Finanziamenti FESR o di altra provenienza	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa

Per la valutazione del grado di raggiungimento degli elencati obiettivi strategici si utilizzeranno numerosi indicatori con relativo target.

La traduzione dello schema sopra riportato in obiettivi assegnati alle diverse strutture aziendali viene rappresentato nel seguente Albero della Performance strettamente collegato agli obiettivi di cui alla D.G.R. n.2437 del 30/12/2019 destinati alle ASL della Regione Puglia:

MACROAREA CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA		
OBIETTIVO REGIONALE	OBIETTIVO OPERATIVO AZIENDALE	STRUTTURE COINVOLTE
Degenza media	Riduzione o mantenimento della degenza media	UU.OO. di degenza
Riorganizzazione rete ospedaliera	Obiettivo della Direzione Strategica	
Riorganizzazione rete emergenza-urgenza	Applicazione del piano di riordino della Rete di Emergenza Urgenza	Coordinamento 118
Riorganizzazione percorso nascita	Implementazione procedure interne attuative del Protocollo Operativo di cui alla DGR N. 1933/2016	Dipartimento Materno infantile
	Rispetto Cronoprogramma di cui alla DGR n. 2198/2016	Dipartimento Materno infantile
MACROAREA APPROPRIATEZZA E QUALITA'		
OBIETTIVO REGIONALE	OBIETTIVO OPERATIVO AZIENDALE	STRUTTURE COINVOLTE
Miglioramento appropriatezza medica	Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa: riduzione dei ricoveri a rischio di inappropriatezza; aumento delle prestazioni in Day Service	UU.OO. Area Medica
Miglioramento qualità e appropriatezza area materno-infantile	Riduzione % parti cesarei	UU.OO. Ostetricia e Ginecologia
	Incremento % di parto analgesia	UU.OO. Ostetricia e Ginecologia e Anestesia e
Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	% abbandoni da Pronto Soccorso	UU.OO. Di Pronto Soccorso
	Mantenimento dei ricoveri da Pronto Soccorso nei reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione.	UU.OO. Di Pronto Soccorso
	Riduzione della % di accessi seguiti da ricovero	UU.OO. Di Pronto Soccorso
Miglioramento qualità di processo	Fratture collo del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione (Ind. MES C5.2)	UU.OO. Di Ortopedia e Anestesia e
Miglioramento qualità percepita	% Dimissioni volontarie (Ind. MES D18)	UU.OO. di degenza
MACROAREA ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE		
OBIETTIVO REGIONALE	OBIETTIVO OPERATIVO AZIENDALE	STRUTTURE COINVOLTE
Programmazione e implementazione Presidi Territoriali di Assistenza (P.T.A.)	Obiettivo della Direzione Strategica	
Potenziamento assistenza domiciliare	% di anziani oltre 65 anni in ADI \geq 4 su 100 anziani residenti	Distretti

MACROAREA PREVENZIONE		
OBIETTIVO REGIONALE	OBIETTIVO OPERATIVO AZIENDALE	STRUTTURE COINVOLTE
Attuazione Piano Regionale della Prevenzione	Attuazione degli obiettivi inseriti nel Piano Regionale della Prevenzione	Dipartimento di Prevenzione
Potenziamento screening oncologici (mammografico, cervice uterina, colon retto)	Potenziamento degli screening oncologici con aumento della loro estensione	Dipartimento di Prevenzione, Distretti Socio
	Aggiornamento della casistica del registro tumori	Struttura di Statistica ed Epidemiologia
Potenziamento copertura vaccinale	Potenziamento della offerta vaccinale ed informatizzazione della anagrafe vaccinale	Dipartimento di Prevenzione,
MACROAREA ASSISTENZA FARMACEUTICA		
OBIETTIVO REGIONALE	OBIETTIVO OPERATIVO AZIENDALE	STRUTTURE COINVOLTE
Ridurre il consumo di antibiotici in età pediatrica.	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della beta lattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come	Servizio Farmaceutico, Direzioni Mediche ed UU.OO.
Diminuzione della Spesa Farmaceutica convenzionata	Monitoraggio appropriatezza prescrittiva	Servizio Farmaceutico, Distretti Socio Sanitari
Riduzione dei consumi dei Sartani con copertura brevettuale	% Ricorso al farmaco generico dei consumi della specifica classe terapeutica (fonte: flusso farmaceutica convenzionata e distribuzione diretta) > 85%	Servizio Farmaceutico, Presidio
Contenimento del numero dei nuovi pazienti (naive e switch) posti in trattamento con farmaci anti-coagulanti orali (NAO)	Monitoraggio appropriatezza prescrittiva	Servizio Farmaceutico
Adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso	% Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori: Epopoetine > 60% Fattori della crescita stimolanti le colonie > 85%	Servizio Farmaceutico, UU.OO. PP.OO.
Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della	Servizio Farmaceutico e UU.OO.
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale	lettera di richiamo al 100% dei medici inadempienti (ad eccezione dei non censiti in Edotto) - report sui richiami effettuati	Servizio Farmaceutico
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	Incremento della distribuzione diretta primo ciclo terapeutico	Dipartimento Farmaceutico, UU.OO. Ospedaliere
Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	Incremento della distribuzione diretta primo ciclo terapeutico	Dipartimento Farmaceutico, UU.OO. Ospedaliere
Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	1) % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi > 90%; 2) % Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi > 95%	Servizio Farmaceutico, UU.OO. Ospedaliere
MACROAREA SANITA' DIGITALE		
OBIETTIVO REGIONALE	OBIETTIVO OPERATIVO AZIENDALE	STRUTTURE COINVOLTE
Diffusione dei servizi online sul portale regionale della salute	Aggiornamento del Portale Regionale della Salute	Ufficio Relazioni con il Pubblico
Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Direzioni Mediche di Presidio
Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	Rispetto dello scadenziario dei flussi informativi	UU.OO. Interessate dall'obbligo
MACROAREA ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA		
OBIETTIVO REGIONALE	OBIETTIVO OPERATIVO AZIENDALE	STRUTTURE COINVOLTE
Tempi di Pagamento dei fornitori	Monitoraggio tempi di pagamento	Area Risorse Finanziarie e Macrostrutture
Costo assistenza ospedaliera	Controllo dei costi dei fattori produttivi	UU.OO. Ospedaliere
Accordi contrattuali con le strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate (strutture che	Aggiornamento e monitoraggio degli accordi contrattuali con le Strutture Sociosanitarie accreditate private (R.S.A. e R.S.S.A.) e Strutture Sanitarie convenzionate	Coordinamento Servizio Socio Sanitario

4. Analisi del contesto

4.1 Analisi del contesto esterno

La popolazione residente al 01/01/2019 per Comune della provincia di Foggia e per Distretto è la seguente:

DISTRETTO	Nome	≤ 14 anni	15-64 anni	65-74 anni	≥ 75 anni	Totale Residenti
DSS n.51 San Severo	Apricena	1874	8.379	1433	1424	13.110
	Chieuti	180	1052	216	208	1656
	Lesina	783	4024	734	773	6314
	Poggio Imperiale	339	1563	324	414	2640
	San Paolo Civitate	822	3725	578	586	5711
	San Severo	7.430	34.479	5.632	4.885	52.426
	Serracapriola	489	2441	388	559	3877
	Torremaggiore	2.453	11.160	1.656	1.709	16.978
	TOTALE DSS	14.370	66.823	10.961	10.558	102.712
DSS n.52 San Marco in Lamis	Rignano Garganico	190	1237	218	349	1994
	San Giovanni Rotondo	3.779	18097	2680	2.552	27108
	San Marco in Lamis	1.848	8637	1369	1.543	13397
	Sannicandro G.co	1.737	9208	1868	2.250	15063
	TOTALE DSS	7.554	37.179	6.135	6.694	57.562
DSS n.53 Vico del Gargano	Cagnano Varano	921	4390	830	966	7107
	Carpino	453	2590	404	637	4084
	Ischitella	568	2799	440	577	4384
	Isole Tremiti	45	318	48	64	475
	Peschici	675	2978	430	405	4488
	Rodi Garganico	422	2387	415	395	3619
	Vico del Gargano	1.068	4873	882	816	7639
	Vieste	1.851	9306	1484	1.266	13907
	TOTALE DSS	6.003	29.641	4.933	5.126	45.703
DSS n.54 Manfredonia	Manfredonia	7.785	36851	6135	5.967	56738
	Mattinata	872	3919	724	700	6215
	Monte Sant'Angelo	1.566	7533	1368	1.695	12162
	Zapponeta	513	2291	283	299	3386
	TOTALE DSS	10.736	50.594	8.510	8.661	78.501
DSS n.55 Cerignola	Carapelle	1.126	4472	609	408	6615
	Cerignola	9.366	39517	5351	4.401	58635
	Ordona	501	1885	249	205	2840
	Orta Nova	2.558	11885	1745	1.396	17584
	Stornara	998	3901	460	418	5777
	Stornarella	842	3498	555	411	5306
	TOTALE DSS	15.391	65.158	8.969	7.239	96.757

DSS n.58 Lucera	Alberona	80	570	91	184	925
	Biccari	312	1675	373	360	2720
	Carlantino	95	596	105	161	957
	Casalnuovo Monterotaro	159	861	183	259	1462
	Casalvecchio di Puglia	174	1141	230	260	1805
	Castelnuovo della Daunia	151	832	164	218	1365
	Celenza Valfortore	142	850	194	322	1508
	Lucera	4.434	21605	3449	3.401	32889
	Motta Montecorvino	58	400	75	162	695
	Pietramontecorvino	334	1630	291	386	2641
	Roseto Valfortore	140	623	111	192	1066
	San Marco la Catola	91	577	124	171	963
	Volturara Appula	27	221	58	102	408
	Volturino	197	1004	187	296	1684
	TOTALE DSS	6.394	32.585	5.635	6.474	51.088
DSS n.59 Troia	Accadia	257	1438	308	304	2307
	Anzano di Puglia	95	777	135	210	1217
	Ascoli Satriano	844	4038	605	654	6141
	Bovino	332	1890	454	530	3206
	Candela	288	1904	261	304	2757
	Castelluccio dei Sauri	297	1399	224	212	2132
	Castelluccio Valmaggiore	132	805	135	175	1247
	Celle San Vito	7	102	15	35	159
	Deliceto	506	2354	396	464	3720
	Faeto	83	409	52	77	621
	Monteleone di Puglia	113	665	97	129	1004
	Orsara di Puglia	232	1626	308	486	2652
	Panni	72	426	93	158	749
	Rocchetta Sant'Antonio	204	1147	189	274	1814
	Sant'Agata di Puglia	242	1143	225	286	1896
	Troia	951	4474	726	884	7035
	TOTALE DSS	4.655	24.597	4.223	5.182	38.657
DSS n.60 Foggia	Foggia	20.371	97567	17519	15.746	151203
	TOTALE DSS	20.371	97.567	17.519	15.746	151.203
TOTALE RESIDENTI PROVINCIA DI FOGGIA		85.474	404.144	66.885	65.680	622.183

Di seguito si riportano alcuni indici demografici della popolazione della ASL di Foggia, calcolati sulla base delle rilevazioni ISTAT.

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

Territorio	Foggia						
	Seleziona periodo	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Tipo indicatore							
tasso di natalità (per mille abitanti)		8,5	8,4	8,1	7,6	7,4	..
tasso di mortalità (per mille abitanti)		9	10	9,4	10,2	9,8	..
crescita naturale (per mille abitanti)		-0,5	-1,6	-1,3	-2,6	-2,4	..
tasso di nuzialità (per mille abitanti)		3,7	3,4	3,7	3,5	3,6	..
saldo migratorio interno (per mille abitanti)		-3,4	-3,4	-3,8	-4,4	-4,5	..
saldo migratorio con l'estero (per mille abitanti)		2	1,4	2	2,7	2,8	..
saldo migratorio per altro motivo (per mille abitanti)		-0,4	-1,1	-0,5	-0,9	-0,9	..
saldo migratorio totale (per mille abitanti)		-1,8	-3,1	-2,3	-2,6	-2,6	..
tasso di crescita totale (per mille abitanti)		-2,4	-4,7	-3,6	-5,2	-5	..
numero medio di figli per donna		1,36	1,36	1,33	1,28	1,26	..
età media della madre al parto		30,6	30,7	30,7	31	31	..
speranza di vita alla nascita - maschi		79,9	79,6	80,5	80,3	80,3	..
speranza di vita a 65 anni - maschi		19,1	18,6	19,1	19,1	19	..
speranza di vita alla nascita - femmine		85	84,4	84,9	84,5	85	..
speranza di vita a 65 anni - femmine		22,6	21,8	22,3	21,9	22,4	..
speranza di vita alla nascita - totale		82,4	81,9	82,7	82,4	82,6	..
speranza di vita a 65 anni - totale		20,8	20,2	20,7	20,5	20,7	..
popolazione 0-14 anni al 1° gennaio (valori percentuali) - al 1° gennaio		15,1	14,8	14,6	14,3	14,1	13,7
popolazione 15-64 anni (valori percentuali) - al 1° gennaio		65,3	65,1	65,1	65	65	65
popolazione 65 anni e più (valori percentuali) - al 1° gennaio		19,6	20	20,4	20,7	20,9	21,3
indice di dipendenza strutturale (valori percentuali) - al 1° gennaio		53,1	53,5	53,7	53,9	53,8	54
indice di dipendenza degli anziani (valori percentuali) - al 1° gennaio		30	30,7	31,3	31,9	32,2	32,8
indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio		129,7	134,9	139,4	144,6	148,9	155,1
età media della popolazione - al 1° gennaio		42,4	42,7	43	43,4	43,6	44

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 Provincia di Foggia - Anni dal 2005 al 2018

ANNI	Tasso di disoccupazione
2005	18.3
2006	11.2
2007	9.5
2008	11.3
2009	13.6
2010	13.4
2011	14.4
2012	18.2
2013	21.2
2014	22.8
2015	20.1
2016	17.1
2017	25.0
2018	22.0

Altri indicatori socio demografici di periodo

	Tasso di mortalità (per mille abitanti)	Speranza di vita alla nascita	Speranza di vita a 65 anni	Speranza di vita a 85 anni	Età media al decesso	Probabilità di morte a 0 anni (per mille)
Italia	10,5	83	20,9	6,7	81,1	2,9
Puglia	9,9	82,6	20,7	6,7	80,3	3,1

	Tasso di fecondità totale	Età media delle madri al parto	Età media dei padri alla nascita
Italia	1,29	31,99	35,49
Puglia	1,26	30,97	34,48

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, tanto per il sostanziale miglioramento della qualità di vita e della qualità delle cure erogate, quanto per il rapporto sfavorevole tra l'indice di natalità, benché stazionario rispetto all'anno precedente, e l'indice di mortalità.

Questi fondamentali indicatori determinano il profilo della comunità assistenziale servita dall'Azienda ASL Foggia 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, è stato complessivamente pari a 546.367, di cui n. 120.682 unità per motivi di reddito e n. 425.685 per altri motivi. Va comunque precisato che alcuni cittadini beneficiano di più esenzioni.

4.2 Analisi del contesto interno

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;
- le strutture dei n. 8 Distretti Socio Sanitari in cui è suddiviso il territorio dell'ASL;
- n.3 Ospedali a gestione diretta
- il 52rivate accreditato.

La Direzione Aziendale della ASL Foggia, così come risulta dalla Delibera n.906 del 29/07/2016 (Bozza Atto aziendale Asl Foggia), opererà avvalendosi di una struttura organizzativa composta dalle seguenti Strutture di staff:

- Struttura di Statistica ed Epidemiologia
- Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale (S.P.P.A)
- Fisica Sanitaria
- Struttura Burocratico-Legale
- Ufficio per le 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
- Ufficio di coordinamento aziendale delle cure primarie (U.A.C.P. – M.M.G)
- Ufficio di coordinamento aziendale delle cure pediatriche (U.A.C.P.P.)
- Unità di Controllo di Gestione
- Ufficio gestione strutture esterne e convenzioni
- Ufficio Privacy
- Ufficio qualità e rischio clinico
- Servizio delle professioni sanitarie
- Area coordinamento servizi socio sanitari
- Ufficio coordinamento screening
- Ufficio stampa

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

- Area Gestione delle Risorse Finanziarie
- Area Gestione del Patrimonio
- Area Gestione delle Risorse Umane
- Area Gestione Tecnica
- Area Amministrativa Ospedaliera
- Area Amministrativa Distrettuale

L'organizzazione sanitaria di cui alla delibera n. 906/2016 e succ. modif. si articola altresì nella seguente organizzazione dipartimentale aziendale della funzione ospedaliera e mista, ospedale-territorio, così come previsto dalle delibere n. 73 del 24 gennaio 2019 e 1638 del 03 dicembre 2019 :

- Dipartimento Ospedale-Territorio di Diagnostica per Immagini e in vitro
- Dipartimento Ospedaliero Multidisciplinare Chirurgico
- Dipartimento Ospedaliero Multidisciplinare Internistico
- Dipartimento Ospedale-Territorio della Maternità e dell'Infanzia
- Dipartimento Ospedale-Territorio del Farmaco
- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento di Salute Mentale Interaziendale
- Dipartimento di Dipendenze Patologiche
- Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitativa Ospedaliera e Territoriale
- Dipartimento Emergenza Urgenza
- Dipartimento Immuno-Trasfusionale Interaziendale
- Dipartimento Interaziendale Oncologico

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 Foggia, nel corso del 2018 è stato pari a n. 3470 unità e nel corso del 2019 è stato pari a 3.451.

Per l'anno 2018 vanno aggiunti n.513 Medici di Medicina Generale (MMG), n.87 Pediatri di libera scelta (PLS), n.153 medici specialisti ambulatoriali interni, n.277 medici di continuità assistenziale e del territorio.

Il totale degli operatori aziendali è quindi pari a n. 4481

Area	2018					2019				
	Ruolo Sanitario	Ruolo Tecnico	Ruolo Professionale	Ruolo amministrativo	TOTALE	Ruolo Sanitario	Ruolo Tecnico	Ruolo Professionale	Ruolo amministrativo	TOTALE
Direzione e Aree di Gestione	18	37	5	129	189	22	40	2	116	180
Dipartimenti Territoriali	708	139	-	132	979	719	146	0	114	979
Ospedali	1.254	168	2	63	1487	1.232	179	2	54	1467
Distretti	580	101	-	134	815	586	116	0	123	825
TOTALE AZIENDA	2.560	445	7	458	3.470	2.559	481	4	407	3.451

Riepilogo per Sesso

Rispetto all'analisi per genere del personale dipendente, si evidenzia come in confronto al 2018 questa è rimasta sostanzialmente invariata: circa 45% per gli uomini e circa 55% per le donne.

Anno	2018		2019	
	N.	%	N.	%
Donne	1.913	55,13%	1.905	55,2%
Uomini	1.557	44,87%	1.546	44,8%
Totale	3.470	100%	3.451	100%

Riepilogo per età

Rispetto all'analisi per età del personale dipendente a tempo indeterminato, di seguito rappresentata, si rileva che la classe di età maggiormente popolata è quella dai 50 ai 59 anni con una percentuale pari a circa il 38,7% del totale nel 2019.

La fascia d'età al di sopra dei 50 anni per il 2019 è pari al 65,88%, di cui ben il 27,18% al di sopra dei 60 anni.

Tale analisi comporta una riflessione sulle politiche di gestione del personale dipendente e sulla organizzazione aziendale.

Anno	2018		2019	
Decade	N.	%	N.	%
20-29	29	0,84%	32	0,93%
30-39	241	6,94%	260,5	7,55%
40-49	971	27,98%	885	25,64%
50-59	1.401	40,38%	1.335,5	38,7%
>60	828	23,86%	938	27,18%
TOTALE	3.342	100%	3.451	100%

Riepilogo per Tipo rapporto di lavoro

L'analisi del personale dipendente relativamente al tipo di rapporto di lavoro evidenzia un notevole aumento del personale a tempo determinato sul totale del personale dipendente, tra il 2018 ed il 2019, pari a circa il 9,16 %. Nel complesso si registra un leggero decremento del personale dipendente.

Qualifica	2018			2019		
	Determinato	Indeterminato	Totale	Determinato	Indeterminato	Totale
Dirigenti Medici	53	546	599	100	489	589
Dirigenti Sanitari non Medici	6	109	115	9	104	113
Pers. Comparto Infermieri	25	1.425	1.450	87	1.270	1.357
Pers. Tecnico Sanitario	21	196	217	26	184	210
Altro Pers. Di comparto	28	151	179	39	250	289
Totale Ruolo Sanitario	133	2427	2.560	261	2297	2.558
Dirigenti	0	14	14	0	17	17
Personale di Comparto	10	421	431	29	436	465
Totale Ruolo Tecnico	10	435	445	29	453	482
Dirigenti	0	5	5	1	1	2
Personale di Comparto	0	2	2	0	2	2
Totale Ruolo Professionale	0	7	7	1	3	4
Dirigenti	15	9	24	11	9	20
Personale di Comparto	11	423	434	14	373	387
Totale Ruolo Amministrativo	26	435	458	25	382	407
TOTALE AZIENDA	169	3.301	3.470	316	3.135	3.451

Turnover

L'analisi del *turnover*, ossia la differenza tra nuove assunzioni e cessazioni dei rapporti di lavoro, rivela nel 2019 un decremento di circa il 18,21% delle assunzioni rispetto all'anno precedente ed un decremento del 19,78% delle cessazioni.

Nel 2018 la percentuale del personale in quiescenza rispetto a tutti i cessati è pari al 22%, mentre nel 2019 la stessa percentuale è pari al 34%. I restanti casi sono dovuti a dimissioni volontarie, mobilità all'interno del SSR e altri motivi.

	Anno 2018	Anno 2019
ASSUNTI	273	219
CESSATI	379	310
di cui in quiescenza	83	104

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

Il numero delle giornate dei permessi per l'applicazione della L.n.104/92 di cui ha usufruito il personale dipendente è diminuito tra il 2018 ed il 2019 di una percentuale pari al 14,94%.

ANNO	2018		2019	
	N.giorni	%	N. giorni	%
RUOLO SANITARIO	13.739	73%	11.765	72,52%
Dirigenti	2.698	14%	2.452	15,11%
Comparto	11.041	59%	9.313	57,41%
RUOLO TECNICO	2.040	14%	2.028	12,5%
Dirigenti	45	1%	144	0,89%
Comparto	1.995	13%	1.884	11,61%
RUOLO PROFESSIONALE	0	0%	0	0%
Dirigenti	0	0%	0	0%
Comparto	0	0%	0	0%
RUOLO AMMINISTRATIVO	3.295	13%	3.295	20,31%
Dirigenti	47	0%	51	0,31%
Comparto	3.248	13%	2.380	14,67%
TOTALE ASL FG	19.074	100%	16.224	100%

Formazione

L'attività di formazione del personale dipendente dei vari ruoli presenta l'andamento di seguito specificato nel biennio considerato, per numero di corsi, per numero di edizioni e per numero di partecipanti.

ANNO	N. CORSI	N. EDIZIONI	N. PARTECIPANTI
2018	68	76	2.775
2019	76		2.787

4.2.3 Risorse tecnologiche

Risorse Tecnologiche

Nel corso dell'anno 2019, nell'ASL Foggia, sono state installate le seguenti apparecchiature elettromedicali ad alta tecnologia:

- n.1 MAMMOGRAFO DIGITALE HOLOGIC INC., mod. SELENIA DIMENSIONS, S/N GAN140101941, installato su mezzo mobile ed utilizzato per le attività di screening mammografico;
- n.1 MAMMOGRAFO DIGITALE GE MEDICAL SYSTEMS SCS, mod. SENOGRAPHE PRISTINA 3D, S/N 752849BU0, installato presso il P.O. "G. Tatarella" di Cerignola;
- n.1 MAMMOGRAFO DIGITALE GE MEDICAL SYSTEMS SCS, mod. SENOGRAPHE PRISTINA 3D, S/N 753867BU1, installato presso il P.O. "Teresa Masselli Mascia" di San Severo;
- n.1 MAMMOGRAFO DIGITALE GE MEDICAL SYSTEMS SCS, mod. SENOGRAPHE PRISTINA 3D, S/N 753384BU7, installato presso il D.S.S. di Manfredonia.

La spesa sostenuta per la manutenzione e riparazione delle apparecchiature elettromedicali/da laboratorio da parte dell'U.O.S. Ingegneria Clinica ed Energy Management Technology relativa all'esercizio 2019 è stata di € 4.443.985,17 (IVA inclusa).

Risorse ICT

Le tecnologie ICT al 31/12/2019 sono quantificate in:

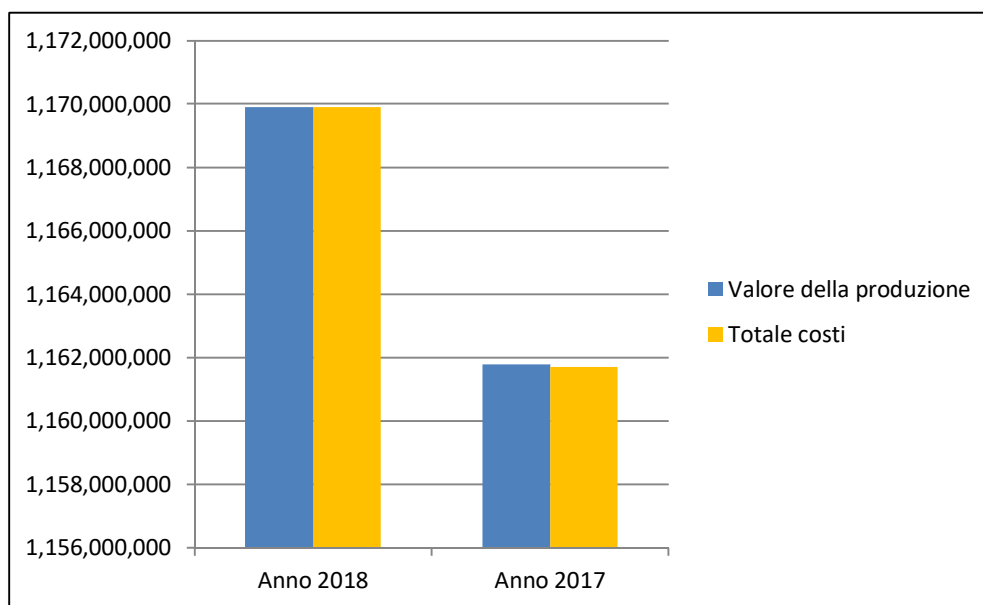
- circa n. 2803 postazioni lavoro (PC)
- circa n. 4200 apparecchi telefonici con tecnologia IP
- n. 30 server fisici
- circa n. 89 server virtuali

4.2.4 Quadro economico-finanziario

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 sugli scostamenti relativi 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	Var %
Valore della produzione	1.169.904.624	1.161.784.292	0,70%
Costi della produzione	1.149.776.654	1.150.222.626	-0,04%
Altri costi	20.116.944	11.488.262	75,11%
Totale costi	1.169.893.598	1.161.710.888	0,70%
Risultato di esercizio	11.026	73.404	-84,98%



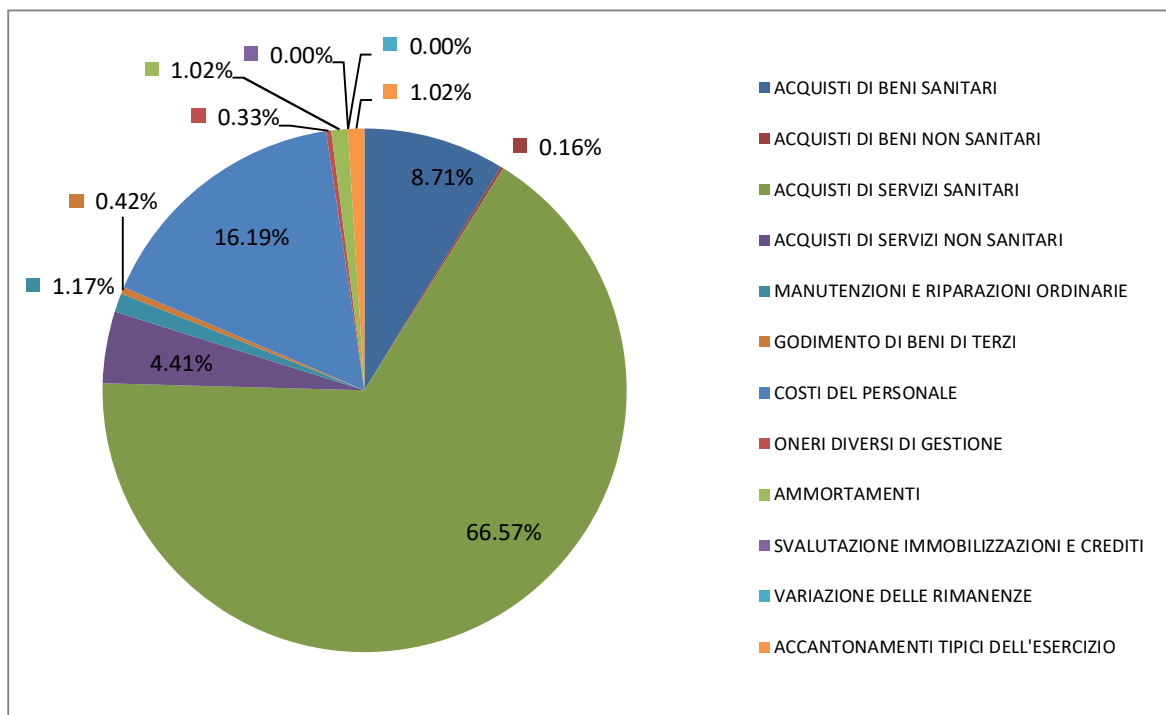
Scostamento macro-aggregati dei costi della produzione				
	Anno 2018	Incid. sul totale costi	Anno 2017	Incid. sul totale costi
ACQUISTI DI BENI SANITARI	113.567.754,38	9,88%	98.743.139	8,58%
ACQUISTI DI BENI NON SANITARI	1.939.426,37	0,17%	1.959.196	0,17%
ACQUISTI DI SERVIZI SANITARI	765.824.137,31	66,61%	768.591.400	66,82%
ACQUISTI DI SERVIZI NON SANITARI	45.351.617,41	3,94%	40.489.425	3,52%
MANUTENZIONI E RIPARAZIONI ORDINARIE	11.290.892,86	0,98%	10.680.485	0,93%
GODIMENTO DI BENI DI TERZI	4.322.844,89	0,38%	3.699.711	0,32%
COSTI DEL PERSONALE	184.751.879,86	16,07%	184.710.072	16,06%
ONERI DIVERSI DI GESTIONE	3.643.823,96	0,32%	3.831.856	0,33%
AMMORTAMENTI	11.763.555	1,02%	11.944.084	1,04%
SVALUTAZIONE IMMOBILIZZAZIONI E CREDITI	0	0,00%	0	0,00%
VARIAZIONE DELLE RIMANENZE	-6.670.662	-0,58%	765.500	0,07%
ACCANTONAMENTI TIPICI DELL'ESERCIZIO	13.991.384,49	1,22%	24.807.760	2,16%
TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE	1.149.776.654	100%	1.150.222.626	100%

Quadro economico-finanziario di previsione del 2020

Macro-aggregati di bilancio	
	PREVISIONALE 2019
Valore della produzione	1.153.792.661,42
Costi della produzione	1.138.895.430,68
Altri costi	14.897.081,85
Totale costi	1.153.792.512,53
Risultato di esercizio	148,89

Macro-aggregati dei costi della produzione		
	Previsionale 2020	Incid. sul totale costi
ACQUISTI DI BENI SANITARI	99.197.250,04	8,71%
ACQUISTI DI BENI NON SANITARI	1.812.200,00	0,16%
ACQUISTI DI SERVIZI SANITARI	758.173.189,17	66,57%
ACQUISTI DI SERVIZI NON SANITARI	50.232.578,47	4,41%
MANUTENZIONI E RIPARAZIONI ORDINARIE	13.336.632,33	1,17%
GODIMENTO DI BENI DI TERZI	4.783.610,00	0,42%
COSTI DEL PERSONALE	184.443.067,89	16,19%
ONERI DIVERSI DI GESTIONE	3.707.200,00	0,33%
AMMORTAMENTI	11.576.589,78	1,02%
SVALUTAZIONE IMMOBILIZZAZIONI E CREDITI	0,00	0,00%
VARIAZIONE DELLE RIMANENZE	0,00	0,00%
ACCANTONAMENTI TIPICI DELL'ESERCIZIO	11.633.113,00	1,02%
TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE	1.138.895.430,68	100%

Incid. Sul totale costi Budget 2020



5. Collegamento con il Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione

Il Direttore Generale ha nominato i Dirigenti responsabili per l'Anticorruzione, la Trasparenza e la Privacy, con l'obiettivo di costruire un sistema di autocontrollo efficace per:

- prevenire o segnalare episodi di corruzione e di illegalità;
- definire un piano di comunicazione specifico per la trasparenza comunicativa;
- assicurare il corretto e sicuro trattamento dei dati personali e sensibili.

La politica aziendale in materia di Prevenzione della Corruzione risulta meglio dettagliata nell'Aggiornamento del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione 2019-2021 e Piano aziendale per l'attuazione della trasparenza (P.T.P.C.T.), approvato con delibera n. 131 del 31 gennaio 2019 contenente quali allegati l'Analisi dei Rischi, la Tabella delle Misure Anticorruptive 2019-2021, gli Obblighi di Pubblicazione con l'indicazione dei relativi Responsabile e la Relazione annuale del RPC.

L'approccio multidisciplinare e multiprofessionale consente di dare una piena ed adeguata risposta alle indicazioni fornite dall'ANAC con l'Aggiornamento al PNA del 28 ottobre 2015 e del 22 novembre 2017.

In armonia con il recente dettato normativo, uno degli obiettivi strategici aziendali è altresì la diffusione della cultura della trasparenza, che da "formale" diventa trasparenza "utile" grazie al coinvolgimento di tutti gli operatori, parte attiva del processo di miglioramento.

L'ASL di Foggia si propone di coordinare e integrare gli ambiti relativi alla performance, alla qualità, alla trasparenza, all'integrità e anticorruzione ricorrendo ai documenti del Piano Aziendale Anticorruzione.

Per quanto riguarda gli aspetti legati alla trasparenza, l'O.I.V. certifica la presenza delle informazioni contenute nel Portale Amministrazione Trasparente secondo le modalità stabilite annualmente dall'A.N.AC.

In generale per gli adempimenti legati a queste tematiche, poi, l'Azienda rende evidente l'integrazione degli strumenti programmatori e garantisce il collegamento tra performance e prevenzione della corruzione esplicitando in questo documento gli obiettivi, indicatori target stabiliti annualmente e rendendo quindi trasparente e controllabile l'iter di ricerca della performance aziendale.

Come richiamato nella delibera A.N.AC. 6/2013, infatti la "trasparenza è funzionale alla corretta implementazione del ciclo di gestione della performance, garantendo l'effettiva accountability delle amministrazioni in termini di obiettivi e risultati dell'azione amministrativa".

Inoltre, l'integrare gli standard di qualità nel Piano della performance, così come sopra elencato, oltre ad essere un impegno verso l'esterno, costituisce una responsabilità che è collegata alla valutazione organizzativa e individuale.

Una particolare attenzione viene quindi data dall'Azienda al valore della legalità ed alla valorizzazione dell'anticorruzione.

Il ciclo della performance "integrato" dell'ASL di Foggia sancisce infatti l'importante ruolo che il Piano Triennale per la Prevenzione e il Piano per la 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.

L'anticorruzione nell'ASL di Foggia non viene vissuta come un problema limitato al Dirigente della Struttura o a mero adempimento istituzionale bensì è un sistema di indirizzi, di cultura, di etica e di azioni che

coinvolge tutta l'attività dell'Azienda e dei suoi dipendenti che fanno propri i valori espressi dalla materia dell'anticorruzione stessa.

Il rispetto del Codice di Comportamento e delle norme dell'Anticorruzione sono pertanto realtà legate alla responsabilità individuale dei dipendenti, oltre alla responsabilità in vigilando di chi è preposto al controllo: il percorso che il processo di budget realizza per perseguire la performance organizzativa si riconduce invece ad una responsabilità gestionale-organizzativa legata alle strutture in cui l'Azienda si articola per apportare attraverso il proprio operato la soddisfazione dei bisogni della collettività.

Tenuto conto della distinzione, descritta nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance dell'ASL di Foggia, attualmente in fase di adozione, 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 e inoltre si basa su valutazioni di tipo qualitativo e comportamentale, risulta quindi evidente che la tematica dell'anticorruzione è oggetto di attenzione nell'ambito appunto 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 generali agli obiettivi specifici

Le politiche e le strategie aziendali sono definite dalla Direzione Strategica all'interno della *mission* e recepiscono le linee di indirizzo nazionali e regionali. Le politiche e le strategie vengono declinate in obiettivi assegnati alle singole strutture attraverso il processo di budget.

Per la definizione degli obiettivi strategici generali la Direzione Strategica ha considerato, perciò, i seguenti riferimenti normativi:

- la D.G.R. n.2437 del 30/12/2019, ultimo atto approvato al riguardo dal Governo Regionale, con cui sono stati individuati ed assegnati gli obiettivi di performance ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliere-Universitarie del S.S.R. per l'anno 2019;
- la DGR n. 129 del 6/2/2018 avente ad oggetto "Programma Operativo 2016-2018. Piano delle azioni avviate nel biennio 2016-2017 e delle misure da attuare nel 2018";
- tutte le norme vigenti in tema di livelli essenziali di assistenza (c.d. obiettivi LEA);
- tutte le leggi nazionali e regionali vigenti (c.d. obiettivi di Legge).

Il passaggio dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi è realizzato tramite la contrattazione degli obiettivi operativi di budget descritta dettagliatamente nel Regolamento di Budget operativo adottato con Delibera del Direttore Generale n. 580 del 17 aprile 2018.

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 dai vari componenti del Comitato di Budget, ed i Direttori delle Direzioni Ospedaliere, Direttori dei Dipartimenti Territoriali, Direttori dei Distretti, Direttori delle Aree di Gestione ed i Direttori/Direttrici Responsabili delle Strutture 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 di cui al Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.

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

La scheda di budget è costituita dai seguenti elementi:

- descrizione sintetica dell'obiettivo
- dimensione quantitativa e/o qualitativa alla quale ciascun obiettivo è collegato
- peso di ogni singolo obiettivo
- individuazione del relativo indicatore
- target da raggiungere

Gli obiettivi individuati rispondono ai requisiti richiesti dall'art. 5 del D. lgs 150/2009:

- 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;
- 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, 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 elaborato dal Comitato di Budget, su mandato della Direzione Generale, è stato adottato con atto deliberativo n. 580/2018;
- Apertura fase di negoziazione: la fase di negoziazione ha inizio con incontri tra la i componenti del Comitato di Budget, delegati dal Direttore Generale, e Direttori di Dipartimento Ospedaliero, Direttori di Dipartimento Territoriale, Direttori di Distretto, Direttori delle Aree di Gestione ed i Direttori/Dirigenti Responsabili delle UU.OO. di Staff. Durante tali incontri i componenti del Comitato di Budget, presentano 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 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 Comitato di Budget.

Successivamente il Comitato di Budget 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 le proposte di budget operativo pervenute dalle Macrostrutture, ed in particolare le eventuali integrazioni introdotte, sulla base dell'istruttoria predisposta dal Comitato di

Budget. La negoziazione si conclude con l'intesa tra il Direttore Generale e i Direttori/Dirigenti Responsabili di Macrostruttura.

- Formalizzazione del budget operativo delle Strutture: il Direttore/Dirigente Responsabile di Macrostruttura formalizza le schede di budget alle Strutture afferenti.
- Comunicazione interna della negoziazione dei budget operativi: i Direttori/Dirigenti Responsabili delle Strutture hanno il compito di:
 - informare i collaboratori assegnati alla Struttura 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 struttura 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 Strutture 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, sulla base delle suddette relazioni e delle verifiche sui dati disponibili, istruisce e 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.

Nel corso dell'anno ci potrà essere una variazione degli obiettivi/indicatori/target assegnati a seguito dell'adozione dei nuovi LEA da parte del Ministero per la Salute e dell'applicazione della delibera n.1638 del 03/12/2019 contenente la nuova organizzazione dipartimentale dell'ASL.

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.

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 economico preventivo per l'anno 2020 di cui alla delibera n. 1749 del 30/12/2019 è stato improntato 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, in quanto disposizioni di principio ai fini del coordinamento della finanza pubblica, agli enti e alle aziende del sistema sanitario nazionale e regionale.

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 passato da - 8 gg. riferito all'anno 2018 a -10 gg riferito al terzo trimestre 2019.

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.

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, sì da configurarsi quale strumento che si affianca alla valutazione organizzativa e di equipe, consentendo di evidenziare l'apporto del gruppo o quello individuale, a seconda delle circostanze specifiche, al raggiungimento degli obiettivi di programmazione.

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

- promozione della cultura aziendale della partecipazione e del coinvolgimento del personale nella definizione degli obiettivi e nell'individuazione del contributo atteso delle strutture e dei singoli professionisti;
- miglioramento dell'integrazione del ciclo della performance organizzativa e della performance individuale;
- miglioramento continuo del sistema di misurazione e valutazione della performance aziendale;
- promozione della cultura aziendale della valutazione;
- formazione dei valutatori per la gestione dei colloqui di valutazione e del feedback, individuazione di azioni di miglioramento e sviluppo dei collaboratori, gestione del conflitto;
- miglioramento continuo dell'accuratezza e della tempestività dei dati periodici infra-annuali, quali condizioni necessarie alla realizzazione del monitoraggio dello stato di avanzamento del grado di raggiungimento del target degli obiettivi prefissati, nel corso dell'esercizio di riferimento, e di conseguenza alla possibilità di apportare eventuali correttivi;
- potenziamento della Struttura Tecnica Permanente, con lo scopo di garantire il necessario supporto all'Organismo Indipendente di Valutazione e nel contempo assicurare il legame tra Ciclo di Gestione della Performance e Processo di Budget.