



REGIONE PUGLIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE

DELLA PROVINCIA DI FOGGIA

PIANO DELLA PERFORMANCE

Anni 2019-2021

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	<i>L'ASL Foggia "in cifre"</i>	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>	17
3.1.4	<i>Prevenzione</i>	25
3.1.5	<i>Dipendenze Patologiche</i>	34
3.1.6	<i>Salute Mentale</i>	37
3.2	<i>Mandato Istituzionale e missione</i>	40
3.3	<i>Albero della performance</i>	40
4	ANALISI DEL CONTESTO	46
4.1	<i>Analisi del contesto esterno</i>	46
4.2	<i>Analisi del contesto interno</i>	50
4.2.1	<i>Modello organizzativo</i>	50
4.2.2	<i>Risorse umane</i>	52
4.2.3	<i>Risorse tecnologiche</i>	55
4.2.4	<i>Quadro economico-finanziario degli anni 2015-2016</i>	56
5	COLLEGAMENTO CON IL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE PER LA CORRUZIONE E LA TRASPARENZA	59
6	DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI	61
7	IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE	64
7.1	<i>Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio</i>	64
7.2	<i>Sistema di Valutazione della Performance dei sistemi sanitari regionali</i>	64
7.3	<i>Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance</i>	65

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 (*sustanaibility*);
- ✓ 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.

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 snc 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, della L.R. del 3 agosto 2006 n. 25, della L.R. del 9 agosto 2006 n. 26, del R.R. del 18 aprile 2011 n. 6, della DGR del 27.12.2012 n. 3008, della D.G.R. del 4 luglio 2014 n. 1403, della D.G.R. del 6 maggio 2015 n. 930 e del R.R. del 4 giugno 2015 n. 4, della DGR del 29.02.2016 n. 161, del 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.



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"

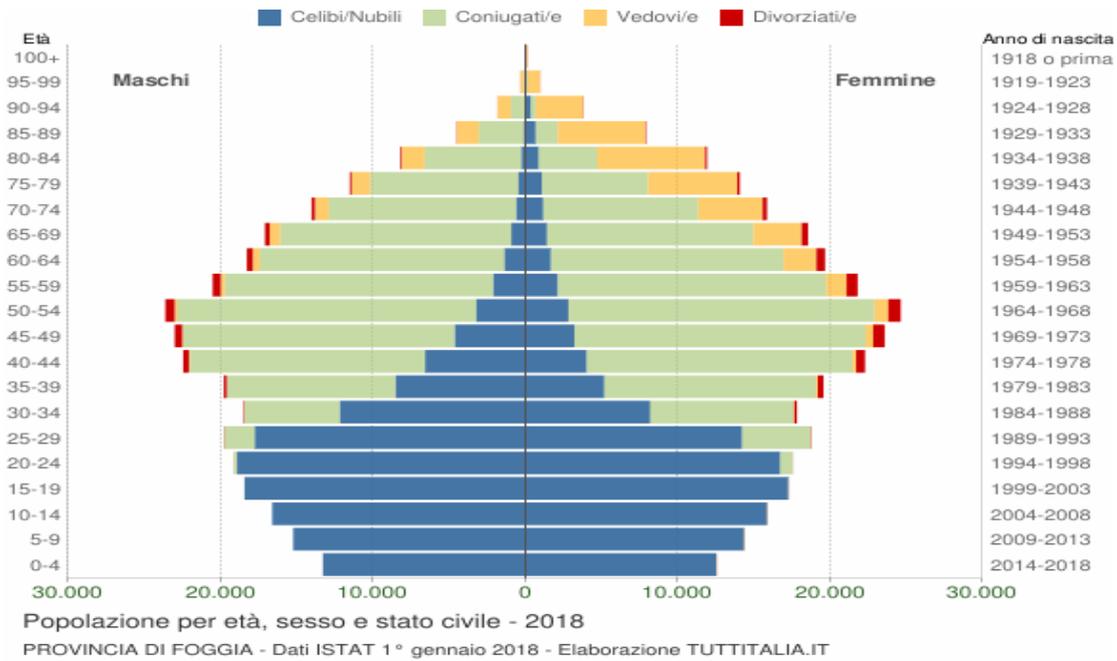
3.1.1 Territorio e popolazione

La ASL Foggia opera su un territorio di 7.007,54 Km², coincidente con la provincia di Foggia, su cui risiedono complessivamente n. 625.311 abitanti, con una densità pari a n. 89,23 abitanti per Km², distribuiti in 61 comuni a loro volta suddivisi in n. 8 Distretti Socio Sanitari.

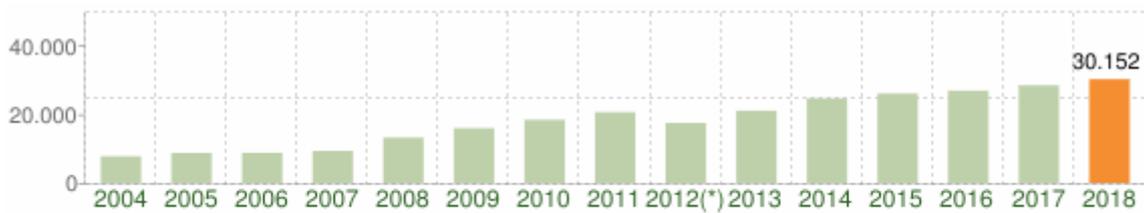
La distribuzione della popolazione per fasce di età al 01/01/2018 è la seguente : (Fonte ISTAT)

Distribuzione della popolazione 2018 - Provincia di Foggia

<i>Età</i>	<i>Maschi</i>	<i>Femmine</i>	<i>Totale</i>	<i>%</i>
0-4	13.298	12.526	25.824	4,10%
5-9	15.241	14.347	29.588	4,70%
10-14	16.626	15.855	32.481	5,20%
15-19	18.438	17.284	35.722	5,70%
20-24	19.134	17.542	36.676	5,90%
25-29	19.800	18.779	38.579	6,20%
30-34	18.504	17.805	36.309	5,80%
35-39	19.800	19.571	39.371	6,30%
40-44	22.451	22.276	44.727	7,20%
45-49	23.017	23.562	46.579	7,40%
50-54	23.639	24.640	48.279	7,70%
55-59	20.511	21.815	42.326	6,80%
60-64	18.299	19.644	37.943	6,10%
65-69	17.099	18.566	35.665	5,70%
70-74	14.021	15.878	29.899	4,80%
75-79	11.541	14.055	25.596	4,10%
80-84	8.205	11.933	20.138	3,20%
85-89	4.545	7.911	12.456	2,00%
90-94	1.822	3.828	5.650	0,90%
95-99	344	980	1.324	0,20%
100+	39	140	179	0,00%
Totale	306.374	318.937	625.311	100,00%

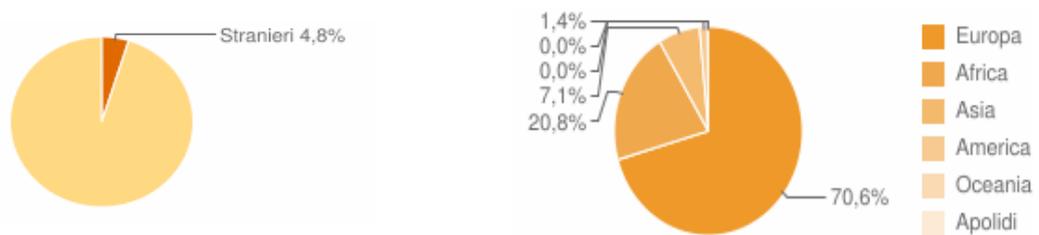


Gli stranieri residenti nella Provincia di Foggia al 01/01/2018 sono n. 30.152 e rappresentano il 4,8% della popolazione residente complessiva.

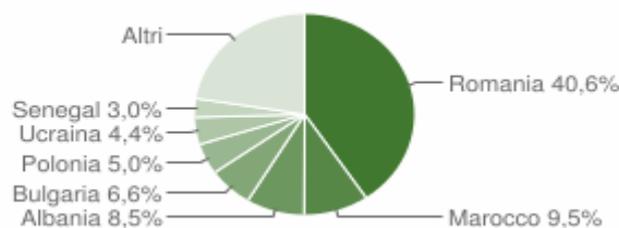


Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2018
 PROVINCIA DI FOGGIA - Dati ISTAT 1° gennaio 2018 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento



La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla Romania con il 40,6% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dal Marocco (9,5%) e dall'Albania (8,5%).



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. 566 così suddivisi:

Presidio a gestione diretta	P.L. ordinari	Day hospital + Day surgery	Totale
P.O. " G. Tatarella" Cerignola	173	19	192
P.O. " San Camillo de Lellis" Manfredonia	99	8	107
P.O. "T. Maselli Mascia"- San Severo-Lucera	234	23	257
Totale	506	50	566

I posti letto delle Case di Cura convenzionate sono pari a n. 306 così suddivisi:

Presidi privati	P.L.
Villa Igea	53
Casa di Cura Villa Serena	91
Casa di Cura	51
Casa di Cura Santa Maria	80
Casa di Cura	31
Totale	306

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.

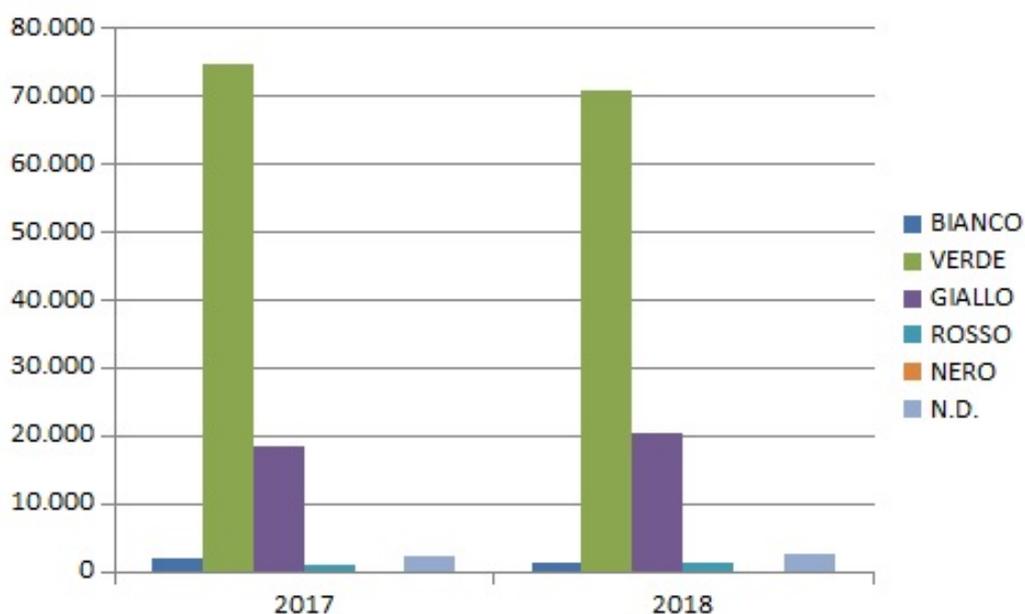
Di seguito sono riportati alcuni dei dati principali riferiti alla attività assistenziale erogata

Numero accessi in Pronto Soccorso degli Ospedali a gestione diretta anni 2017/18

OSPEDALE	2017	2018
P.O. " G. Tatarella" Cerignola	37.378	35.309
P.O. " San Camillo de Lellis" Manfredonia	22.359	21.770
P.O. "T. Maselli Mascia"- San Severo	27.418	27.414
Plesso Lucera	10.918	11.449
Totale	98.073	95.942

Numero accessi in Pronto Soccorso per codice di triage degli Ospedali a gestione diretta anni 2017/18

Codice	2017		2018	
	N.	%	N.	%
BIANCO	1.872	1,91	1.348	1,41
VERDE	74.672	76,14	69.957	72,92
GIALLO	18.410	18,77	23.216	24,20
ROSSO	917	0,94	1.144	1,19
NERO	57	0,06	30	0,03
N.D.	2.145	2,19	247	0,26
TOTALE	98.073	100%	95.942	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., testimoniato da una progressiva riduzione della percentuale di codici bianchi e verdi ed un incremento di quella dei codici 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 2018 sono stati effettuati n. 18.843 ricoveri in regime ordinario, pari al 5,6% in meno rispetto al 2017, e n. 1.690 day-hospital, circa l'11,7% 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 2017 vs 2018

	DEGENZA ORDINARIA						
	Anno 2018			Anno 2017			Scost. %
	Dimessi	Deg. Med.	Peso Medio	Dimessi	Deg. Med.	Peso Medio	Dimessi
CERIGNOLA	7.274	4,89	0,91	7.061	4,93	0,86	3,0%
SAN SEVERO - LUCERA	8.624	6,88	0,93	9.581	6,5	0,92	-10,0%
MANFREDONIA	2.945	7,15	0,92	3.318	6,83	0,91	-11,2%
ASL FG	18.843	6,31	0,92	19.960	6	0,91	-5,6%
	DAY HOSPITAL						
	Anno 2018			Anno 2017			Scost. %
	Dimessi		Peso Medio	Dimessi		Peso Medio	Dimessi
CERIGNOLA	393		1,06	496		0,77	-20,8%
SAN SEVERO - LUCERA	795		0,68	942		0,69	-15,6%
MANFREDONIA	502		0,73	476		0,74	5,5%
ASL FG	1.690		0,82	1.914		0,79	-11,7%

Complessivamente l'attività erogata nei presidi ospedalieri dell'ASL FG presenta una degenza media in regime ordinario pari a 6,31 giorni, in linea rispetto al 2017 e con dinamiche abbastanza omogene fra i tre presidi.

Per quanto riguarda la casistica chirurgica (che rappresenta in ordinario il 26% del totale dell'attività erogata), questa rimane 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 2017

	DEGENZA ORDINARIA							
	Anno 2017				Anno 2018			
	DRG Chirurgico		DRG Medico		DRG Chirurgico		DRG Medico	
	%	Totale	%	Totale	%	Totale	%	Totale
CERIGNOLA	27	1.921	73	5.140	31	2.279	69	5.009
SAN SEVERO	24	2.269	76	7.312	23	1.955	77	6.725
MANFREDONIA	24	797	76	2.521	21	625	79	2.321
ASL FG	25	4.987	75	14.973	26	4.859	74	14.055
	Day Hospital							
	Anno 2017				Anno 2018			
	DRG Chirurgico		DRG Medico		DRG Chirurgico		DRG Medico	
	%	Totale	%	Totale	%	Totale	%	Totale
CERIGNOLA	28	137	72	359	43	172	57	227
SAN SEVERO	39	367	61	575	28	222	72	577
MANFREDONIA	10	46	90	430	17	85	83	417
ASL FG	29	550	71	1.364	28	479	72	1.221
	TOTALE (DO + DH)							
	Anno 2017				Anno 2018			
	DRG Chirurgico		DRG Medico		DRG Chirurgico		DRG Medico	
	%	Totale	%	Totale	%	Totale	%	Totale
CERIGNOLA	27	2.058	73	5.499	32	2.451	68	5.236
SAN SEVERO	25	2.636	75	7.887	23	2.177	77	7.302
MANFREDONIA	22	843	78	2.951	21	710	79	2.738
ASL FG	25	5.537	75	16.337	26	5.338	74	15.276

Dal complesso dei ricoveri effettuati, si rileva che la mobilità attiva extra-regionale è in aumento rispetto al 2017 ed è pari al 5,3% :

Produzione Ospedaliera dell'ASL FG (Strutture Pubbliche):

Presidio Ospedaliero	Ricoveri ordinari anno 2018 x residenza			
	Puglia	Altre Regioni	Eestero	Totale
Cerignola	6.832	307	149	7.288
Manfredonia	2.837	59	50	2.946
San Severo - Lucera	8.218	222	245	8.685
P.O. Asl Foggia	17.887	588	444	18.919

Presidio Ospedaliero	Ricoveri ordinari anno 2017 x residenza			
	Puglia	Altre Regioni	Eestero	Totale
Cerignola	6.678	196	187	7.061
Manfredonia	3.220	64	34	3.318
San Severo - Lucera	9.070	223	288	9.581
P.O. Asl Foggia	18.968	483	509	19.960

Presidio Ospedaliero	Ricoveri DH-DS anno 2018 x residenza			
	Puglia	Altre Regioni	Eestero	Totale
Cerignola	383	15	1	399
Manfredonia	480	18	4	502
San Severo - Lucera	776	19	4	799
P.O. Asl Foggia	1.639	52	9	1.700

Presidio Ospedaliero	Ricoveri DH-DS anno 2017 x residenza			
	Puglia	Altre Regioni	Eestero	Totale
Cerignola	474	21	1	496
Manfredonia	461	10	5	476
San Severo - Lucera	912	21	9	942
P.O. Asl Foggia	1.847	52	15	1.914

Presidio Ospedaliero	Ricoveri totali (Ordinari, DH, DS) anno 2018 x residenza			
	Puglia	Altre Regioni	Eestero	Totale
Cerignola	7.215	322	150	7.687
Manfredonia	3.317	77	54	3.448
San Severo - Lucera	8.994	241	249	9.484
P.O. Asl Foggia	19.526	640	453	20.619

Presidio Ospedaliero	Ricoveri totali (Ordinari, DH, DS) anno 2017 x residenza			
	Puglia	Altre Regioni	Eestero	Totale
Cerignola	7.152	217	188	7.557
Manfredonia	3.681	74	39	3.794
San Severo	9.982	244	297	10.523
P.O. Asl Foggia	20.815	535	524	21.874

Di seguito, si riporta il complesso dei ricoveri effettuati negli anni 2017 e 2018 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 2017**

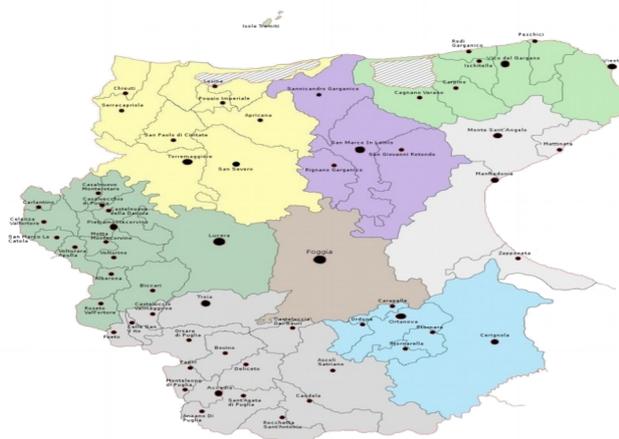
Disciplina di dimissione		DEGENZA ORDINARIA								
		Anno 2017				Anno 2018				Scost. %
		Cerignola	San Severo/ Lucera	Manfredonia	ASL FG	Cerignola	San Severo/ Lucera	Manfredonia	ASL FG	ASL FG
8	CARDIOLOGIA + UTIC	528	1.143	669	2.340	556	1.184	616	2.356	0,68
9	CHIRURGIA GENERALE	806	1.365	630	2.801	856	1.173	637	2.666	-4,82
26	MEDICINA GENERALE	1.116	1.704	833	3.703	1.050	1.608	751	3.409	-7,94
29	NEFROLOGIA E DIALISI	310	245		555	322	227		549	-1,08
31	NIDO					525	284		809	
34	OFTALMOLOGIA	165			165	151			151	-8,48
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	164	808	359	1.331	159	576	214	949	-28,70
37	GINECOLOGIA ED OSTETRICA	1333	1558		2.891	1.449	1.352		2.801	-3,11
38	OTORINOLARINGOIATRIA	459			459	464			464	1,09
39	PEDIATRIA	1593	1227		2.820	1.068	855	0	1.923	-31,81%
40	PSICHIATRIA		687	375	1.062		682	367	1.049	-1,22%
43	UROLOGIA	516			516	498			498	-3,49%
49	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	71	102		173	88	87		175	1,16%
56	RIABILITAZIONE						36		36	
58	GASTROENTEROLOGIA			402	402			311	311	-22,64%
60	LUNGODEGENZA		158		158	88	155	49	292	84,81%
68	PNEUMOLOGIA		584		584		405		405	-30,65%
		7.061	9.581	3.318	19.960	7.274	8.624	2.945	18.843	-5,60%

**Produzione Ospedaliera dell'ASL FG in day-hospital (Strutture Pubbliche):
Dimessi suddivisi per Disciplina di Dimissione, ambito di ricovero - Anno 2018 vs 2017**

Disciplina di dimissione		DAY HOSPITAL								
		Anno 2017				Anno 2018				Scost. %
		Cerignola	San Severo	Manfredonia	ASL FG	Cerignola	San Severo	Manfredonia	ASL FG	ASL FG
8	CARDIOLOGIA		302		302		286		286	-5,30
9	CHIRURGIA GENERALE	17	462	48	527	16	313	96	425	-19,35
26	MEDICINA GENERALE	8	3	37	48	7		9	16	-66,67
29	NEFROLOGIA E DIALISI	2			2	1			1	-50,00
31	NIDO									
34	OFTALMOLOGIA	2			2				0	-100,00
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1	51		52		27		27	-48,08
37	GINECOLOGIA ED OSTETRICA									
38	OTORINOLARINGOIATRIA	120			120	99			99	-17,50
39	PEDIATRIA	76	39	7	122	94	53		147	20,49
40	PSICHIATRIA		85	316	401		116	315	431	7,48
43	UROLOGIA	270			270	176			176	-34,81
58	GASTROENTEROLOGIA			68	68			82	82	20,59
		496	942	476	1914	393	795	502	1690	-11,70

In valore assoluto, l'attività di day hospital e day surgery registra negli anno 2017/2018 una riduzione di n. 224 prestazioni (-11,70%).

3.3 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 01/01/2018 per Distretto e per classi di età è la seguente:

Profilo demografico per distretto di residenza al 01/01/2018

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	103.594	16,6	14.869	14,4	67.373	65,0	10.842	10,5	20,6	10.510	10,1	5.487	5,3
Distretto 52 San Marco in L.	57.996	9,3	7.800	13,4	37.468	64,6	6.056	10,4	21,9	6.672	11,5	2.316	4,0
Distretto 53 Vico del G.	45.968	7,4	6.156	13,4	29.791	64,8	4.824	10,5	21,8	5.197	11,3	2.396	5,2
Distretto 54 Manfredonia	78.973	12,6	11.081	14	51.023	64,6	8.364	10,6	21,4	8.505	10,8	2.384	3,0
Distretto 55 Cerignola	96.896	15,5	15.684	16,2	65.242	67,3	8.736	9,0	16,5	7.234	7,5	6.831	7,0
Distretto 58 Lucera	51.526	8,2	6.653	12,9	32.839	67,3	5.517	10,7	23,4	6.517	12,6	1.844	3,6
Distretto 59 Troia	38.986	6,2	4.823	12,4	24.830	63,7	4.066	10,4	23,9	5.267	13,5	1.959	5,0
Distretto 60 Foggia	151.372	24,2	20.827	13,8	97.945	64,7	17.159	11,3	21,5	15.441	10,2	6.935	4,6
Asl Foggia	625.311	100	87.893	14,1 %	406.511	65,0%	65.564	10,5%	20,9%	65.343	10,4%	30.152	4,8%
Puglia	4.048.242		540.164	13,3 %	2.630.324	65,0%	447.569	11,1%	21,7%	430.185	10,6%	134.351	3,3%

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. 171 presidi a gestione diretta e n. 142 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	65	18	28									
	Struttura residenziale									2			2
	Struttura semiresidenziale					5							
	Altro tipo di struttura Territoriale				28	12	11						
Totale		65	18	28	28	17	11	0	0	2	0	0	2

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	7	8	43									
	Struttura residenziale					22				13	3	9	1
	Struttura semiresidenziale					9				5	13	8	
	Altro tipo di struttura Territoriale								1				
Totale		7	8	43		31	0	0	1	18	16	17	1

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

RESIDENZIALI ANZIANI (RSSA)				
Art.	P.L.	Occupati	DSS	Sede
66 RA Santa Maria Stella	44	44	Troia	Panni
66 RA La speranza G. Paolo II	39	39	Troia	Bovino
66 RA Casa Accoglienza L/R	25	22	San Severo	Torremaggiore
66 RA Casa Padre Pio	30	25	San Marco in L.	San Giovanni R.
66 RA Fondazione Turati	60	27	Vico del Gargano	Vieste
66 RA Il sorriso	30	30	Foggia	Foggia
66 RA Fond. M.G. Barone	83	83	Foggia	Foggia
66 RA S. Maria Pulsano	41	39	Manfredonia	Monte S. Angelo
66 RA Madre Teresa	6	6	San Marco in L.	San Giovanni R.
66 RA Maria della Serritella	15	14	Lucera	Volturino
66 RA Dott. Marco	15	13	Lucera	Lucera
66 RA Madonna della libera	40		Vico del Gargano	Rodi Garganico
	12			
66 RA Universo Salute	0		Foggia	Foggia
	54			
	8	342		

Le strutture semiresidenziali art.66 ter anziani sono le seguenti:

SEMIRESIDENZIALE TER art.66 anziani				
Art.	P.L.	Occupati	DSS	Sede
60 SDT Santa Rita	30	0	Cerignola	Cerignola
60 SDT Filo Continuo	30	8	San Severo	Torremaggiore
60 SDT Girasole	30	13	Manfredonia	Manfredonia
60 SDT Santa Chiara	30	15	Manfredonia	Manfredonia
60 SDT Il Sorriso	30	20	Foggia	Foggia
	150	56		

Le strutture residenziali disabili (RSSA) sono le seguenti:

RESIDENZIALI DISABILI (RSSA)				
Art.	P.L.	Occupati	DSS	Sede
58 RD Il Sorriso	20	20	Foggia	Foggia
58 RD Il Girasole	80	22	Manfredonia	Manfredonia
58 RD Villa Mele	60	40	Vico del Gargano	Rodi Garganico
	160	82		

Le strutture semiresidenziali Centri Diurni Disabili sono le seguenti:

CENTRI DIURNI DISABILI (SEMIRESIDENZIALI)				
Art.	P.L.	Occupati	DSS	Sede
60 SD L'abbraccio	30	30	Cerignola	Cerignola
60 SD SSD Reville	30	0	Cerignola	Ortanova
60 SD ASP De Piccolellis	25	0	Foggia	Foggia
60 SD Oasi Verde	25	0	Foggia	Foggia
60 SD Il Sorriso	30	30	Foggia	Foggia
60 SD Mondo Nuovo	30	6	Lucera	Lucera
60 SD Airone	30	16	Manfredonia	Manfredonia
60 SD San Francesco	30	0	San Severo	San Severo
60 SD G. Casoli	12	5	Troia	Troia
60 SD La Fenice	30	8	Vico del Gargano	Carpino
	272	95		

Si aggiungono le seguenti comunità socio riabilitative:

COMUNITA' SOCIO RIABILITATIVA				
Art.	P.L.	Occupati	DSS	Sede
57 RD Don Mario Carmone	12	9	Manfredonia	Manfredonia
57 RD ASP Castriota/Corropoli	10	0	San Severo	Serracapriola
57 RD Villa Rosa	15	0	Troia	Alberona
	37	9		

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 Annue
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 2018 sono state erogate dall'ASL FG, sia negli ambulatori presenti presso gli stabilimenti ospedalieri che negli ambulatori territoriali (poliambulatori e consultori), n. 2.909.864 prestazioni di specialistica ambulatoriale sostanzialmente in linea con i valori del 2017. Si precisa che nelle prestazioni specialistiche ambulatoriali sono compresi i trattamenti in Day Service.

	2018		2017		Var. %	Var. %
	quantità	importo	quantità	importo	quantità	valore
Prestazioni specialistiche da ambulatori territoriali	1.206.645	15.657.451	1.532.289	14.787.466	-21,25%	5,88%
Prestazioni specialistiche da ambulatori ospedalieri	1.703.219	21.835.474	1.447.356	23.375.716	17,68%	-6,59%
	2.909.864	37.492.925	2.979.645	38.163.182	-2,34%	-1,76%

Con riferimento all'attività di Hospice, la tabella che segue mostra il numero di utenti trattati nel 2018 dalle strutture sia pubbliche che private.

HOSPICE DATI DI ATTIVITA'

Strutture	Totale 2018	Totale 2017
Don Uva	188	170
Torremaggiore	106	100
Monte Sant'Angelo	45	35

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	2017
Distretto San Severo	2.127	1.705
Distretto San Marco in L.	1.480	1.409
Distretto Vico del Gargano	1.059	814
Distretto Manfredonia	759	695
Distretto Cerignola	501	421
Distretto Lucera	1.386	1.246
Distretto Troia -Accadia	948	898
Distretto Foggia	1.355	1.144
TOTALE	9.615	8.328

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; la procedura è in fase di svolgimento.

Questa Azienda intende, quindi, promuovere un sistema complessivo di cure domiciliari che possa assicurare una efficace e coordinata fruizione del complesso di attività in cui si articola l'appalto e di garantire la razionalizzazione e il contenimento della spesa pubblica attraverso una gestione globale del servizio. Per le suddette ragioni, questa Azienda ha optato per una gara a lotto unico.

3.4 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 centri 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. 639 del 27/04/2018 è stato approvato il Piano locale dei Controlli Ufficiali in materia di Sicurezza Alimentare, mangimi, Sanità e Benessere Animale per l'anno 2018.

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

Integrazione per gli anni 2017 e 2018, di cui alla D.G.R. n. 220/2015

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

Tabella anno 2017: 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'	589	523	452	2.650	1.206	457	1.028	436	374	7.715
NUMERO DI UNITA' CONTROLLATE (1)	4	96	31	46	17	25	51	62	87	419
NUMERO DI ISPEZIONI (2)	4	96	31	46	17	25	51	54	87	411
NUMERO DI UNITA' CON INFRAZIONI	0	25	29	27	0	0	17	15	5	118
TOTALE CAMPIONI PRELEVATI	0	56	86	97	0	0	21	16	10	286
CAMPIONI NON REGOLAMENTARI	0	1	1	1	0	0	1	1	2	7
NUMERO INFRAZIONI:										
a) Igiene Generale	0	31	11	12	0	0	28	2	3	87
b) Igiene (HACCP, formazione personale)	0	4	9	2	0	0	8	7	1	31
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	7	5	0	0	11	2	1	26
										0
										0
										0
PROVVEDIMENTI:										
a) Amministrativi	0	11	6	15	0	0	13	17	0	62
b) Notizie di reato	0	2	0	0	0	0	6	0	0	8

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

SERVIZIO di IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE - SIAN				
	2015	2016	2017	2018
Controlli Chimici	269	324	289	227
Controlli Microbiologici	85	94	88	104
Controlli Residui Fitosanitari	258	166	206	100
Controlli Antiparassitari	23	27	31	39
Controlli OGM	9	11	9	9

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 numerosi soggetti, dei quali quelli ad alto rischio sono stati 44 nel 2017 (contro i 31 del 2016), con un incremento del 29,5% rispetto all'anno precedente.

Si riporta di seguito l'attività svolta dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica nel 2018 a confronto con quella svolta nel 2017:

SERVIZIO di IGIENE E SANITA' PUBBLICA - SISP	ANNO 2017	ANNO 2018
Dosi vaccinazione somministrate	224.668	132.714
N° casi malattie infettive notificate	215	352
Rilascio certificazioni	46.662	34.244
N° Visite fiscali effettuate	7.118	827
Rilascio pareri insediamenti produttivi, residenziali, rurali, commerciali e servizi	316	204
Rilascio pareri autorizzazioni strutture sanitarie e socio-sanitarie	53	18
Rilascio pareri autorizzazione strutture socio-assistenziali	19	23
Vigilanza strutture sanitarie e socio assistenziali	58	18
Vigilanza e prevenzione Legionellosi	103	150
Vigilanza piscine	31	36
Vigilanza ambienti scolastici	93	30
Vigilanza centri estetici, tatuaggi	52	36

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

		2017				2018			
2	ATTIVITA' DI VIGILANZA NEI LUOGHI DI LAVORO	EDILIZIA	AGRICOLTURA	ALTRI COMPARTI	TUTTI I COMPARTI	EDILIZIA	AGRICOLTURA	COMPARTIALTRI	TUTTI I COMPARTI
2.1	N° cantieri notificati (art. 99 D.Lgs. 81/08)	1.595			1.595	1110	0	0	1110
2.2	N° complessivo di cantieri ispezionati	254			254	217	0	0	217
2.2.1	di cui non a norma al 1° sopralluogo	60			60	54	0	0	54
2.3	N° aziende con dipendenti + lavoratori autonomi oggetto di ispezione	316	147	288	751	257	145	294	696
2.4	N° sopralluoghi complessivamente effettuati	381	231	354	966	306	218	347	871
2.5	N° totale verbali	59	89	65	213	51	81	69	201
<i>di cui riguardanti</i>									
2.5.1	imprese (datori di lavoro, dirigenti, preposti, lavoratori)	46	77	63	186	40	71	61	172
2.5.2	lavoratori autonomi	1	10		11	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	9			9	5	0	0	5
2.5.5	medico competente	1		1	2	2	1	6	9
2.5.6	Altro								
2.6	N° totale di verbali con prescrizioni 758, sanzioni amministrative etc.	59	89	65	213				
<i>di cui</i>									
2.6.1	Verbali di prescrizione 758 con o senza disposizioni	56	77	62	195				
2.6.2	Verbali con sanzioni amministrative	3	12	3	18				
2.6.3	Altro								
2.7	N° violazioni	82	112	140	334				
2.8	N° sequestri								
2.9	N° sospensioni ai sensi dell'art. 14 D.Lgs. 81/08								
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)	330			330	324			324
2.11	N° di cantieri ispezionati per amianto	65			65	69			69

		2017	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	114	97
4.2	N° inchieste infortuni concluse con riscontro di violazione correlata all'evento	69	44
5	INCHIESTE MALATTIE PROFESSIONALI	TUTTI I COMPARTI	TUTTI I COMPARTI
5.1	N° inchieste malattie professionali concluse	18	20
5.2	N° inchieste malattie professionali concluse con riscontro di violazione correlata all'evento	18	20
6	PARERI	TUTTI I COMPARTI	TUTTI I COMPARTI
6.1	N° pareri	68	118
6.2	N° aziende oggetto di sopralluogo per l'espressione di pareri	49	83
7	ATTIVITA' SANITARIA	TUTTI I COMPARTI	TUTTI I COMPARTI
7.1	N° visite effettuate dal Servizio SPESAL per apprendisti e minori ove effettuate	0	11
7.1.1	Numero di altre visite effettuate dal Servizio SPESAL di propria iniziativa o su richiesta	0	283
7.2	N° aziende in cui è stato controllato il protocollo di sorveglianza sanitaria e/o le cartelle sanitarie	49	43
7.3	N° ricorsi avverso il giudizio del Medico Competente (art. 41 comma 9 D.Lgs. 81/2008)	31	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	9	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.)	5	6
9	ATTIVITA' DI FORMAZIONE	TUTTI I COMPARTI	TUTTI I COMPARTI
9.1	N° ore di formazione	163	246
9.2	N° persone formate	722	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	235.000	262.454
12.2	Proventi per pagamento sanzioni amministrative	9.560	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 2016	ANNO 2017	ANNO 2018
Allevamenti bovini-bufalini per tbc	1.171	1.054	1.143
Allevamenti bovini-bufalini per brucellosi	1.061	1.044	1.003
Allevamenti bovini-bufalini per leucosi	1.451	1.044	1.003
Allevamenti ovini-caprini per brucellosi	1.265	1.265	1.221
ATTIVITA'	ANNO 2016	ANNO 2017	ANNO 2018
N° controlli collettivi in allevamenti bovini/bufalini per tubercolosi-brucellosi e leucosi	2.630	3.368	3.225
N° controlli collettivi in allevamenti bovini/bufalini per lettura tbc	2.283	2.148	2.161
N° controlli collettivi in allevamenti ovini/caprini per brucellosi	1.594	1.744	1.579
n° prove tubercoliniche	57.516	62.376	64.760
n° prelievi bovini/bufalini	87.793	84.408	89.273
n° prelievi ovini/caprini	134.090	129.578	128.106
n° pratiche indennizzo	302	219	289

SERVIZIO VETERINARIO AREA B: IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE

CCONTROLLI

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 2016, 2017 e 2018, 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 2016	Anno 2017	Anno 2018
Bovini	3.250	3.238	3.294
Ovi-caprini	18.274	13.025	9.091
Bufali	41	39	0
Equini Suini	4.334	3.396	2.925
Cinghiali	6	12	6
Controlli benessere animali in fase di macellazione	532	514	391
Verifiche DIA	760	593	265
Certificazioni sanitarie su prodotti destinati all'esportazione	191	205	231

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 2017	ANNO 2018
FARMACO VETERINARIO		
Controllo e registrazione ricette	2.302	1.382
Atti di farmaco-sorveglianza	570	582
Autorizzazione alla detenzione di scorte di medicinali veterinari	6	5
Vidimazione registri medicinali	158	163
Atti di farmaco-sorveglianza sulle prescrizioni per mangimi medicati e mangimi preparati in azienda	1	202
N. prescrizioni per mangimi dedicati	1	202
ALIMENTI PER ANIMALI E PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE DEI MANGIMI		
Istanze di registrazione Reg. CE 183/05	166	120
Istanze di riconoscimento Reg. CE 183/05	10	15
Raccolta informazioni su mangimi utilizzati in azienda-schede compilate	551	659
Controllo sul latte e sulle produzioni lattiero casearie	375	248
Controllo e vigilanza sulla produzione animale (PNAA e PNR)	0	158
Sorveglianza sul benessere degli animali da reddito e da affezione	1.188	682
Acquacoltura	35	24
Reg. CE 1/2005	43.410	3.725
Fauna	384	493
Sottoprodotti di origine animale	515	506
Attività UPG	19	57
Parere per il rilascio dell'autorizzazione sanitaria ambulatorio veterinario	7	6
Vigilanza circhi e manifestazioni con animali	10	12
Conferenza di servizio (Comune -Dipartimento) per esprimere parere tecnico sanitario sui progetti-ricovero per animali-per il rilascio della concessione edilizia	15	13
Istruttoria per la registrazione delle aziende zootecniche quali produttori primari	94	33
Parere sanitario per l'emissione di ordinanza sindacale; concentrazione di animali; mercati; fiere; mostre	45	50
Esposti vari	146	163
Attestati e certificazioni rilasciate	213	394
ATTIVITA' AVI-CUNICOLI		
Dia allevamenti avi-cunicoli con sopralluogo	12	14
Sopralluoghi in allevamenti avi-cunicoli	177	134
Schede benessere animale	177	134
Registrazione allevamenti avi-cunicoli Reg. CE 183 e inserimento in banca regionale	6	23
Controllo registri animali morti allevamenti avi-cunicoli, controllo carcasse consegnate alla ditta per lo smaltimento	177	134
Parere tecnico-sanitario su progetti allevamenti avi-cunicoli	69	31
Istruttoria e rilascio autorizzazione allevamenti autorizzati di siero Reg. UE 142/2011	0	0
Verbale di accertamento sanzioni amministrative	0	0
PNAA campioni fatti	7	8
PNR campioni fatti	5	4
Raccolta informazioni su mangimi utilizzati in azienda- schede compilate	24	134
Attività di vigilanza impianti di transito sottoprodotti	2	1
Invio carcasse di animali in impianti di incenerimento	0	2
Attestati, certificazioni rilasciati	0	12

Gli obiettivi delle precipue attività di cui al Piano Locale dei Controlli Ufficiali in materia di sicurezza alimentare per gli anni 2016, 2017 e 2018 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 2016-2018 la copertura vaccinale della popolazione residente nell'ambito dell'ASL Foggia confrontata con quella della Regione Puglia viene di seguito rappresentata:

	ASL FG		
	2016	2017	2018
Esavalente	96,10%	95,90%	*
MPR	88,60%	90,20%	95,10%
Meningococco	69,90%	87,50%	90,31%
Pneumococco	94,30%	95,00%	*
HPV	84,60%	74,20%	72,13%
Influenza (anziani)		61,00%	*

Nel 2018 sono state somministrate n. 13978 dosi di vaccino Esavalente e n. 13158 dosi di vaccino Anti Pneumococco. Nel corso della campagna vaccinale 2017/18 sono state somministrate n. 122316 dosi di vaccino antinfluenzale 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

Relativamente all'estensione ed alla adesione della popolazione target dell'Asl della Provincia di Foggia, di seguito è rappresentato lo scostamento percentuale riferito al biennio 2017-2018:

SCREENING DEL CARCINOMA CERVICO-UTERINO

	2017		2018	
	ASL FG	P.R.P.	FG	P.R.P.
Estensione	65,90%	100%	57,9%	*
Adesione	25,90%	50%	25,1%	*

SCREENING DEL CARCINOMA MAMMARIO

	2017		2018	
	ASL FG	P.R.P.	ASL FG	P.R.P.
Estensione	30,4%	100%	30,9%	*
Adesione	19,8%	65%	24,1%	*

* dati non pervenuti

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 2016-2018 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 2016 – 2018

UTENTI IN CARICO	2016	2017	2018
Tossicodipendenti (sostanze illegali, poli assuntori e/o farmacodipendenti)	1619	1662	1891
Alcoldipendenti	500	615	543
Tabagisti	27	14	13
Giocatori d'Azzardo	108	99	120
Altre dipendenze comportamentali	99	22	3
Appoggiati provvisori	104	189	377
Attività medico-legale (patenti, ecc.)	818	893	802
Altre consulenze	266	396	15
Segnalati da prefettura (art. 121 o 75)	239	247	171
TOTALE	3780	4137	3935

Confronto dei dati relativi alle prestazioni del DDP nel triennio 2016 – 2018

PRESTAZIONI	2016	2017	2018
Attività rivolte al paziente condivise dall'equipe	34.095	31.556	40.461
Colloqui per management clinico (svolti da più operatori)	13.551	12.786	18.042
Attività mediche	5036	4762	5940
Visite mediche 1°	764	744	838
Visite di controllo	3.731	3.356	3.757
Visite psichiatriche	138	166	401
Colloquio psichiatrico	26	33	7
Colloquio psichiatrico controllo	363	441	673
Visita specialistica domiciliare	14	22	264
Attività infermieristiche	88.594	94.092	87.779
Attività infermieristiche professionali	3190	4424	7912
Test stupefacenti	30.795	37.355	41.116
Somministrazione farmaci e/o vaccini	54.609	52.313	38.751
Attività psicologiche	7.162	7.088	7.700
Colloquio psicologico clinico	4.907	4.736	5.495
Test psicologici	392	401	397
Psicoterapie individuali	1.347	1.273	1.227
Psicoterapie di coppia	333	422	345
Psicoterapie di gruppo	183	256	236
Attività di assistenza sociale	6.256	5.593	7.541
Attività educative	2.150	2.140	3.659
Interventi Socio educativi di gruppo	367	352	414
Colloquio socio educativo motivazionale	1.783	1.788	3.245
Attività amministrative	7.991	8.624	4.753
Formazione	452	201	301
Prevenzione (nel territorio, ecc.)	1.675	1.723	353
TOTALE	166.962	168.565	176.529

2017 TOSSICODIPENDENTI

ETA'	NUOVI UTENTI		GIA' IN CARICO O RIENTRATI		2017
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	
<15	0	0	1	0	1
15-19	21	6	29	4	60
20-24	34	5	50	3	92
25-29	34	5	97	5	141
30-34	32	4	197	14	247
35-39	26	1	228	19	274
40-44	36	5	311	14	366
45-49	21	1	273	10	305
50-54	9	2	176	6	193
55-59	1	0	59	1	61
60-64	4	0	9	1	14
65 oltre	1	0	3	0	4
totale	219	29	1.197	56	1.758

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

2017 ALCOOLISTI

ETA'	NUOVI UTENTI		GIA' IN CARICO O RIENTRATI		TOTALE
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	
<15					
15-19			1		1
20-24	1	2	1		4
25-29	3	3	12	2	20
30-34	9	1	16	6	32
35-39	12	1	48	6	67
40-44	20	2	63	13	98
45-49	18	7	78	16	119
50-54	20	4	67	8	99
55-59	10	1	37	16	64
60-64	3	1	11	5	20
65 oltre	3	1	22	3	29
totale	99	23	356	75	553

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

3.6 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 partecipe i settori di assistenza no profit o di volontariato.

Anche nel 2018, a cura del CSM di Troia, con la collaborazione di tutto il Dipartimento, si è tenuto l'ottava 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	2016	2017	2018
CSM CERIGNOLA	18.050	23.321	16.910
CSM FOGGIA 1	24.321	28.901	26.524
CSM FOGGIA 2	18.374	15.002	20.107
CSM GARGANO NORD - RODI GARGANICO	10.708	8.463	7.685
CSM GARGANO SUD - SAN MARCO IN LAMIS	26.103	24.360	22.470
CSM LUCERA	23.161	18.903	17.152
CSM MANFREDONIA	22.051	16.743	12.950
CSM SAN SEVERO	21.155	21.295	20.379
CSM TROIA	11.233	10.090	8.341
TOTALI	175.156	167.078	152.518

NUMERO UTENTI VISTI NELL'ANNO	2016		2017		2018	
	Totale utenti	Nuovi utenti	Totale utenti	Nuovi utenti	Totale utenti	Nuovi utenti
CSM CERIGNOLA	1.317	675	1.430	257	1.775	998
CSM FOGGIA 1	923	249	839	211	857	167
CSM FOGGIA 2	801	190	686	172	788	257
CSM GARGANO NORD - RODI GARGANICO	1.003	561	1.023	590	946	480
CSM GARGANO SUD - SAN MARCO IN LAMIS	917	396	760	345	716	392
CSM LUCERA	768	254	745	257	772	266
CSM MANFREDONIA	1.098	426	1.204	458	1.351	437
CSM SAN SEVERO	1.391	535	1.173	539	1.177	517
CSM TROIA	613	184	507	190	512	176
TOTALI	8.831	3.470	8.367	3.019	8.894	3.640

Attività semiresidenziale

NUMERO UTENTI CHE HANNO FREQUENTATO IL CENTRO	2016	2017	2018
	Totale utenti	Totale utenti	Totale utenti
CENTRO DIURNO ALDA MERINI MANFREDONIA	31	26	21
CENTRO DIURNO ARCOBALENO DELICETO	20	20	19
CENTRO DIURNO HELIOS RODI GARGANICO	18	15	10
CENTRO DIURNO IL SORRISO FOGGIA	25	23	22
CENTRO DIURNO ITACA TROIA	24	23	17
CENTRO DIURNO L'APPRODO	25	18	22
CENTRO DIURNO LA CASA DI ANTONIO E MARGHERITA	17		
CENTRO DIURNO MONTE SANT'ANGELO	21	20	20
CENTRO DIURNO SAN GIOVANNI ROTONDO	15		14
CENTRO DIURNO SAN LUCA	27	21	21
CENTRO DIURNO SAN SEVERO	32	30	21
CENTRO DIURNO IL MELOGRANO ORTA NOVA		15	17
TOTALE	255	211	202

UTENTI NELLE RESIDENZE PER ADULTI

Utenti nelle residenze per adulti al 31.12.2018 n° 313

Maschi = 210 Femmine = 103

Nella Asl n° 222	Fuori ASL (in regione) n° 78	Fuori regione n° 13
	Provincia di Bari n° 29	Abruzzo n° 4
	Provincia di Brindisi n° 3	Basilicata n° 1
	Provincia di Lecce n° 34	Emilia Romagna n° 1
	BAT n° 10	Molise n° 4
	Provincia di Taranto n° 2	Umbria n° 2
		Veneto n° 1

Tipo di residenza

Età utenti

CRAP	162	Da 18 anni a 34 anni	35
Casa alloggio	51	Da 35 anni a 49 anni	108
Casa per la vita	53	Da 50 anni a 64 anni	132
Ist. Psicopedagogico	1	Più di 65 anni	36
Comunità doppia diagnosi	5	Non valutati	2
RSSA	4		
Gruppo appartamento	17		
Rems	7		
Dedicate Autori di reato	13		

Tipologia strutture interne

N° Utenti

Strutture 24 ore	134 utenti
Strutture 12 ore	38 utenti
Casa per la vita	26 utenti
Gruppo appartamento	17 utenti
Comunità doppia diagnosi	2 utenti
Dedicate Autori di reato	5 utenti

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 2019.

Num. Obiett.	Obiettivo	Prospettiva	Dimensione
1	Riorganizzazione rete ospedaliera	Processi interni all'azienda	Capacità di governo della domanda sanitaria
2	Riorganizzazione rete emergenza-urgenza	Processi interni all'azienda	Capacità di governo della domanda sanitaria
3	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	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	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.2198 del 28/12/2016 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	Completamento 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
	Aumento 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
Presidi Territoriali di Assistenza (P.T.A.)	Obiettivo della Direzione Strategica	
Potenziamento assistenza domiciliare	% di anziani oltre 65 anni in ADI ≥ 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 Sanitari
	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 betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri del 20% rispetto al 2016	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 anticoagulanti 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: Epoitine > 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	(penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri del 20% rispetto al 2016	Servizio Farmaceutico e UU.OO.
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	lettera di richiamo al 100% dei medici inadempienti (ad eccezione dei non censiti in Edotto) - report su i 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 scadenario 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 erogano	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 01/01/2018 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	1.935	8.395	1.415	1.429	13.174
	Chieuti	191	1.057	221	206	1.675
	Lesina	812	4.064	728	743	6.347
	Poggio Imperiale	354	1.602	323	418	2.697
	San Paolo Civitate	822	3.749	595	574	5.740
	San Severo	7.778	34.870	5.517	4.850	53.015
	Serracapriola	497	2.438	390	552	3.877
	Torremaggiore	2.480	11.198	1.653	1.738	17.069
	TOTALE DSS	14.869	67.373	10.842	10.510	103.594
DSS n.52 San Marco in Lamis	Rignano Garganico	196	1.260	218	343	2.017
	San Giovanni Rotondo	3906	18.142	2588	2536	27.172
	San Marco in Lamis	1905	8.764	1360	1554	13.583
	Sannicandro G.co	1793	9.302	1890	2239	15.224
	TOTALE DSS	7.800	37.468	6.056	6.672	57.996
DSS n.53 Vico del Gargano	Cagnano Varano	967	4.439	821	967	7.194
	Carpino	452	2.587	412	650	4.101
	Ischitella	575	2.831	436	569	4.411
	Isole Tremiti	42	340	50	58	490
	Peschici	692	2.976	420	412	4.500
	Rodi Garganico	438	2.398	414	405	3.655
	Vico del Gargano	1091	4.914	862	807	7.674
	Vieste	1899	9.306	1409	1329	13.943
	TOTALE DSS	6.156	29.791	4.824	5.197	45.968
DSS n.54 Manfredonia	Manfredonia	8031	37.055	6039	5781	56.906
	Mattinata	897	3.966	705	693	6.261
	Monte Sant'Angelo	1.617	7.652	1.341	1.732	12.342
	Zapponeta	536	2.350	279	299	3.464
	TOTALE DSS	11.081	51.023	8.364	8.505	78.973
DSS n.55 Cerignola	Carapelle	1164	4.540	585	403	6.692
	Cerignola	9524	39.384	5262	4370	58.540
	Ordona	498	1.893	242	210	2.843
	Orta Nova	2650	11.932	1679	1414	17.675
	Stornara	1020	3.918	438	426	5.802
	Stornarella	828	3.575	530	411	5.344
	TOTALE DSS	15.684	65.242	8.736	7.234	96.896
DSS n.58 Lucera	Alberona	85	595	91	185	956
	Biccari	334	1.694	365	367	2.760
	Carlantino	103	583	107	164	957
	Casalnuovo Monterotaro	163	886	190	268	1.507

	Casalvecchio di Puglia	194	1.159	225	260	1.838
	Castelnuovo della Daunia	159	840	160	231	1.390
	Celenza Valfortore	141	863	202	324	1.530
	Lucera	4594	21.782	3346	3363	33.085
	Motta Montecorvino	65	405	76	166	712
	Pietramontecorvino	357	1.640	282	392	2.671
	Roseto Valfortore	143	619	112	201	1.075
	San Marco la Catola	91	574	122	178	965
	Volturara Appula	26	217	55	103	401
	Volturino	198	982	184	315	1.679
	TOTALE DSS	6.653	32.839	5.517	6.517	51.526
DSS n.59 Troia	Accadia	268	1.466	294	310	2.338
	Anzano di Puglia	111	794	136	184	1.225
	Ascoli Satriano	856	4.068	575	668	6.167
	Bovino	366	1.924	429	537	3.256
	Candela	322	1.905	248	309	2.784
	Castelluccio dei Sauri	293	1.388	212	209	2.102
	Castelluccio Valmaggiore	143	810	126	197	1.276
	Celle San Vito	9	97	15	39	160
	Deliceto	491	2.386	381	467	3.725
	Faeto	87	410	50	81	628
	Monteleone di Puglia	118	676	92	133	1.019
	Orsara di Puglia	247	1.670	296	491	2.704
	Panni	75	445	91	163	774
	Rocchetta Sant'Antonio	195	1.150	185	290	1.820
	Sant'Agata di Puglia	236	1.159	217	296	1.908
	Troia	1006	4.482	719	893	7.100
	TOTALE DSS	4.823	24.830	4.066	5.267	38.986
DSS n.60 Foggia	Foggia	20.827	97.945	17.159	15.441	151.372
	TOTALE DSS	20.827	97.945	17.159	15.441	151.372
TOTALE RESIDENTI PROVINCIA DI FOGGIA		87.893	406.511	65.564	65.343	625.311

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	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Tipo indicatore							
tasso di natalità (per mille abitanti)		8,7	8,5	8,4	8,1	7,6	..
tasso di mortalità (per mille abitanti)		9,1	9	10	9,4	10,2	..
crescita naturale (per mille abitanti)		-0,4	-0,5	-1,6	-1,3	-2,6	..
tasso di nuzialità (per mille abitanti)		3,5	3,7	3,4	3,7	3,5	..
saldo migratorio interno (per mille abitanti)		-3,7	-3,4	-3,4	-3,8	-4,4	..
saldo migratorio con l'estero (per mille abitanti)		2,5	2	1,4	2	2,7	..
saldo migratorio per altro motivo (per mille abitanti)		12,9	-0,4	-1,1	-0,5	-0,9	..
saldo migratorio totale (per mille abitanti)		11,7	-1,8	-3,1	-2,3	-2,6	..
tasso di crescita totale (per mille abitanti)		11,3	-2,4	-4,7	-3,6	-5,2	..
numero medio di figli per donna		1,36	1,36	1,36	1,33	1,28	..
età media della madre al parto		30,5	30,6	30,7	30,7	31	..
speranza di vita alla nascita - maschi		79,7	79,9	79,6	80,5	80,3	..
speranza di vita a 65 anni - maschi		18,9	19,1	18,6	19,1	19,1	..
speranza di vita alla nascita - femmine		84,2	85	84,4	84,9	84,5	..
speranza di vita a 65 anni - femmine		21,9	22,6	21,8	22,3	21,9	..
speranza di vita alla nascita - totale		81,9	82,4	81,9	82,7	82,4	..
speranza di vita a 65 anni - totale		20,4	20,8	20,2	20,7	20,5	..
popolazione 0-14 anni al 1° gennaio (valori percentuali) - al 1° gennaio		15,2	15,1	14,8	14,6	14,3	14,1
popolazione 15-64 anni (valori percentuali) - al 1° gennaio		65,6	65,3	65,1	65,1	65	65
popolazione 65 anni e più (valori percentuali) - al 1° gennaio		19,2	19,6	20	20,4	20,7	20,9
indice di dipendenza strutturale (valori percentuali) - al 1° gennaio		52,4	53,1	53,5	53,7	53,9	53,8
indice di dipendenza degli anziani (valori percentuali) - al 1° gennaio		29,2	30	30,7	31,3	31,9	32,2
indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio		126	129,7	134,9	139,4	144,6	148,9
età media della popolazione - al 1° gennaio		42,2	42,4	42,7	43	43,4	43,6

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 2004 al 2017

ANNI	Tasso di disoccupazione
2004	18.9
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

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	10,7	82,7	20,6	6,5	81,1	2,9
Puglia	9,9	82,7	20,6	6,4	80,6	3,1

	Tasso di fecondità totale	Età media delle madri al parto	Età media dei padri alla nascita
Italia	1,32	31,89	35,45
Puglia	1,24	31,82	35,22

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 2017, è stato pari a circa n. 555.660 unità per motivi di reddito e n. 299.167 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 privato 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 dalla delibera n. 73 del 24 gennaio 2019 :

- Dipartimento di Diagnostica per Immagini e in vitro Misto Ospedale-Territorio
- Dipartimento Ospedaliero Multidisciplinare Chirurgico
- Dipartimento Ospedaliero Multidisciplinare Internistico
- Dipartimento Materno-Infantile Misto Ospedale-Territorio
- Dipartimento del Farmaco Misto Ospedale-Territorio
- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento di Salute Mentale
- Dipartimento di Dipendenze Patologiche
- Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione
- Dipartimento Emergenza Urgenza

ai quali si aggiungono in base a precedenti provvedimenti regionali i seguenti dipartimenti interaziendali:

- Dipartimento Immuno-Trasfusionale
- Dipartimento integrato di Oncologia

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 2017 è stato pari a n. 3.544 unità, nel corso del 2018 è stato pari a n. 3.470 unità.

Per l'anno 2018 vanno aggiunti n.507 Medici di Medicina Generale (MMG), n.86 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. 3977

Area	2017					2018				
	Ruolo Sanitario	Ruolo Tecnico	Ruolo Professionale	Ruolo amministrativo	TOTALE	Ruolo Sanitario	Ruolo Tecnico	Ruolo Professionale	Ruolo amministrativo	TOTALE
Direzione e Aree di	21	3	6	132	98	18	37	5	129	189
Dipartimenti	260	7	-	83	350	708	139	-	132	979
Ospedali	1.277	180	2	63	1.522	1.254	168	2	63	1487
Distretti	1.045	231	-	198	1.474	580	101	-	134	815
TOTALE AZIENDA	2.603	457	8	476	3.544	2.560	445	7	458	3.470

Riepilogo per Sesso

Rispetto all'analisi per genere del personale dipendente, si evidenzia come in confronto al 2017 questa è rimasta sostanzialmente invariata: circa 45% per gli uomini e circa 55% per le donne.

Anno	2017		2018	
	N.	%	N.	%
Donne	1.935	54,6%	1.913	55,13%
Uomini	1.609	45,4%	1.557	44,87%
Totale	3.544	100%	3.470	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 40,38% del totale nel 2018.

La fascia d'età al di sopra dei 50 anni per il 2018 è pari al 64,24%, di cui ben il 23,86% al di sopra dei 60 anni. Tale analisi comporta una riflessione sulle politiche di gestione del personale dipendente e sulla organizzazione aziendale.

Anno	2017		2018	
	N.	%	N.	%
20-29	0	0,0%	29	0,84%
30-39	119	3,56%	241	6,94%
40-49	975	29,17%	971	27,98%
50-59	1.441	43,12%	1.401	40,38%
>60	807	24,15%	828	23,86%
TOTALE AZIENDA	3.342	100%	3.470	100%

Riepilogo per Tipo rapporto di lavoro

L'analisi del personale dipendente relativamente al tipo di rapporto di lavoro evidenzia un'incidenza del personale a tempo determinato sul totale del personale dipendente, tra il 2017 ed il 2018, pressoché costante pari a circa il 4,9 %. Nel complesso si registra un decremento del personale dipendente pari al 2,1%.

Qualifica	2017			2018		
	Determinato	Indeterminato	Totale	Determinato	Indeterminato	Totale
Dirigenti Medici	79	539	618	53	546	599
Dirigenti Sanitari non Medici	15	103	118	6	109	115
Pers. Comparto Infermieri	50	1.417	1.467	25	1.425	1.450
Pers. Tecnico Sanitario	45	356	401	21	196	217
Altro Pers. Di comparto	0	0	0	28	151	179
Totale Ruolo Sanitario	189	2415	2.604	133	2427	2.560
Dirigenti	0	15	15	0	14	14
Personale di Comparto	0	442	442	10	421	431
Totale Ruolo Tecnico	0	457	457	10	435	445
Dirigenti	0	6	6	0	5	5
Personale di Comparto	0	2	2	0	2	2
Totale Ruolo	0	8	8	0	7	7
Dirigenti	5	8	13	15	9	24
Personale di Comparto	8	454	462	11	423	434
Totale Ruolo	13	462	475	26	435	458
TOTALE AZIENDA	202	3.342	3.544	169	3.301	3.470

Turnover

L'analisi del *turnover*, ossia la differenza tra nuove assunzioni e cessazioni dei rapporti di lavoro, rivela nel 2018 un incremento di circa il 217% delle assunzioni rispetto all'anno precedente ed un incremento di oltre il 149% delle cessazioni.

Nel 2017 la percentuale del personale in quiescenza rispetto a tutti i cessati è pari al 54%, mentre nel 2018 la stessa percentuale è pari al 22%. I restanti casi sono dovuti a dimissioni volontarie, mobilità all'interno del SSR e altri motivi.

	Anno 2017	Anno 2018
ASSUNTI	86	273
CESSATI	152	379
di cui in quiescenza	82	83

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 aumentato tra il 2017 ed il 2018 di una percentuale pari al 7,79%.

ANNO	2017		2018	
	N.giorni	%	N. giorni	%
RUOLO SANITARIO	13.209	75%	13.739	73%
Dirigenti	2.612	15%	2.698	14%
Comparto	10.597	60%	11.041	59%
RUOLO TECNICO	2.110	12%	2.040	14%
Dirigenti	79	0%	45	1%
Comparto	2.031	12%	1.995	13%
RUOLO PROFESSIONALE	8	0%	0	0%
Dirigenti	8	0%	0	0%
Comparto	0	0%	0	0%
RUOLO AMMINISTRATIVO	2.368	13%	3.295	13%
Dirigenti	0	0%	47	0%
Comparto	2.368	13%	3.248	13%
TOTALE ASL FG	17.695	100%	19.074	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
2017	38	70	3.930
2018	68	76	2.775

4.2.3 Risorse tecnologiche

Risorse Tecnologiche

Nel corso dell'anno 2018, nei locali dall'ASL Foggia, non sono state installate apparecchiature elettromedicali ad alta tecnologia.

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 2018 è stata di € 5.376.242,80 (IVA inclusa).

Risorse ICT

Le tecnologie ICT al 31/12/2018 sono quantificate in:

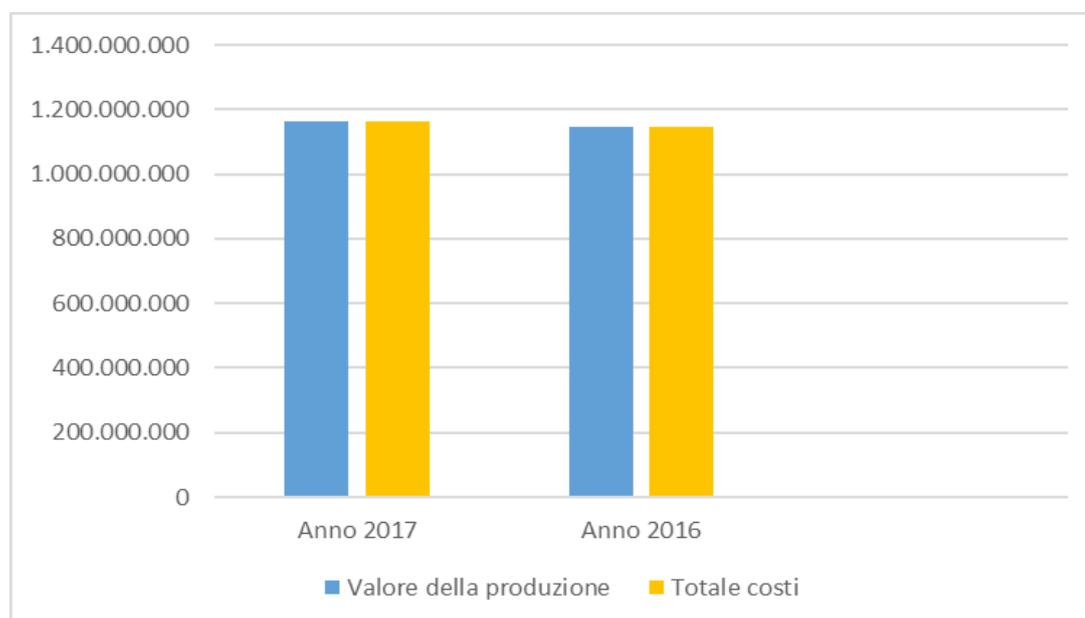
- circa n. 2700 postazioni lavoro (PC)
- circa n. 3182 apparecchi telefonici con tecnologia IP
- n. 30 server fisici
- circa n. 80 server virtuali

4.2.4 Quadro economico-finanziario

La gestione economico finanziaria degli esercizi 2016 e 2017 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 2016-2017 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 2017	Anno 2016	
Valore della produzione	1.161.784.292	1.147.580.852	1.24%
Costi della produzione	1.138.869.771	1.119.220.360	1.76%
Altri costi	22.841.117	28.290.982	-19.26%
Totale costi	1.161.710.888	1.147.511.342	1.24%
Risultato di esercizio	73.404	69.510.	5.60%



Scostamento macro-aggregati dei costi della produzione

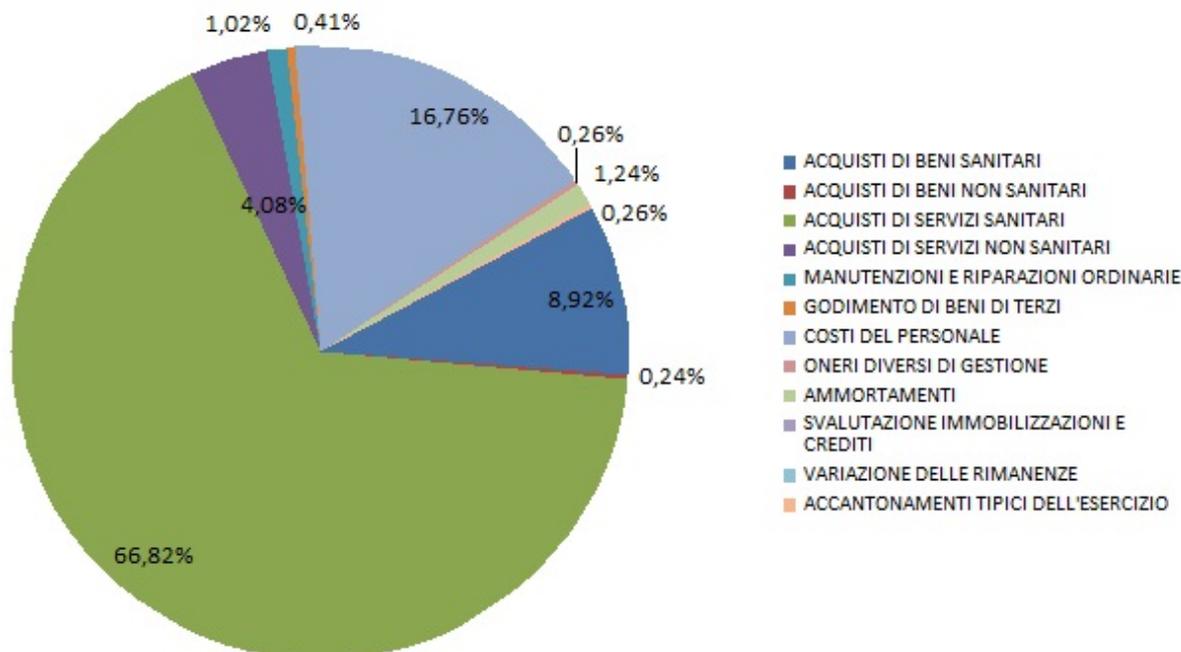
	Anno 2017	Incid. sul totale costi	Anno 2016	Incid. sul totale costi
ACQUISTI DI BENI SANITARI	98.743.139	8,67%	87.338.166	7,80%
ACQUISTI DI BENI NON SANITARI	1.959.196	0,17%	2.124.030	0,19%
ACQUISTI DI SERVIZI SANITARI	769.675.889	67,58%	762.369.200	68,12%
ACQUISTI DI SERVIZI NON SANITARI	40.764.710	3,58%	39.072.801	3,49%
MANUTENZIONI E RIPARAZIONI ORDINARIE	10.723.508	0,94%	9.030.810	0,81%
GODIMENTO DI BENI DI TERZI	3.699.711	0,32%	2.990.955	0,27%
COSTI DEL PERSONALE	184.710.072	16,22%	188.591.629	16,85%
ONERI DIVERSI DI GESTIONE	3.831.856	0,34%	3.985.669	0,36%
AMMORTAMENTI	11.944.083,82	1,05%	11.389.849,75	1,02%
SVALUTAZIONE IMMOBILIZZAZIONI E CREDITI	0	0,00%	0	0,00%
VARIAZIONE DELLE RIMANENZE	765.500	0,07%	-620.656	-0,06%
ACCANTONAMENTI TIPICI DELL'ESERCIZIO	12.052.108	1,06%	12.947.905	1,16%
TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE	1.138.869.771	100%	1.119.220.360	100%

Quadro economico-finanziario di previsione del 2019

Macro-aggregati di bilancio	
	BUDGET 2019
Valore della produzione	1.160.367.752
Costi della produzione	1.163.911.281
Altri costi	16.388.858
Totale costi	1.180.300.138
Risultato di esercizio	-19.932.387

Macro-aggregati dei costi della produzione		
	Budget 2019	Incid. sul totale costi
ACQUISTI DI BENI SANITARI	103.799.749,41	8,92%
ACQUISTI DI BENI NON SANITARI	2.739.548,00	0,24%
ACQUISTI DI SERVIZI SANITARI	777.681.171,09	66,82%
ACQUISTI DI SERVIZI NON SANITARI	47.439.743,00	4,08%
MANUTENZIONI E RIPARAZIONI ORDINARIE	11.917.660,00	1,02%
GODIMENTO DI BENI DI TERZI	4.780.973,00	0,41%
COSTI DEL PERSONALE	195.060.285,28	16,76%
ONERI DIVERSI DI GESTIONE	3.065.434,00	0,26%
AMMORTAMENTI	14.398.784,51	1,24%
SVALUTAZIONE IMMOBILIZZAZIONI E CREDITI	-	0,00%
VARIAZIONE DELLE RIMANENZE	-	0,00%
ACCANTONAMENTI TIPICI DELL'ESERCIZIO	3.027.932,64	0,26%
TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE	1.163.911.280,93	100%

Incid. Sul totale costi Budget 2019



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 Responsabili 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.2198 del 28/12/2016, ultimo atto approvato al riguardo dal Governo Regionale, con cui sono stati individuati ed assegnati gli obiettivi di performance delle Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. per il triennio 2016-2018, in applicazione del sistema di valutazione del M.E.S. (Laboratorio Management & Sanità) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa;
- la 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 dal Comitato di Budget, ed i Direttori delle Direzioni Ospedaliere, Direttori dei Dipartimenti Territoriali, Direttori dei Distretti, Direttori delle Aree di Gestione ed i Direttori/Dirigenti 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 Direzione 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 la Direzione Generale, con il supporto del Comitato di Budget, presenta la proposta di budget operativo sulla base degli indirizzi strategici aziendali, degli obiettivi di mandato e di quelli annuali assegnati dalla Regione, con l'invito ad integrarla eventualmente con obiettivi specifici.
- Fase istruttoria: questa fase si sviluppa inizialmente all'interno di ciascuna Macrostruttura, a cura del Direttore/Dirigente Responsabile, con la finalità di
 - illustrare ai Direttori/Responsabili delle Unità Operative afferenti la proposta della Direzione Generale promuovendo il dibattito e la partecipazione attiva;
 - individuare per ciascuna Unità Operativa, d'intesa con i relativi Responsabili, gli eventuali obiettivi integrativi. Tali obiettivi integrativi devono essere in linea con le 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 e la sottoscrizione del documento di budget operativo (scheda di budget). Copia delle schede sottoscritte viene trasmessa, a cura del Controllo di Gestione, all'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) e ai Direttori/Dirigenti Responsabili di Macrostruttura.

- Formalizzazione del budget operativo delle Strutture: il Direttore/Dirigente Responsabile di Macrostruttura formalizza le schede di budget sottoscritte con il Direttore Generale 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.

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

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

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

7.1 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

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

L'integrazione tra la definizione degli obiettivi generali ed il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio viene assicurata sia dalla coerenza dei contenuti sia dalla coerenza temporale con la quale vengono adottati i relativi atti.

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 2019 di cui alla delibera n. 1745 del 30/11/2018 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 dai 103 gg del 2016 ai 5 gg. al 31/12/2017 e fino ai - 10 gg. al II trimestre anno 2018.

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.