

Proposta Numero: **DEL-249-2022**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO
FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE**

AOO: **ASL_TA**

REGISTRO: **DELIBERAZIONI**

NUMERO: **184**

DATA: **31/01/2022**

OGGETTO: **PIANO DELLA PERFORMANCE PER IL TRIENNIO 2022-2024**

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Avv.to Stefano Rossi in qualità di Direttore Generale nominato con deliberazione di Giunta Regionale n. 1507 del 04/09/2018

Con il parere favorevole del Dr. Vito Gregorio Colacicco - Direttore Sanitario

Con il parere favorevole del Dott. Andrea Chiari - Direttore Amministrativo

Su proposta della struttura: Controllo di Gestione

Estensore:

Istruttore: Mina Specchia

Dirigente/Dirigente S.S./S.S.D.: MINA SPECCHIA

Dirigente Ufficio/Direttore S.C.: ANTONIO CONOCI

Direttore di Dipartimento:

PROPOSTA:

NUMERO: **DEL-249-2022**

DATA: **31/01/2022**

SEZIONE ALBERO TRASPARENZA:

CLASSIFICAZIONE:

DOCUMENTI:

Documento

Impronta Hash

MOD DELIBERAZIONE ORIGINALE

EF790758AACF76275197A64228E19BC86EE470A926

6C3142DFD87E0DF26B8411

**PIANO DELLA PERFORMANCE 2022-2024 01FD9FE4023BDB766EB93CD4C0E7069C14C4F8011
88A924D2E4EA3C3F4A8ABDA**

L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente, è conservato a cura dell'Ente produttore secondo normativa vigente.

Il contenuto del provvedimento indicato nel presente frontespizio deve essere stampato o registrato in uno con questo documento.

Proposta Numero: **DEL-249-2022**

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE
(nominato con deliberazione di Giunta Regionale n.1507 del 04/09/2018)

OGGETTO: PIANO DELLA PERFORMANCE PER IL TRIENNIO 2022-2024

IL DIRETTORE GENERALE

sulla base della seguente proposta predisposta dal Dirigente apicale della struttura proponente che ne attesta la regolarità della istruttoria ed il rispetto della legalità

PREMESSO che le riforme sull'organizzazione e gestione della Pubblica Amministrazione perseguono, tra gli altri, obiettivi di incremento dell'efficienza e della qualità dei servizi erogati, attraverso un progressivo miglioramento degli standard tecnici ed economici;

VISTO il Decreto Legislativo n. 150 del 27/10/2009 e ss.mm.ii. "Attuazione della Legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" ed in particolare l'articolo 10 il quale prevede che le amministrazioni pubbliche redigono annualmente un documento programmatico triennale, denominato Piano della Performance, da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori;

DATO ATTO CHE

- il Piano della Performance è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance in quanto attraverso questo documento programmatico di durata triennale, l'Azienda individua obiettivi, indicatori, risultati attesi per la gestione aziendale in conformità alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio;
- il Piano ha valenza triennale, viene adottato annualmente e può essere aggiornato anche nel corso dell'anno in relazione alla programmazione nazionale e regionale o a modifiche intervenute nel contesto interno ed esterno;
- ai sensi della direttiva n.2 del 26/06/2019 del Ministero per la Pubblica Amministrazione, in ragione del collegamento con il ciclo della performance, il Piano triennale di azioni positive deve essere aggiornato entro il 31 gennaio di ogni anno, anche come allegato al Piano della Performance;
- il Piano delle Azioni Positive per il triennio 2022-2024 è già stato adottato con atto deliberativo del D.G. n. 97 del 24/01/2022;

RITENUTO, pertanto, di dover procedere alla adozione del Piano della Performance per il triennio 2022-2024, contenente, quale allegato, anche il Piano delle Azioni Positive per il triennio 2022-2024;

D E L I B E R A

per tutti i motivi esposti in narrativa e che qui s'intendono richiamati per formarne parte integrante e sostanziale:

- di adottare il Piano della Performance per il triennio 2022-2024, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale, contenente, quale allegato, anche il Piano delle Azioni Positive per il triennio 2022-2024;
- di stabilire che, a seguito dell'approvazione del predetto piano, gli obiettivi di gestione saranno modulati con il Piano della performance, al fine di renderli coerenti e conferenti con il sistema di valutazione in essere;
- di dare atto che in sede di valutazione si terrà conto, anche mediante confronto con l'O.I.V., degli effetti del COVID-19 sull'attività svolta;
- di trasmettere il presente provvedimento a tutte le Strutture aziendali interessate ed all'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.);
- di pubblicare il Piano della Performance per il triennio 2022-2024 sul sito dell'ASL Taranto nella sezione "Amministrazione Trasparente/Performance";
- di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo attesa l'urgente necessità di dover provvedere in merito.

Il numero di registro e la data del presente provvedimento nonché i soggetti firmatari sono indicati nel frontespizio che, pertanto, deve essere stampato o registrato in uno con questo documento.



ASL Taranto

PugliaSalute

PIANO DELLA PERFORMANCE DELL'ASL TARANTO 2022 - 2024

Direttore Generale - Avv. Stefano Rossi

1.	PRESENTAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE.....	3
2.	PRESENTAZIONE DELL'AMMINISTRAZIONE.....	3
2.1.	CHI SIAMO	3
2.2.	COSA FACCIAMO	3
2.3.	COME OPERIAMO	4
2.4.	MISSIONE E PRINCIPALI ATTIVITÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI TARANTO	4
2.4.1.	LA PREVENZIONE	5
2.4.2.	L'ASSISTENZA TERRITORIALE	6
2.4.3.	L'ASSISTENZA OSPEDALIERA.....	9
2.5	L'ORGANIZZAZIONE	12
2.6	LE RISORSE UMANE	14
2.7	I PRINCIPALI DATI ECONOMICO-FINANZIARI	16
3.	L'ALBERO DELLA PERFORMANCE.....	20
4.	ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO	20
5.	ANALISI DEL CONTESTO INTERNO.....	37
6.	INIZIATIVE IN TEMA DI BENESSERE ORGANIZZATIVO E PARI OPPORTUNITÀ.....	40
7.	OBIETTIVI SPECIFICI TRIENNALI E PROGRAMMAZIONE ANNUALE	44
8.	PERCORSO PER LA DEFINIZIONE DEL SISTEMA DEL CICLO DELLE PERFORMANCE	46
8.1.	IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE.....	46
8.2.	COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA E DI BILANCIO	49
8.3.	PIANO DELLA PERFORMANCE E PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA.....	49
8.4.	LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ PERCEPITA "CUSTOMER SATISFACTION"	50
	ALLEGATO 1 – SCHEDA DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI TRIENNALI E DELLA PROGRAMMAZIONE ANNUALE.....	51
	ALLEGATO 2 PIANO DELLE AZIONI POSITIVE TRIENNIO 2022-2024.....	65

1. PRESENTAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE

Il Piano della Performance è un documento programmatico previsto dalla normativa nazionale (D. Lgs. 27 ottobre 2009 n.150, così come modificato dal D. Lgs. 25 maggio 2017 n. 74) da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, redatto nel rispetto delle linee guida redatte dal Dipartimento della Funzione Pubblica “Linee guida per il Piano della Performance N. 1 Giugno 2017”.

Esso individua gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi e definisce, gli indicatori per la misurazione e valutazione della performance dell’amministrazione, oltre che per misurazione degli obiettivi raggiunti dal personale dirigenziale.

Il Piano è lo strumento che dà avvio al ciclo della Performance, si articola su un orizzonte temporale triennale e viene adottato ad inizio dell’esercizio di riferimento, entro il 31 gennaio.

Il Piano definisce altresì le fasi, i criteri e i metodi per le attività di monitoraggio e valutazione, inseriti nell’ambito del Sistema di misurazione e la valutazione della performance.

Il presente documento ha la finalità di rappresentare e di rendere pubblico l’insieme dei documenti di Pianificazione e di Programmazione Strategica previsti dalla normativa nazionale e regionale e dal ciclo di programmazione aziendale.

2. PRESENTAZIONE DELL’AMMINISTRAZIONE

2.1. Chi siamo

L’Azienda Sanitaria Locale TA è costituita in Azienda con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale, ha sede legale in Taranto, al viale Virgilio n. 31, l’indirizzo del sito internet istituzionale dell’ASL Taranto è www.sanita.puglia.it/web/asl-taranto

Essa dipende della Regione Puglia, utilizza i mezzi e gli strumenti operativi dell'imprenditore privato per raggiungere gli obiettivi di prevenzione, diagnosi e cura, nel rispetto delle normative vigenti.

2.2. Cosa facciamo

L’Azienda svolge le funzioni assegnate di tutela e di promozione della salute degli individui e della collettività e ha l’obiettivo principale di organizzare ed erogare i livelli essenziali di assistenza in maniera uniforme su tutto il territorio della Provincia di Taranto.

La missione dell’ASL di Taranto è quella di contribuire alla promozione, al mantenimento e allo sviluppo dello stato di salute della propria popolazione di riferimento e dei soggetti presenti nel territorio di competenza, che si trovino nelle condizioni di bisogno di assistenza, assicurando la disponibilità e l’accesso all’intera gamma

di tipologie di servizi e di prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, definiti dai diversi stadi di programmazione - nazionale, regionale e locale.

Nello svolgere l'attività si avvale delle proprie strutture produttive e dei servizi erogati dai soggetti accreditati.

La visione strategica dell'Azienda è orientata ad offrire ai suoi utenti, attraverso un sistema organizzativo efficiente caratterizzato per appropriatezza, efficacia e adeguatezza delle azioni, servizi di qualità eccellente al passo con l'evoluzione delle conoscenze scientifiche e tecnologiche.

Detta visione strategica si realizza consolidando un sistema organizzativo improntato sull'adeguatezza e sulla qualità dei servizi offerti ai soggetti (persone) rispetto ai loro bisogni ed attese, orientando al miglioramento continuo la propria offerta, rivolgendosi alla ricerca della soddisfazione della domanda di salute del territorio e del soggetto e valorizzando le risorse rappresentate dal patrimonio professionale, di esperienza e di competenza dei suoi operatori, in un contesto di gestione ottimale delle risorse disponibili.

2.3. Come operiamo

L'azienda opera nel massimo rispetto della dignità della persona umana, del bisogno di salute e dell'equità nell'offerta dell'assistenza; garantisce l'accessibilità alla propria popolazione di riferimento e ai cittadini presenti nel territorio di competenza, alle prestazioni previste dai livelli essenziali di assistenza nonché quelle integrative eventualmente stabilite dalla Regione Puglia, indipendentemente dal sesso, dalla nazionalità, dall'etnia, dalla cultura e dalla religione.

2.4. Missione e principali attività dell'Azienda Sanitaria Locale di Taranto

La **missione strategica** dell'ASL di Taranto, come si è detto, è quella di soddisfare i bisogni e le aspettative di salute dei cittadini garantendo le prestazioni previste dai livelli essenziali di assistenza nonché quelle integrative eventualmente stabilite dalla Regione.

Inoltre, contribuisce alla promozione, al mantenimento e allo sviluppo dello stato di salute della propria popolazione di riferimento e dei soggetti presenti nel territorio di competenza, che si trovino nelle condizioni di bisogno di assistenza.

Ha l'obiettivo di assicurare la disponibilità e l'accesso all'intera gamma di tipologie di servizi e di prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, definiti dai diversi stadi di programmazione avvalendosi della propria autonomia produttiva informando la propria attività a criteri di efficacia, di efficienza, di appropriatezza dell'uso delle risorse e di economicità.

Inoltre l'Azienda si avvale delle attività prodotte dall'insieme dei soggetti accreditati secondo le caratteristiche qualitative e quantitative specificate dagli accordi e dai contratti di fornitura.

Tale missione, non limitandosi a garantire prestazioni sanitarie ma perseguendo l'obiettivo "salute" inteso quale miglioramento complessivo della qualità di vita della popolazione, deve essere attuata nel rispetto dei principi di dignità della persona, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso ai servizi, della qualità delle cure e della loro appropriatezza, dell'umanizzazione e della personalizzazione dell'assistenza nonché dell'economicità nell'impegno delle risorse.

L'assistenza sanitaria, quale competenza fondamentale dell'Azienda, deve essere prestata con continuità e con criteri di integrazione organizzativa e multidisciplinare, in una costante prospettiva di integrazione con gli Enti e le Istituzioni locali.

L'Azienda persegue la propria missione attraverso una gestione imparziale tipica della pubblica amministrazione dove l'indirizzo politico riguarda il disegno complessivo delle scelte di fondo del sistema mentre le scelte gestionali sono ispirate esclusivamente dal valore delle competenze professionali, dall'attitudine all'adempimento dei compiti assegnati, dalla condivisione della missione aziendale.

L'attività della ASL è finalizzata a garantire il soddisfacimento dei bisogni sanitari in materia di:

- prevenzione;
- assistenza territoriale;
- assistenza ospedaliera;

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

L'attività dell'Azienda si realizza attraverso

- Distretti
- Dipartimenti strutturali
- Presidi Ospedalieri

in aderenza a quanto previsto dalle norme generali di organizzazione dell'Azienda sanitaria, al fine di garantire una corretta ed appropriata assistenza sanitaria e socio-sanitaria in relazione ai reali fabbisogni del territorio.

2.4.1. La Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione organizza e promuove le attività di tutela della salute collettiva e di prevenzione primaria in tutte le realtà in cui è sottoposta a rischi di origine ambientale, alimentare e lavorativa, intervenendo per rimuovere le cause di nocività e malattia, sia di origine umana che animale. Persegue obiettivi fondamentali quali la promozione della salute, la prevenzione delle malattie e delle disabilità e miglioramento della qualità della vita detta attività viene svolta prevalentemente dal Dipartimento di prevenzione.

Il Dipartimento di Prevenzione è una struttura di dipartimentale della ASL (disciplinata dall'art. 13 della L.R. 3 agosto 2006 n. 25) dotata di autonomia gestionale, organizzativa e contabile ed organizzata per centri di responsabilità e centri di costo, ai sensi dell'art.7 e successivi del D.Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii. La Regione Puglia emanando il R.R. 30.06.2009, n.13 "Organizzazione del Dipartimento di Prevenzione" (BURP n.101 del 06.07.2009), come modificato ed integrato dal R.R. 18.12.2012, n.30 ha ritenuto i programmi di sanità pubblica e la "visione" di popolazione tipica del Dipartimento (la visione collettiva dei problemi, l'epidemiologia, la gestione e la comunicazione del rischio, ecc.), elementi strategici per realizzare gli obiettivi di salute affidati alle AA.SS.LL.

Le Strutture attraverso cui si articola il Dipartimento di Prevenzione hanno competenze specifiche, in particolare:

SERVIZIO IGIENE SANITÀ PUBBLICA (S.I.S.P.), si occupa della tutela della salute dei Cittadini, della salubrità degli ambienti di vita e della promozione di corretti stili di vita; garantisce la tutela della salute collettiva attraverso la prevenzione delle malattie, la promozione della salute ed il miglioramento della qualità della vita.

SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE (S.I.A.N.), ha come compito fondamentale la tutela della salute della popolazione per gli aspetti legati all'alimentazione.

SIAV AREA A - SANITÀ ANIMALE, svolge attività di controllo e tutela della salute degli animali domestici e d'allevamento con l'obiettivo di tutelare la salute pubblica ed il benessere animale.

SIAV AREA B - IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE, si occupa del controllo delle materie prime di origine animale destinate a diventare alimento per il consumo umano.

SIAV AREA C - IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE, vigila sul benessere degli animali focalizzando l'attenzione su un processo che prende le mosse dall'ambiente in cui un animale nasce, si riproduce, vive, e si conclude col ritorno delle sue spoglie all'ambiente stesso.

SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO (SPESAL), tutela la salute e la sicurezza dei lavoratori negli ambienti di lavoro, allo scopo di contribuire alla prevenzione delle malattie professionali e degli infortuni sul lavoro e al miglioramento del benessere del lavoratore.

U.O.S.V.D. EDUCAZIONE SALUTE, persegue l'obiettivo di promuovere il benessere individuale, familiare e sociale attraverso attività che prevedono la valorizzazione di stili di vita sani in relazione a: riduzione del consumo di bevande alcoliche, prevenzione del tabagismo, sana alimentazione, igiene orale, incentivazione dell'attività fisica, procreazione responsabile, sicurezza.

I diversi Servizi del Dipartimento di Prevenzione hanno una differente articolazione sul territorio per l'offerta delle attività rivolte ai Cittadini ed alle aziende.

2.4.2. L'Assistenza territoriale

Le funzioni di tutela e di promozione della salute degli individui e della collettività a livello territoriale sono svolte attraverso le seguenti attività assistenziali:

- Assistenza Primaria
- Assistenza Domiciliare
- Assistenza Specialistica
- Ambulatoriale Riabilitativa e Protesica
- Assistenza Farmaceutica
- Assistenza Consultoriale, Familiare, Pediatrica e Psicologica
- Assistenza delle Dipendenze Patologiche
- Assistenza alla Salute Mentale
- Altri servizi che rispondono al bisogno socio sanitario locale.

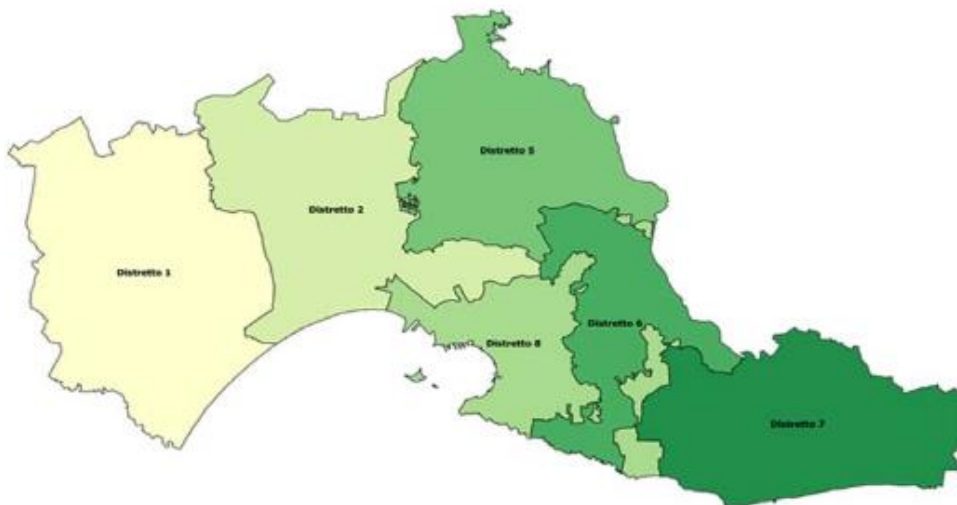
Tali attività sono erogate dal Dipartimento delle Cure Primarie, nell'ambito del quale sono inseriti: i Distretti Socio Sanitari il Servizio Socio Sanitario ; dal Dipartimento di Assistenza Riabilitativa Territoriale, dal Dipartimento Dipendenze Patologiche e dal Dipartimento di Salute Mentale.

Il **Distretto Socio Sanitario** rappresenta l'articolazione organizzativa dell'Azienda Sanitaria Locale nella quale si concentra tutta l'operatività socio-sanitaria, ad esclusione di quella connessa con le tipiche attività di ricovero e di quelle tipiche delle altre Strutture Territoriali. È lo strumento attraverso il quale si erogano i livelli essenziali di assistenza in maniera uniforme su tutto il territorio della Provincia di Taranto.

Il territorio della Provincia di Taranto comprende 29 Comuni con una popolazione complessiva di 576.756 abitanti ed è organizzato nei seguenti sei distretti:

- Distretto UNICO (8) Taranto
- DSS TA 01 - GINOSA (Castellaneta - Ginosa - Laterza - Palagianello)
- DSS TA 02 - MASSAFRA (Massafra - Mottola - Palagiano - Statte)
- DSS TA 05 - MARTINA FRANCA (Crispiano - Martina Franca)
- DSS TA 06 - GROTTAGLIE (Carosino - Faggiano - Grottaglie - Leporano - Monteiasi - Montemesola - Monteparano - Pulsano - Roccaforzata - San Giorgio Ionico - San Marzano Di San Giuseppe)
- DSS TA 07 - MANDURIA (Avetrana - Fragagnano - Lizzano - Manduria - Maruggio - Sava - Torricella)

Relativamente alla assistenza primaria, l'Azienda opera mediante 444 Medici di base (Medici di Medicina Generale – MMG), che assistono complessivamente una popolazione pari a 496.081 unità, e 68 Pediatri, che assistono complessivamente una popolazione pari a 53.683 unità. (Fonte: Modello FLS 12, Anno 2021).



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 DSM 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 DSM si articola nelle seguenti strutture:

- Centro di Salute Mentale Taranto Polo Centrale - Taranto, Martina Franca, Crispiano
- Servizio di Salute Mentale di Martina Franca
- Servizio Salute Mentale di Grottaglie
- Servizio Salute Mentale di Manduria
- Servizio Salute Mentale di Massafra
- Unità Operativa Complessa Servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza
- Unità Operativa Complessa Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura C/o P.O. "S.G.Moscati"
- Unità Operativa Semplice Dipartimentale Disturbi del Comportamento Alimentare
- Unità Operativa Semplice Dipartimentale Servizio di Psicologia Clinica
- Unità Operativa Semplice dipartimentale Psicologia del Lavoro

Il Dipartimento Dipendenze Patologiche (DDP) 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.

Il Dipartimento Dipendenze Patologiche della ASL Taranto comprende sette Servizi SerD :

- Taranto
- Castellaneta
- Grottaglie
- Manduria
- Martina Franca
- Massafra
- SerD Intramurario presso la Casa Circondariale

Inoltre Il DDP presenta nella sua articolazione:

- Equipe dedicata ai problemi correlati all'alcol dipendenza
- Servizio per le Dipendenze Comportamentali e gioco d'azzardo
- Equipe dedicata ai problemi correlati al Fumo da Tabacco

Il Dipartimento di Assistenza Riabilitativa Territoriale è la struttura operativa che a livello territoriale si occupa di organizzare e gestire le prestazioni e i percorsi riabilitativi.

L'azienda opera mediante 147 presidi a gestione diretta e 144 strutture convenzionate. La tipologia di strutture e il tipo di assistenza erogata sono riassunte nelle seguenti tabelle.

Per le strutture a gestione diretta:

TIPOLOGIA DI STRUTTURA	ASSISTENZA AIDS	ASSISTENZA PER TOSSICODEPENDENTI	ASSISTENZA PSICHIATRICA	ATTIVITA' CLINICA	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE	ATTIVITA' DI LABORATORIO	DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINE	ASSISTENZA AGLI ANZIANI	ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI	ASSISTENZA PSICHIATRICA	ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI	VACCINAZIONI ANTI-COVID-19
AMBULATORIO E LABORATORIO	0	0	0	28	0	11	19	0	0	0	0	0	0
STRUTTURA RESIDENZIALE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	6	6	14	19	17	2	2	0	0	0	0	0	20
TOTALE	6	6	14	47	17	13	21	0	1	1	0	1	20

Per le strutture a gestione indiretta (strutture accreditate):

TIPOLOGIA DI STRUTTURA	ASSISTENZA AIDS	ASSISTENZA PER TOSSICODIPENDENTI	ASSISTENZA PSICHIATRICA	ATTIVITA' CLINICA	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE	ATTIVITA' DI LABORATORIO	DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINE	ASSISTENZA AGLI ANZIANI	ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI	ASSISTENZA PSICHIATRICA	ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI	VACCINAZIONI ANTI COVID-19
AMBULATORIO E LABORATORIO	0	0	0	23	0	42	14	0	0	0	0	0	0
STRUTTURA RESIDENZIALE	0	0	0	0	0	0	0	16	1	1	9	0	0
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	0	0	0	0	0	0	0	1	8	0	7	3	0
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19
TOTALE	0	0	0	23	0	42	14	17	9	1	16	3	19

Gli istituti o centri di riabilitazione accreditati ex art. 26, L. n. 833/1978 sono 2 (OSMAIRM di Laterza e Casa di Cura Santa Rita di Taranto) ed operano con complessivi 290 posti letto per assistenza residenziale e 50 posti letto per assistenza semiresidenziali.

Di seguito si riporta una tabella riepilogativa per struttura convenzionata:

OSMAIRM	Residenziali - Cronici stabilizzati	250
OSMAIRM	Residenziali - Post acuti	20
S.RITA	Residenziali - Estensivi	20
OSMAIRM	Semiresidenziali	50

2.4.3. L'Assistenza Ospedaliera

L'assistenza ospedaliera viene erogata attraverso i Presidi Ospedalieri, che garantiscono la continuità assistenziale in un sistema a rete capace di fornire, in un'organizzazione integrata, livelli di assistenza di medio-alta specializzazione. L'Azienda, attraverso la Funzione Ospedaliera, garantisce il trattamento di condizioni patologiche che necessitano di interventi diagnostico- terapeutici di emergenza o di urgenza, patologie acute non gestibili in ambito ambulatoriale e/o domiciliare, e condizioni patologiche di lunga durata che richiedono un trattamento diagnostico-terapeutico non erogabile in forma extra-ospedaliera.

L'assistenza ospedaliera della ASL di Taranto viene erogata attraverso quattro **Presidi Ospedalieri**, organizzati in Dipartimenti Funzionali:

- P.O. Centrale – Ospedale SS. Annunziata; Ospedale S.G. Moscati; Ospedale S. Marco di Grottaglie; Ospedale di Mottola Centro post acuzie COVID
- P.O. Occidentale – Ospedale San Pio di Castellaneta
- P.O. Valle d'Itria – Ospedale di Martina Franca
- P.O. Orientale – Ospedale di Manduria

Le principali linee di attività nelle quali si esplica il livello essenziale di assistenza ospedaliera sono:

- pronto soccorso
- ricovero ordinario per acuti
- day surgery
- day hospital
- riabilitazione e lungo degenza post-acuzie

L'ASL di Taranto gestisce direttamente n. 1224 posti letto (Fonte: MOD.HSP.12_data ultimo aggiornamento per l'anno 2021: 11/03/2021) ed indirettamente n. 608 per il tramite delle strutture private accreditate (data aggiornamento 17/01/2021). Di seguito si riportano due tabelle riepilogative

ASSISTENZA OSPEDALIERA DIRETTA

Presidio	Stabilimento	CODREP	Disciplina	Posti letto Degenza ordinaria	Posti letto Day Hospital	Posti letto Day Surgery	Posti letto Totali	Posti letto Covid	
P.O. CENTRALE	SS. Annunziata	0811	CARDIOLOGIA	12	0	0	12	0	
		0911	CHIRURGIA GENERALE	27	0	1	28	0	
		1411	CHIRURGIA VASCOLARE	18	0	2	20	0	
		1802	TALASSEMIA	0	2	0	2	0	
		1812	MICROCITEMIA	0	6	0	6	0	
		1911	ENDOCRINOLOGIA	9	1	0	10	0	
		2602	MED.GEN.SEMINT.MARTINA FRANCA	20	0	0	20	0	
		2611	MEDICINA GENERALE	58	3	0	61	0	
		2911	NEFROLOGIA	9	1	0	10	0	
		3011	NEUROCHIRURGIA	19	0	1	20	0	
		3211	NEUROLOGIA	23	1	0	24	0	
		3611	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	32	0	4	36	0	
		3711	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	39	0	3	42	0	
		3911	PEDIATRIA	19	1	0	20	0	
		4311	UROLOGIA	19	0	1	20	0	
		4911	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	10	1	0	11	0	
		5011	UTIC	10	0	0	10	0	
		5811	GASTROENTEROLOGIA	0	2	0	2	0	
		6211	NEONATOLOGIA	15	1	0	16	0	
		7311	UTIN	10	0	0	10	0	
		Moscato	2631	MEDICINA COVID MOSCATI	0	0	0	0	20
			3411	OCULISTICA	8	0	1	9	0
			3813	OTORINOLARINGOIATRIA	8	0	1	9	0
	4011		PSICHIATRIA	15	0	0	15	0	
	4901		ANESTESIA E RIANIMAZIONE COVID	0	0	0	0	19	
	4912		ANESTESIA E RIANIMAZIONE	8	0	0	8	0	
	1811		EMATOLOGIA	15	5	0	20	0	
	2111		GERIATRIA	14	1	0	15	0	
	2402		MALATTIE INFETTIVE COVID	0	0	0	0	28	
	2411		MALATTIE INFETTIVE	22	3	0	25	0	
	6411		ONCOLOGIA	15	5	0	20	0	
	6801		PNEUMOLOGIA	8	0	0	8	0	
	6802		PNEUMOLOGIA COVID	0	0	0	0	26	
	9412		TERAPIA SEMINTENSIVA PNEUMOLOGICA COVID	0	0	0	0	26	
	9413		MALATTIE INFETTIVE SEMINTENSIVA COVID	0	0	0	0	8	
	Grottaglie	2612	MEDICINA GENERALE	22	2	0	24	0	
		3612	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	15	0	3	18	0	
		6012	LUNGODEGENZA	15	0	0	15	0	
		0913	CHIRURGIA GENERALE	7	0	1	8	0	
		2114	GERIATRIA	14	1	0	15	0	
		2615	AREA MEDICA COVID	0	0	0	0	23	
		5601	RIABILITAZIONE MOTONEUROLESI	20	0	0	20	0	
	5602	RIABILITAZIONE RESPIRATORIA	30	0	0	30	0		
	P.O. CENTRALE Totale				585	36	18	639	150
	P.O. ORIENTALE	Manduria	0801	CARDIOLOGIA	8	2	0	10	0
			0901	CHIRURGIA GENERALE	18	0	2	20	0
			0904	CHIRURGIA COVID MANDURIA	0	0	0	0	6
			2601	MEDICINA GENERALE	25	2	0	27	0
			2604	CENTRO TALASSEMIA	0	2	0	2	0
			2606	MEDICINA COVID MANDURIA	0	0	0	0	61
			2901	NEFROLOGIA	8	2	0	10	0
3601			ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	12	3	0	15	0	
4902			ANESTESIA E RIANIMAZIONE	2	0	0	2	0	
5001			UTIC	6	0	0	6	0	
P.O. ORIENTALE Totale				79	11	2	92	67	
P.O. VALLE D' ITRIA	Martina Franca	0801	CARDIOLOGIA	8	0	0	8	0	
		0901	CHIRURGIA GENERALE	18	0	2	20	0	
		2601	MEDICINA GENERALE	24	2	0	26	0	
		2603	MEDICINA COVID MARTINA	0	0	0	0	29	
		2901	NEFROLOGIA	10	0	0	10	0	
		3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	16	0	2	18	0	
		3701	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	7	0	1	8	0	
		3901	PEDIATRIA	4	1	0	5	0	
4301	UROLOGIA	10	0	2	12	0			
6001	LUNGODEGENZA	6	0	0	6	0			
P.O. VALLE D' ITRIA Totale				103	3	7	113	29	
P.O. OCCIDENTALE	Castellaneta	0811	CARDIOLOGIA	8	2	0	10	0	
		0911	CHIRURGIA GENERALE	18	0	2	20	0	
		2611	MEDICINA GENERALE	23	1	0	24	0	
		2613	MEDICINA COVID CASTELLANETA	0	0	0	0	32	
		3611	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	14	0	4	18	0	
		3711	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	17	0	3	20	0	
3911	PEDIATRIA	8	2	0	10	0			
P.O. OCCIDENTALE Totale				88	5	9	102	32	
Totale complessivo				855	55	36	946	278	

FONTE: HSP 12 2021- data di aggiornamento

ASSISTENZA OSPEDALIERA ACCREDITATA

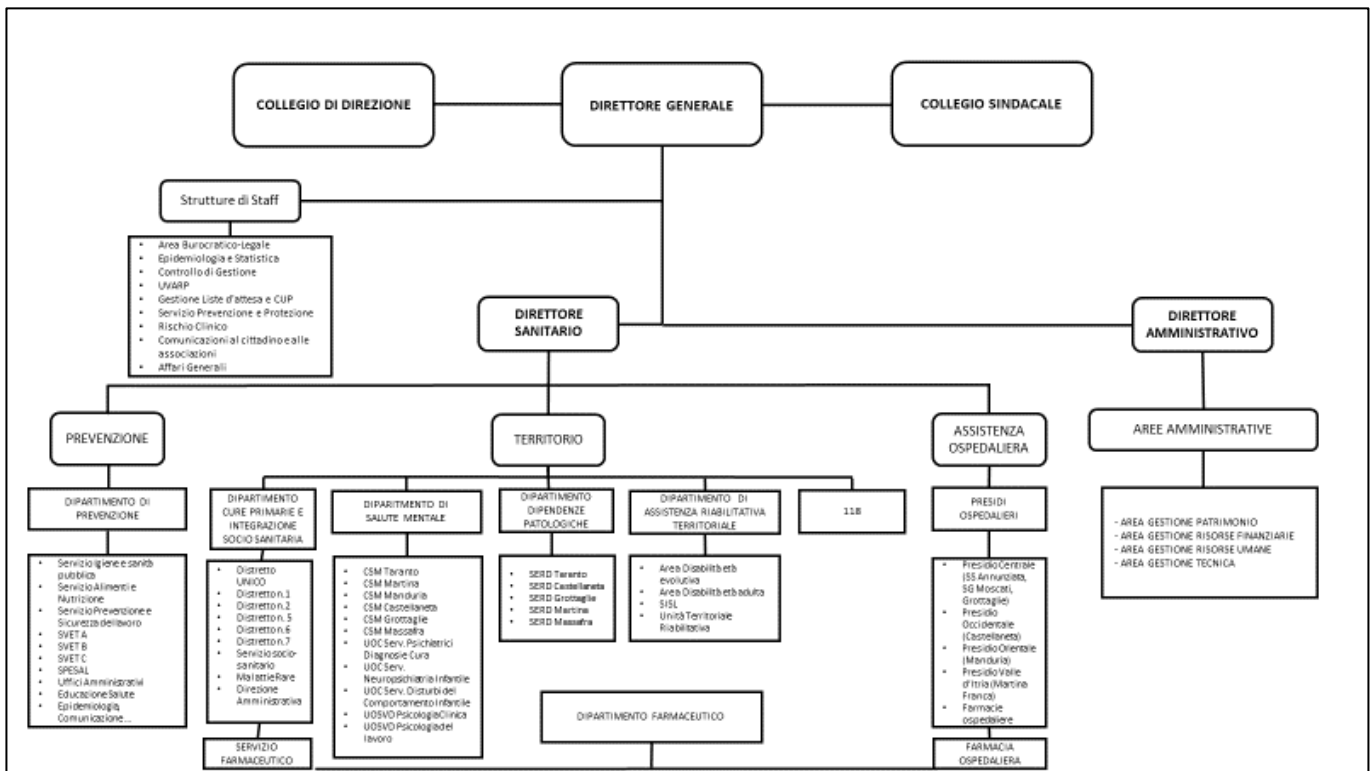
Case di Cura accreditate	Codice disciplina	Disciplina	Posti letto
VILLA VERDE Franco Ausiello S.R.L.	2101	GERIATRIA	26
	2601	MEDICINA GENERALE	20
	801	CARDIOLOGIA	24
	701	CARDIOCHIRURGIA	18
	6801	PNEUMOLOGIA	12
	5001	UTIC	8
	4901	TIC	6
	5601	RECUPERO E RIAB.FUNZIONALE	30
	5603 - 5604	RIABILITAZIONE CARDIO(10)-RESPIRATORIA (10)	20
TOTALE			164
CARLO FIORINO HOSPITAL S.p.A. EX presidio S. CAMILLO	901	CHIRURGIA GENERALE	20
	3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	28
	2601	MEDICINA GENERALE	24
	4301	UROLOGIA	6
	5801	GASTROENTEROLOGIA	5
	6801	PNEUMOLOGIA	10
TOTALE			93
Bernardini S.r.l.	901	CHIRURGIA GENERALE	15
	3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	28
	2601	MEDICINA GENERALE	25
	3401	OCULISTICA	2
	3701	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	6
	3001	NEUROCHIRURGIA	12
	4301	UROLOGIA	8
TOTALE			96
Città di Lecce Hospital Gvm Care & Research Srl	901	CHIRURGIA GENERALE	23
	3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	17
TOTALE			40
CARLO FIORINO HOSPITAL SPA EX presidio SANTA RITA	2601	MEDICINA GENERALE	16
	2101	GERIATRIA	14
TOTALE			30
Istituti Clinici Scientifici Maugeri S.p.A. Società Benefit	6801	PNEUMOLOGIA	10
	5601	RIABILITAZ. NEUROMOTULESI	47
	5602	RIABILITAZ. RESPIRATORIA	10
TOTALE			67
Centro Socio Sanitario - VILLA BIANCA S.r.l.	5601	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	64
TOTALE			64
Fondazione Cittadella della Carità	801	CARDIOLOGIA	8
	5601	RECUPERO E RIAB.FUNZIONALE	36
	5602	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	10
TOTALE			54
TOTALE COMPLESSIVO			608
DI CUI:			
TOTALE POSTI LETTO DEGENZA ORDINARIA PER ACUTI			391
TOTALE POSTI LETTO RIABILITAZIONE			217

AGGTO IL 17,01,2021

2.5 L'organizzazione

Il modello organizzativo di un'Azienda Sanitaria, in quanto realtà estremamente articolata e complessa, è caratterizzato da un'elevata presenza di strutture con diversità di missione e di servizi erogati.

L'articolazione delle macrostrutture socio-sanitarie attraverso cui si realizza l'attività dell'Azienda sul territorio rispetta l'assetto organizzativo previsto dalla Regione Puglia. Esso è finalizzato non solo a garantire il soddisfacimento dei bisogni sanitari in materia di prevenzione, assistenza territoriale e assistenza ospedaliera secondo un modello a rete aziendale che si raccordi con quello regionale, ma è diretto anche a perseguire l'obiettivo della continuità dell'assistenza e dell'integrazione tra ospedale e territorio.



La ASL Taranto adotta il modello dipartimentale quale aggregazione di Strutture Complesse e Semplici, omogenee, analoghe affini o complementari che perseguono comuni finalità.

I Dipartimenti hanno autonomia tecnico-professionale e gestionale, nei limiti degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite ed operano secondo il piano annuale di attività, gestendo le risorse assegnate dalla Direzione Generale nell'ambito della negoziazione annuale. I Dipartimenti sono la principale sede operativa di attuazione e di gestione delle attività relative al Governo Clinico.

Organi di governo e direzione strategica

Sono organi dell'Azienda Sanitaria il Direttore Generale, il Collegio Sindacale ed il Collegio di Direzione.

Al Direttore Generale è affidata la direzione strategica della Azienda. È l'organo cui competono tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza legale dell'Azienda. Il Direttore Generale è responsabile delle funzioni di indirizzo politico-amministrativo e strategico dell'Azienda.

Il Collegio Sindacale è un organo di controllo indipendente. Verifica l'attività dell'Azienda sotto il profilo della gestione economica, finanziaria e patrimoniale; vigila sull'osservanza della legge, accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili; effettua periodicamente verifiche di cassa e svolge le altre funzioni al medesimo attribuite da leggi nazionali e regionali.

Il Collegio di Direzione è un organo aziendale collegiale, che concorre al governo delle attività cliniche, alla pianificazione delle attività (incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative), esprime parere obbligatorio sull'atto aziendale per la parte relativa

all'organizzazione delle attività cliniche sul piano aziendale annuale della formazione e sul piano aziendale annuale per la gestione del rischio clinico.

Le **funzioni tecnico-amministrative** sono assicurate dalle seguenti UU.OO.:

- Area Gestione Risorse Umane,
- Area Gestione del Patrimonio,
- Area Gestione Tecnica,
- Area Gestione Risorse Economiche e Finanziarie,
- Attività Legali e Affari Generali.

Lo svolgimento delle **Funzioni Direzionali** sono supportate dalla Tecnostruttura di Staff di seguito se ne riporta l'elenco:

- Area Burocratico-Legale
- Epidemiologia e Statistica
- Controllo di Gestione
- UVARP
- Gestione Liste d'attesa e CUP
- Servizio Prevenzione e Protezione
- Rischio Clinico
- Comunicazioni al cittadino e alle associazioni
- Affari Generali

2.6 Le risorse umane

Le Risorse Umane in servizio nelle strutture operative a tempo determinato e indeterminato, alla data del 31 dicembre 2021, sono pari a 6076, di cui 964 unità assunte in forza della sussistenza dell'emergenza pandemica.

Di seguito si riportano delle tabelle riepilogative sulla composizione del personale per tipologia di contratto per profilo e per genere per età

Anno riferimento 2021

Distribuzione del personale dipendente in servizio al 31.XII per ruolo e natura

NATURA RAPPORTO

DESCR. TIPO DIP.	DESCR. RUOLO	TEMPO		TEMPO	
		DETERMINATO	%	INDETERMINATO	%
COMPARTO	RUOLO AMMINISTRATIVO	25	3%	443	10%
	RUOLO PROFESSIONALE	0	0%	6	0%
	RUOLO SANITARIO	646	88%	2917	69%
	RUOLO TECNICO	61	8%	865	20%
COMPARTO Totale		732	100%	4231	100%
DIRIGENZA MEDICA	RUOLO SANITARIO	65	66%	807	80%
DIRIGENZA NON MEDICA	RUOLO AMMINISTRATIVO	1	1%	15	1%
	RUOLO PROFESSIONALE	3	3%	8	1%
	RUOLO SANITARIO	29	29%	172	17%
	RUOLO TECNICO		0%	5	0%
DIRIGENZA NON MED PROF.SANIT	RUOLO PROFESSIONI SANITARIE	1	1%	7	1%
DIRIGENZA Totale		99	100%	1014	100%
Totale complessivo		831		5245	

Di seguito si riportano i dati inerenti le assunzioni COVID 2021

di cui Assunzioni per emergenza COVID 19 al 31.XII

DESCR. TIPO DIP.	DESCR. RUOLO	TEMPO		TEMPO	
		DETERMINATO COVID	%	INDETERMINATO COVID	%
COMPARTO	RUOLO AMMINISTRATIVO	5	1%	0	0%
	RUOLO SANITARIO	484	92%	129	36%
	RUOLO TECNICO	39	7%	233	64%
COMPARTO Totale		528	100%	362	100%
DIRIGENZA MEDICA	RUOLO SANITARIO	28	76%	28	76%
DIRIGENZA NON MEDICA	RUOLO SANITARIO	9	24%	9	24%
DIRIGENZA Totale		37	100%	37	100%
Totale complessivo		565		399	

Distribuzione del personale dipendente in servizio al 31.XII per ruolo e genere

DESCR. TIPO DIP.	DESCR. RUOLO	F		M	
			%		%
COMPARTO	RUOLO AMMINISTRATIVO	299	64%	169	36%
	RUOLO PROFESSIONALE		0%	6	100%
	RUOLO SANITARIO	2681	75%	882	25%
	RUOLO TECNICO	582	63%	344	37%
COMPARTO Totale		3562	72%	1401	28%
DIRIGENZA MEDICA	RUOLO SANITARIO	407	47%	465	53%
DIRIGENZA NON MEDICA	RUOLO AMMINISTRATIVO	9	56%	7	44%
	RUOLO PROFESSIONALE	4	36%	7	64%
	RUOLO SANITARIO	159	79%	42	21%
	RUOLO TECNICO	2	40%	3	60%
DIRIGENZA NON MED PROF.SANIT	RUOLO PROFESSIONI SANITARIE	3	38%	5	63%
DIRIGENZA Totale		584	52%	529	48%
Totale complessivo		4146		1930	

Età media dipendenti

DESCR. TIPO DIP.	DESCR. RUOLO	NAT.RAPP.		Età
COMPARTO	RUOLO AMMINISTRATIVO	TEMPO DETERMINATO		42,52
		TEMPO INDETERMINATO		50,89
	RUOLO PROFESSIONALE	TEMPO INDETERMINATO		55,67
		TEMPO DETERMINATO		32,67
	RUOLO SANITARIO	TEMPO INDETERMINATO		46,17
		TEMPO DETERMINATO		40,46
	RUOLO TECNICO	TEMPO INDETERMINATO		46,48
COMPARTO Media			44,81	
DIRIGENZA MEDICA	RUOLO SANITARIO	TEMPO DETERMINATO		38,49
		TEMPO INDETERMINATO		51,48
DIRIGENZA MEDICA Media				50,51
DIRIGENZA NON MEDICA	RUOLO AMMINISTRATIVO	TEMPO DETERMINATO		57,00
		TEMPO INDETERMINATO		54,40
	RUOLO PROFESSIONALE	TEMPO DETERMINATO		50,00
		TEMPO INDETERMINATO		53,13
	RUOLO SANITARIO	TEMPO DETERMINATO		43,14
		TEMPO INDETERMINATO		49,73
	RUOLO TECNICO	TEMPO INDETERMINATO		55,40
DIRIGENZA NON MEDICA Media			49,48	
DIRIGENZA NON MED PROF.SANIT	RUOLO PROFESSIONI SANITARIE	TEMPO DETERMINATO		58,00
		TEMPO INDETERMINATO		57,14
DIRIGENZA NON MED PROF.SANIT Media				57,25
Età media				45,82

2.7 I principali dati economico-finanziari

L'ASLTA elabora i propri bilanci nel rispetto dei principi contabili vigenti per le Aziende del Servizio Sanitario Regionale, nonché in osservanza della normativa contabile nazionale.

Di seguito si riporta una tabella sintetica dei conti economici approvati dal riepilogativa dei risulti i principali dati economici rilevati in relazione all'esercizio 2020, ultimo bilancio approvato disponibile.

VOCE MODELLO CE	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Totale valore della produzione (A)	1.097.741.636	1.111.173.833	1.117.627.735	1.127.847.003	1.135.489.882	1.146.324.680
Totale costi della produzione (B)	-1.071.391.544	-1.086.923.815	-1.099.429.404	-1.106.329.555	-1.115.670.016	-1.128.065.234
(A-B) Differenza tra valori e costi della produzione	26.350.092	24.250.018	18.198.331	21.517.448	19.819.866	18.259.446
Totale proventi e oneri finanziari (C)	-278.162	-992.890	-496.359	-563.651	-286.158	-237.714
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0	-24.130	0	0	0	-3.301
Totale proventi e oneri straordinari (E)	-8.133.619	-5.247.688	983.334	-1.633.341	108.500	2.514.678
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	17.938.311	17.985.310	18.685.306	19.320.456	19.642.208	20.533.109
Totale imposte e tasse	-17.865.299	-17.928.223	-18.607.493	-19.315.984	-19.612.466	-20.523.014
RISULTATO DI ESERCIZIO	73.012	57.087	77.814	4.472	29.742	10.095

Il bilancio 2020 si chiude con un utile pari a € 10.095, inferiore rispetto a quello programmato previsto a € 33.397.

In estrema sintesi dalla tabella sopra riportata si evidenzia una quasi sovrapposibilità dei risultati di esercizio dei diversi anni.

Tali risultati sono stati raggiunti grazie all'incremento delle risorse messe a disposizione dalla Regione per far fronte ai costi sostenuti dall'Azienda per la soddisfazione della crescente domanda di servizi sanitari.

Di seguito si riporta un'analisi del valore della produzione e dei costi della produzione registrati confrontati con il valori programmati. Le rilevanti differenze derivano principalmente dalla compensazione tra le economie derivanti da una riduzione dell'attività ordinaria ed un incremento dei costi che l'azienda ha dovuto sostenere per far fronte alla pandemia da COVID.

A. Valore della Produzione

Il **valore della produzione** a consuntivo rispetto al dato previsionale è **maggiore** di complessivi **Euro 25.457.055** principalmente per effetto di:

I **maggiori Contributi in conto esercizio** per Euro 21.412.086. Le voci che maggiormente hanno influenzato detto risultato sono le seguenti:

Incrementi:

- la quota indistinta è aumentata di una somma pari a Euro 9.608.412, passando dal dato previsionale di Euro 999.753.617 a Euro 1.009.362.029;
- i contributi extra fondo preventivati per Euro 10.239.107 e consuntivati per Euro 23.107.485 rilevano un incremento di Euro 12.868.378;
- a consuntivo i contributi da privati sono stati pari a Euro 117.605 a fronte di nessun importo preventivato;

Decrementi:

- la quota vincolata è diminuita di una somma pari a Euro 1.182.309, passando dal dato previsionale di Euro 32.124.239 a Euro 30.941.930;

II un **maggiore utilizzo** a consuntivo di risorse proprie, per acquisti di beni durevoli per un totale di Euro 2.118.739 e da un maggiore utilizzo nel corso dell'anno di fondi in conto capitale erogati negli anni precedenti per Euro 1.057.869;

III **minori Prestazioni sanitarie e socio sanitarie a rilevanza sanitaria** a consuntivo per Euro 8.971.660. I minori ricavi sono riferiti principalmente ad una minore mobilità attiva per prestazioni rese ad assistiti appartenenti ad altre ASL e a minori ricavi per prestazioni di file F (distribuzione diretta di farmaci) per complessivi Euro 6.672.879;

IV un **incremento** a consuntivo dei ricavi per “**Concorsi, recuperi e rimborsi**” per Euro 18.480.578 di cui:

- Euro 1.321.872 riconosciuti dalla Regione a titolo di ulteriore Payback;
- Euro 16.367.211 per maggiore rimborso da aziende farmaceutiche per “Pay back”;

V **minori ricavi** a consuntivo per **Ticket** per Euro 3.162.924;

VI minori quote di Contributi in conto capitale imputati a ricavi a consuntivo, ai fini della sterilizzazione dell'ammortamento dei cespiti finanziati da contributi in conto capitale ex art. 29, comma 1, lett. C) D. Lgs. 118/2011, per Euro 1.551.381;

VII maggiori Altri ricavi e proventi per Euro 311.223.

B. Costi Della Produzione

I **costi della produzione** rilevati in sede di elaborazione del Bilancio 2020 **sono superiori** a quelli programmati per complessivi **Euro 26.530.419**.

Lo scostamento tra quanto programmato e quanto effettivamente speso è imputabile principalmente ai maggiori costi di acquisto di beni sanitari, risultati superiori rispetto al preventivato di Euro 23.269.044, nonché da ulteriori scostamenti come di seguito riportato.

I. **I costi per acquisto di beni sanitari**, come già evidenziato, **sono superiori** rispetto al dato previsionale di **Euro 23.269.044** per effetto:

- dell'aumento del costo dei Prodotti farmaceutici ed emoderivati per complessivi Euro 12.820.658;
- dell'incremento dei costi per Sangue ed emocomponenti non programmati e risultati a consuntivo pari a Euro 469.144;
- dei maggiori costi per "Dispositivi medici" per Euro 11.646.917;
- dei minori costi dei Prodotti dietetici per Euro 46.139,
- dei minori costi per Materiali per la profilassi (vaccini) per Euro 1.766.702;
- di maggiori costi per "Prodotti chimici" per Euro 70.072;
- dei maggiori costi i per Materiale e prodotti per uso veterinario per Euro 48.584;
- dei maggiori costi per l'acquisto di Altri beni per Euro 33.646.

II. Il costo dei **Beni non sanitari** a consuntivo è **inferiore** al dato previsionale di Euro 7.136.

III. Relativamente ai **Servizi sanitari** la spesa a consuntivo è **inferiore** rispetto a quella programmata per Euro 12.125.614 per effetto degli incrementi e decrementi riportati nella seguente tabella

Acquisti servizi sanitari	Bilancio 2020	Preventivo 2020	Δ
B.2.A.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base	79.787.026	77.190.522	2.596.504
B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	86.923.410	91.182.926	(4.259.516)
B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	55.674.418	54.795.621	878.797
B.2.A.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa	27.243.233	30.167.872	(2.924.639)
B.2.A.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa	8.588.587	8.000.000	588.587
B.2.A.6) Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica	7.713.562	9.960.967	(2.247.405)
B.2.A.7) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	158.021.387	172.406.019	(14.384.632)
B.2.A.8) Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	20.558.337	19.153.687	1.404.650
B.2.A.9) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F	13.926.503	12.390.600	1.535.903
B.2.A.10) Acquisto prestazioni termali in convenzione	816.797	1.142.232	(325.435)
B.2.A.11) Acquisto prestazioni di trasporto sanitario	13.452.516	13.063.895	388.621
B.2.A.12) Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria	22.476.382	25.497.545	(3.021.163)
B.2.A.13) Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia)	1.028.369	1.709.330	(680.961)
B.2.A.14) Rimborsi, assegni e contributi sanitari	17.099.327	11.856.424	5.242.903
B.2.A.15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	4.774.055	1.368.719	3.405.336
B.2.A.16) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	5.980.286	6.303.450	(323.164)
B.2.A.17) Costi GSA per differenziale saldo mobilità interregionale	-	-	-
Totale acquisti servizi sanitari	524.064.194	536.189.809	(12.125.614)

- IV. Il costo dei **Servizi non sanitari** è complessivamente **superiore** rispetto alla spesa programmata di Euro 3.592.271. Nel dettaglio si rilevano a consuntivo maggiori costi per servizi non sanitari, superiori rispetto al programmato di Euro 3.407.925, e maggiori costi riferiti a consulenze e collaborazioni non sanitarie e ai costi di formazione per complessivi Euro 184.346.
- V. I **Costi per manutenzione e riparazione** sostenuti durante il 2020 sono stati **superiori** rispetto a quelli programmati per un importo complessivo di Euro 763.249. Ciò tenuto conto della maggiore attenzione posta alla reale urgenza dell'esecuzione di lavori di manutenzione.
- VI. Anche i costi per **Godimento di beni di terzi** sono stati superiori a quelli programmati per complessivi Euro 7.182.
- VII. Il **Costo del personale è superiore** rispetto a quello programmato per Euro 16.139.341 per effetto delle assunzioni di personale avvenute sia nel ruolo sanitario, che infatti presenta un costo superiore al programmato di Euro 10.410.970, sia nel ruolo tecnico che è maggiore rispetto al programmato di Euro 3.741.542. E' rimasto sostanzialmente invariato il costo del personale del ruolo professionale che registra un aumento di Euro 190.791, il costo del personale amministrativo è superiore a quello programmato di Euro 1.796.038.
- VIII. Gli **Oneri diversi di gestione** sono inferiori rispetto a quelli programmati risultando di soli Euro 563.335.

- IX. Il Costo degli ammortamenti è inferiore al programmato con un decremento di Euro 2.155.702.
- X. La variazione delle rimanenze a consuntivo evidenzia minori Rimanenze finali al 31/12/2020 rispetto alle rimanenze iniziali all'1/1/2020 per Euro 760.100.
- XI. Gli Accantonamenti per rischi a consuntivo sono inferiori rispetto al dato previsionale per Euro 1.635.918. Ciò tenuto conto delle maggiori informazioni acquisite a valle della gestione dell'anno 2020 rispetto a quelle disponibili a monte al momento della elaborazione del bilancio di previsione.

3. L'ALBERO DELLA PERFORMANCE

Gli obiettivi assegnati dai documenti di programmazione nazionale e regionale costituiscono la base di partenza per l'elaborazione dell'albero della Performance. Gli stessi vengono integrati con le esigenze strategiche prettamente aziendali, correlati all'analisi del contesto interno ed esterno e, quindi, tradotti in obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi operativi, assegnati alle Strutture aziendali.

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.

4. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

L'analisi del contesto esterno serve ad individuare le caratteristiche della popolazione afferente alla ASL di Taranto da un punto di vista amministrativo, demografico, economico, epidemiologico e della situazione storica in cui si sviluppa l'offerta sanitaria, al fine di trarne i principali cambiamenti e le esigenze prioritarie.

Territorio e popolazione

L'Asl Taranto opera su un territorio che si estende su una superficie di 2.436,67 Km². Dal punto di vista amministrativo, la provincia consta di 29 comuni, dei quali cinque, caratterizzati da una notevole estensione territoriale, organizzati rispettivamente in 6 distretti socio-sanitari.

Secondo i dati ISTAT, la popolazione residente della provincia di Taranto al 1° gennaio 2021 ammonta a 561.958 individui, di cui 272.571 uomini e 289.387 donne.

Di seguito si riporta il dettaglio sulla distribuzione della popolazione, suddivisa per Distretto, per fasce d'età, sesso e stato civile.

DSS	Denominazione	Maschi	Femmine	Totale Generale
1	Castellaneta	8.082	8.406	16.488
	Ginosa	10.948	10.978	21.926
	Laterza	7.345	7.599	14.944
	Palagianello	3.732	3.947	7.679
	Totale Distretto 1	30.107	30.930	61.037
2	Massafra	15.855	16.313	32.168
	Mottola	7.603	7.942	15.545
	Palagianio	7.861	7.915	15.776
	Statte	6.418	6.773	13.191
	Totale Distretto 2	37.737	38.943	76.680
5	Crispiano	6.535	6.736	13.271
	Martina Franca	22.834	24.546	47.380
	Totale Distretto 5	29.369	31.282	60.651
6	Carosino	3.242	3.435	6.677
	Faggiano	1.668	1.750	3.418
	Grottaglie	14.949	16.044	30.993
	Leporano	4.054	4.015	8.069
	Monteiasi	2.603	2.791	5.394
	Montemesola	1.770	1.851	3.621
	Monteparano	1.116	1.187	2.303
	Pulsano	5.533	5.668	11.201
	Roccaforzata	886	915	1.801
	San Giorgio Ionico	6.955	7.459	14.414
San Marzano di San Giuseppe	4.457	4.493	8.950	
	Totale Distretto 6	47.233	49.608	96.841
7	Avetrana	3.019	3.298	6.317
	Fragagnano	2.441	2.625	5.066
	Lizzano	4.722	4.904	9.626
	Manduria	14.605	15.542	30.147
	Maruggio	2.619	2.619	5.238
	Sava	7.472	7.991	15.463
	Torricella	2.064	2.111	4.175
	Totale Distretto 7	36.942	39.090	76.032
8	Taranto	91.183	99.534	190.717
	Totale Distretto 8	91.183	99.534	190.717
	Totale complessivo	272.571	289.387	561.958

Nella tabella che segue sono riportati i dati delle presenze di stranieri nel territorio jonico

Popolazione straniera residente al 1 gennaio anni 2019-2021									
Sesso	2019			2020			2021		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Puglia	66.641	65.451	132.092	67.452	66.238	133.690	68.893	65.547	134.440
Taranto	6.765	6.950	13.715	6.886	7.109	13.995	7.305	7.013	14.318
Fonte: dati ISTAT									

Come si evince il numero degli stranieri residenti nella Provincia di Taranto ed in Puglia nel 2021 sono aumentati rispetto agli anni precedenti.

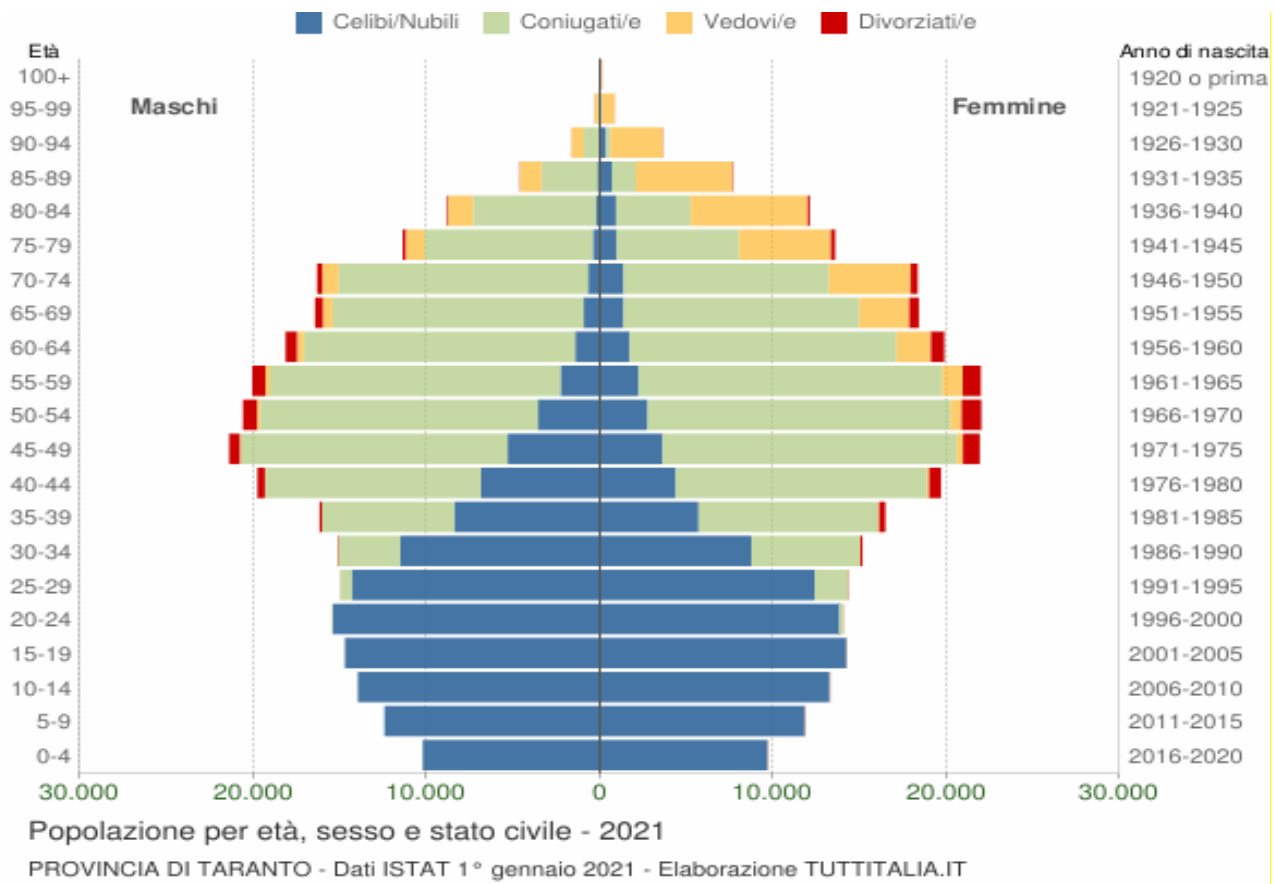
Nelle tabelle che seguono sono riportati i dati statistici della popolazione in relazione all'età, segue un grafico che rappresenta in maniera più esplicita la composizione dando delle indicazioni chiare da tenere presente nella programmazione delle attività nell'immediato e nel prossimo futuro.

Popolazione residente per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2021

Classi di età	Totale Maschi	Totale Femmine	Popolazione Totale
[0 - 13]	33.807	32.012	65.819
[14 - 64]	179.186	182.579	361.765
>64	59.578	74.796	134.374
TOTALE GENERALE	272.571	289.387	561.958

Più in dettaglio per avere maggiori informazioni in relazioni alle dinamiche della composizione della popolazione per intercettare il fabbisogno di salute nell'immediato e nel prossimo futuro

Fasce d'età	Totale Maschi	Totale Femmine
[0 - 4]	10.217	9.677
[5 - 9]	12.431	11.832
[10 - 14]	11.159	10.503
[15 - 19]	17.523	17.003
[20 - 24]	15.469	14.038
[25 - 29]	14.970	14.370
[30 - 34]	15.140	15.165
[35 - 39]	16.181	16.490
[40 - 44]	19.750	19.687
[45 - 49]	21.385	21.932
[50 - 54]	20.591	22.012
[55 - 59]	20.056	21.994
[60 - 64]	18.121	19.888
[65 - 69]	16.445	18.427
[70 - 74]	16.307	18.345
[75 - 79]	11.396	13.597
[80 - 84]	8.826	12.123
[85 - 89]	4.620	7.703
[90 - 94]	1.640	3.632
[95 - 99]	314	856
[100 - ...]	30	113
Totale	272.571	289.387



I numeri sopra riportati evidenziano un progressivo invecchiamento della popolazione con un conseguente aumento della richiesta di prestazioni sanitarie e sociosanitarie legate alla cronicità e alla non-autosufficienza.

In diversi studi è emerso come a fronte del 40% di incidenza della popolazione cronica corrisponda l'80% del consumo di risorse sanitarie, ne consegue la necessità di una revisione dell'offerta sanitaria con il trasferimento di risorse dalle strutture ospedaliere verso servizi territoriali che si occupano della presa in carico delle cronicità, anche in linea con il Chronicle Care Model approvato in sede regionale.

Lo stato di salute della popolazione

INDICATORI DEMOGRAFICI	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Quoziente di natalità (per mille)	7,5	7,4	6,8	6,7	6,4	..
Quoziente di mortalità (per mille)	9,5	10,1	10	10,2	11	..
Quoziente di nuzialità (per mille)	3,4	3,2	3,3	2,9	1,3	..
Saldo migratorio interno (per mille)	-3,4	-4,3	-4,7	-4,1	-2,3	..
Saldo migratorio con l'estero (per mille)	1,1	0,7	0,4	1,1	0,5	..
Saldo migratorio per altro motivo (per mille)	-0,2	-0,5	-0,4	-0,6	-0,4	..
Saldo migratorio totale (per mille)	-2,4	-3,6	-4,2	-3,6	-2,2	..
Crescita naturale (per mille)	-2	-2,7	-3,1	-3,5	-4,6	..
Tasso di crescita totale (per mille)	-4,4	-6,3	-7,3	-7,1	-6,8	..
Numero medio di figli per donna	1,24	1,24	1,18	1,18	1,15	..
Età media della madre al parto	31,6	31,4	31,8	31,7	31,7	..

Speranza di vita	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Speranza di vita alla nascita - totale	82,5	82,4	82,8	83	82,7	..
Speranza di vita a 65 anni - totale	20,6	20,6	20,8	20,8	20,6	..

Struttura della popolazione	2016	2017	2018	2019	2020	2021
0-14 anni	13,8	13,6	13,4	13,1	12,8	12,7
15-64 anni	64,8	64,5	64,3	64,2	63,9	63,4
65 anni e oltre	21,4	22	22,3	22,8	23,2	23,9

Indicatori di struttura della popolazione al 1° gennaio	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Età media della popolazione	43,6	44,3	44,7	45	45,4	45,8
Indice di dipendenza strutturale	53,7	55,1	55,4	55,8	56,4	57,8
Indice di dipendenza degli anziani	32,1	34,1	34,7	35,4	36,4	37,7
Indice di vecchiaia	148,9	161,6	167,1	173,9	181,2	188,2

Fonte: ISTAT

Glossario

Crescita naturale (tasso di): differenza tra il tasso di natalità e il tasso di mortalità.
Crescita totale (tasso di): somma del tasso di crescita naturale e del tasso migratorio totale.
Dipendenza anziani (indice di): rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.
Dipendenza strutturale (indice di): rapporto tra popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.
Età media: età media della popolazione detenuta a una certa data espressa in anni e decimi di anno; da non confondere con vita media (vedi).
Età media al parto: l'età media al parto delle madri espressa in anni e decimi di anno, calcolata considerando i soli nati vivi.
Migratorio con l'estero (tasso): rapporto tra il saldo migratorio con l'estero dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, per 1.000.
Migratorio interno (tasso): rapporto tra il saldo migratorio interno dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000.
Migratorio totale (tasso): rapporto tra il saldo migratorio dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000.
Migratorio per altri motivi (tasso): rapporto tra il saldo migratorio dovuto ad altri motivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000.
Mortalità (tasso di): rapporto tra il numero dei decessi nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000.
Natalità (tasso di): rapporto tra il numero dei nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000.
Numero medio di figli per donna (o tasso di fecondità totale -TFT): somma dei quozienti specifici di fecondità calcolati rapportando, per ogni età feconda (15-50 anni), il numero di nati vivi all'ammontare medio annuo della popolazione femminile.
Nuzialità (tasso di): rapporto tra il numero di matrimoni celebrati nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000.
Saldo migratorio con l'estero: differenza tra il numero degli iscritti per trasferimento di residenza dall'estero ed il numero dei cancellati per trasferimento di residenza all'estero.
Saldo migratorio interno: differenza tra il numero degli iscritti per trasferimento di residenza da altro Comune e il numero dei cancellati per trasferimento di residenza in altro Comune.
Saldo migratorio per altri motivi: differenza tra il numero degli iscritti ed il numero dei cancellati dai registri anagrafici dei residenti dovuto ad altri motivi.
Saldo migratorio totale: differenza tra il numero degli iscritti ed il numero dei cancellati dai registri anagrafici per trasferimento di residenza.
Saldo naturale: differenza tra il numero di iscritti per nascita e il numero di cancellati per decesso dai registri anagrafici dei residenti.
Speranza di vita alla nascita (o vita media): numero medio di anni che restano da vivere a un neonato.
Vecchiaia (indice di): rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100.

Ulteriori informazioni per conoscere lo stato della salute della popolazione e per rispondere alle esigenze di programmazione sanitaria di un paese possono essere ottenute dalle statistiche sulle cause di morte

	Tipo dato	morti		
	Territorio	Taranto		
	Selezione periodo	2018		
	Sesso	M	F	TOT
Causa iniziale di morte - European Short List				
alcune malattie infettive e parassitarie		47	53	100
tubercolosi		3	1	4
aids (malattia da hiv)		2	..	2
epatite virale		11	20	31
altre malattie infettive e parassitarie		31	32	63
tumori		930	631	1.561
tumori maligni		878	595	1.473
di cui tumori maligni delle labbra, cavità orale e faringe		21	10	31
di cui tumori maligni dell'esofago		3	5	8
di cui tumori maligni dello stomaco		47	33	80
di cui tumori maligni del colon, del retto e dell'ano		79	73	152
di cui tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici		66	25	91
di cui tumori maligni del pancreas		56	56	112
di cui tumori maligni della laringe		16	1	17
di cui tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni		227	44	271
di cui melanomi maligni della cute		10	7	17

	morti			
	Territorio			
	Taranto			
	Seleziona periodo			
2018				
	Sesso	M	F	TOT
di cui tumori maligni del seno		3	101	104
di cui tumori maligni della cervice uterina		..	7	7
di cui tumori maligni di altre parti dell'utero		..	33	33
di cui tumori maligni dell'ovaio		..	28	28
di cui tumori maligni della prostata		58	..	58
di cui tumori maligni del rene		24	11	35
di cui tumori maligni della vescica		62	17	79
di cui tumori maligni del cervello e del sistema nervoso centrale		28	17	45
di cui tumori maligni della tiroide		2	1	3
di cui morbo di hodgkin e linfomi		26	17	43
di cui leucemia		32	22	54
di cui altri tumori maligni del tessuto linfatico/ematopoietico		20	12	32
di cui altri tumori maligni		98	75	173
tumori non maligni (benigni e di comportamento incerto)		52	36	88
malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema imm.		17	11	28
malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche		165	204	369
diabete mellito		131	159	290
altre malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche		34	45	79
disturbi psichici e comportamentali		63	124	187
demenza		55	115	170
abuso di alcool (compresa psicosi alcolica)		1	..	1
dipendenza da droghe, tossicomania		1	..	1
altri disturbi psichici e comportamentali		6	9	15
malattie del sistema nervoso e degli organi di senso		99	130	229
morbo di parkinson		24	17	41
malattia di alzheimer		43	77	120
altre malattie del sistema nervoso e degli organi di senso		32	36	68
malattie del sistema circolatorio		892	1.125	2.017
malattie ischemiche del cuore		285	277	562
di cui infarto miocardico acuto		71	51	122
di cui altre malattie ischemiche del cuore		214	226	440
altre malattie del cuore		182	236	418
malattie cerebrovascolari		161	225	386
altre malattie del sistema circolatorio		264	387	651
malattie del sistema respiratorio		232	194	426
influenza		..	3	3
polmonite		31	32	63
malattie croniche delle basse vie respiratorie		153	117	270

	morti		
Tipo dato	Taranto		
Territorio	2018		
Seleziona periodo			
Sesso	M	F	TOT
di cui asma	1	..	1
di cui altre malattie croniche delle basse vie respiratorie	152	117	269
altre malattie del sistema respiratorio	48	42	90
malattie dell'apparato digerente	108	103	211
ulcera dello stomaco, duodeno e digiuno	2	2	4
cirrosi, fibrosi ed epatite cronica	41	25	66
altre malattie dell'apparato digerente	65	76	141
malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	4	7	11
malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	7	14	21
artrite reumatoide a osteoartrosi	2	7	9
altre malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	5	7	12
malattie dell'apparato genitourinario	51	78	129
malattie del rene e dell'uretere	39	74	113
altre malattie dell'apparato genitourinario	12	4	16
alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	5	3	8
malformazioni congenite ed anomalie cromosomiche	3	4	7
sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	22	50	72
cause sconosciute e non specificate	6	3	9
altri sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	16	47	63
cause esterne di traumatismo e avvelenamento	125	89	214
accidenti	93	81	174
di cui incidenti di trasporto	22	4	26
di cui cadute accidentali	25	25	50
di cui annegamento e sommersione accidentali	2	1	3
di cui avvelenamento accidentale	5	2	7
di cui altri incidenti	39	49	88
suicidio e autolesione intenzionale	25	5	30
omicidio, aggressione	2	..	2
altre cause esterne di traumatismo e avvelenamento	5	3	8
totale	2.770	2.820	5.590

Dati estratti il 07 gen 2022 10:27 UTC (GMT) da I.Stat

Ulteriori informazioni possono essere attente dai deceduti divisi pe classi di età di seguito se ne riporta la tabella

Tipo dato	morti
Territorio	Taranto
Sesso	totale
Selezione periodo	2018
Età	N
0 anni	12
1-4 anni	3
5-9 anni	1
10-14 anni	1
15-19 anni	4
20-24 anni	8
25-29 anni	9
30-34 anni	10
35-39 anni	30
40-44 anni	32
45-49 anni	63
50-54 anni	116
55-59 anni	151
60-64 anni	202
65-69 anni	326
70-74 anni	497
75-79 anni	709
80-84 anni	969
85-89 anni	1.207
90-94 anni	850
95 anni e più	390

Dati estratti il 07 gen 2022 10:33 UTC (GMT) da I.Stat

L'indagine sulle cause di morte rileva annualmente le cause dei decessi. La provincia di Taranto vede tra le cause di mortalità più frequenti le patologie dell'apparato cardiovascolare, in accordo con quanto emerso anche a livello nazionale. Seguono i tumori maligni, tra cui il tumore maligno di trachea, bronchi e polmoni come causa di mortalità più incidente negli uomini, ed il tumore maligno della mammella come causa di mortalità più incidente nelle donne.

Lo stato economico della popolazione

Anno di imposta	contribuenti per classe di importo							
	2019							
Classe di importo	minore o uguale a 0 euro	0 - 10.000 euro	10.000 - 15.000 euro	15.000 - 26.000 euro	26.000 - 55.000 euro	55.000 - 75.000 euro	75.000 - 120.000 euro	120.000 euro e più
Avetrana	0	2.119	873	971	475	21	16	..
Carosino	0	1.382	496	1.213	985	48	14	8
Castellaneta	..	4.313	1.832	2.927	1.952	105	84	21
Crispiano	0	2.810	1.112	2.533	1.839	77	39	11
Faggiano	0	832	348	659	367	5	4	..
Fragagnano	..	1.315	495	994	617	17	14	..
Ginosa	..	6.766	2.794	3.601	1.877	80	58	15
Grottaglie	..	7.401	3.726	4.941	3.755	235	156	55
Laterza	0	3.785	1.587	2.694	1.444	67	31	16
Leporano	..	1.641	561	1.334	1.321	62	59	22
Lizzano	0	2.626	966	1.687	859	24	13	6
Manduria	..	8.449	3.248	4.587	2.941	158	121	29
Martina Franca	..	11.695	4.972	8.834	5.405	411	288	119
Maruggio	0	1.554	555	836	563	32	27	10
Massafra	..	7.833	3.621	5.501	3.482	160	127	54
Monteiasi	0	1.118	438	1.051	816	29	15	..
Montemesola	0	788	376	769	414	6	6	..
Monteparano	0	498	195	431	319	10	5	..
Mottola	0	4.196	1.642	2.664	1.744	54	50	19
Palagianello	0	1.940	1.172	1.302	738	17	14	4
Palagiano	..	4.088	2.166	2.574	1.638	56	44	6
Pulsano	..	2.466	978	1.785	1.405	68	36	14
Roccaforzata	0	405	158	335	233	8	5	..
San Giorgio Ionico	..	3.065	1.069	2.443	2.300	61	64	8
San Marzano di San Giuseppe	..	2.374	962	1.586	892	25	19	6
Sava	..	4.373	1.685	2.424	1.294	46	43	11
Statte	0	2.527	987	2.233	1.704	55	32	13
Taranto	12	35.921	13.840	31.756	29.727	1.972	1.510	560
Torricella	0	1.255	612	741	324	14	14	..

Dati estratti il 04 gen 2022 07:19 UTC (GMT) da I.Stat

Le caratteristiche demografiche ed epidemiologiche unitamente a quelle economiche incidono inevitabilmente anche sul numero di persone esenti dal ticket.

La popolazione esente da ticket è pari a 458.462 unità (di cui 259.383 risultano titolari di un'esenzione per reddito mentre 146.565 titolari di un'esenzione per patologia):

CONDIZIONI	TESTE		ESENZIONI	
	F	M	F	M
1 ESENZIONI PER PATOLOGIA	80.727	65.838	125.295	108.896
2 ESENZIONI PER CONDIZIONE SOGGETTIVA	23.335	22.431	23.773	23.568
3 ESENZIONI PER INVALIDITÀ'	3.241	2.641	3.241	2.644
4 ESENZIONI PER REDDITO O CONDIZIONE	137.243	122.140	201.669	170.530
5 MOTIVI UMANITARI	150	716	150	716

Fonte Edotto

Pandemia da COVID 19

Nell'analisi del contesto esterno in cui si muove la ASL di Taranto per l'erogazione dei servizi sanitari vi è un nuovo elemento che deve essere tenuto presente, l'epidemia da coronavirus (COVID-19).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) in data 30/01/2020 ha dichiarato lo stato di emergenza internazionale di salute pubblica per il coronavirus PHEIC(Public Health Emergency of International Concern).

Il Consiglio dei Ministri a gennaio 2020, con delibera n. 27 del 31/01/2020, ha dichiarato per 6 mesi lo stato di emergenza sanitaria per l'epidemia da coronavirus a seguito dell'emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale, dichiarato dall'OMS.

L'OMS, in data 11/03/2020, dopo aver valutato i livelli di gravità e la diffusione globale dell'infezione da SARS-CoV-2, ha dichiarato che l'epidemia di COVID-19 può essere considerata una pandemia.

Tale stato di emergenza è stato di volta in volta prorogato con le deliberazioni del Consiglio dei Ministri del 29 luglio 2020, del 7 ottobre 2020, del 13 gennaio 2021 e del 21 aprile 2021, con il Decreto Legge n. 105 del 23/7/2021, convertito con modificazioni dalla Legge 126 del 16/09/2021 e n. 221 del 24/12/2021;

Ad oggi, lo stato di emergenza è prorogato fino al 31 marzo 2022, in considerazione del perdurare del rischio sanitario connesso al protrarsi della diffusione degli agenti virali da COVID-19.

30

La pandemia da COVID-19 ha avuto un forte impatto sui servizi sanitari, determinando un aumento della domanda di prestazioni urgenti, soprattutto nelle fasi di riacutizzarsi della diffusione del virus.

Questo ha portato in molti casi a tralasciare, o quantomeno a differire, l'assistenza in elezione, con esiti non ancora pienamente valutati dal punto di vista della salute della popolazione.

La Regione Puglia, a seguito della dichiarazione dello stato di emergenza, ha approntato un Piano Operativo d'Emergenza COVID 19, mediante il quale sono state indicate le modalità di trattazione dei pazienti suscettibili di essere infetti dal virus della SARS COV2.

Si è disposto l'immediato potenziamento dei reparti ospedalieri di terapia intensiva, diramando linee di indirizzo assistenziali specificamente individuate dal Ministero della salute per i pazienti affetti da COVID-19.

Sono state previste, indirizzate e finanziate con norme specifiche le attività di programmazione regionale finalizzate al potenziamento delle dotazioni e dell'organizzazione dell'assistenza ospedaliera e territoriale per la gestione dell'emergenza COVID-19.

Il decreto-legge 34/2020 convertito nella Legge 77/2020 (Decreto Rilancio), all'articolo 1 ha previsto l'adozione, da parte delle Regioni/PA, di Piani di potenziamento e riorganizzazione dell'assistenza territoriale con l'obiettivo di assicurare la presa in carico precoce dei pazienti contagiati, dei loro contatti e delle persone in isolamento, nonché dei pazienti fragili, cronici e affetti da patologie invalidanti.

È stato previsto, in particolare, il rafforzamento delle principali funzioni del territorio coinvolte nel sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della malattia da SARS-CoV-2 e il potenziamento delle attività di assistenza domiciliare sia per i pazienti contagiati, sia per i soggetti affetti da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative e di terapia del dolore.

È stato rafforzato inoltre il sistema di monitoraggio e sorveglianza di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi per l'infanzia, attraverso una stretta collaborazione tra i dipartimenti di prevenzione territoriali e le scuole.

La diffusione del virus è stata caratterizzata da quattro fasi emergenziali, la prima a marzo/aprile 2020, la seconda a ottobre 2020, la terza a gennaio/marzo 2021 e la quarta a dicembre 2021/gennaio 2022 ed è ancora in corso.

Al fine di prevenire la diffusione del virus nel corso dell'anno 2021 con continuità nell'anno 2022, in attuazione delle regole ministeriali, sono stati sottoposti a vaccinazione il personale sanitario, gli over 80 ed a seguire il resto della popolazione fino a giungere alla fascia di età da 5 anni in su.

La gestione dell'emergenza COVID-19, ha inciso, inoltre, sia nel 2020 sia nel 2021 sulle attività di ricovero ed ambulatoriali, come meglio dettagliato in seguito.

Prestazioni di attività ambulatoriale e di ricovero anno 2021

Nell'anno 2021 le attività e priorità sanitarie si sono modificate rispetto al 2020.

31

Il 2021 è stato un anno che ha impegnato l'azienda nella gestione delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero del periodo pandemico COVID-19 dell'anno precedente ed in continuità con l'anno in corso.

I dati che si riportano di seguito fanno riferimento alla serie storica relativa all'attività di assistenza ospedaliera ed ambulatoriale svolta dalla ASL Taranto, da cui si evince un marcato calo dei ricoveri nell'anno 2020 per effetto del blocco delle attività di ricovero non urgenti ed indifferibili, così come disposto con note della Regione Puglia a seguito della pandemia.

Per cui, va da sé, che per l'anno 2021 la mission aziendale è stata indirizzata al recupero delle prestazioni non erogate sia in modalità ambulatoriali che in regime di ricovero.

Allergologia	636
Anestesia e rianimazione	23
Angiologia	112
Audiologia	10
Cardiologia	5702
Chirurgia generale	2139
Chirurgia oculare	83
Chirurgia plastica ricostruttiva	93
Chirurgia vascolare	567
Colpocitologia	79

Dermatologia	1228
Diabetologia e malattie della nutrizione (centro diabetologico)	1062
Dialisi	22
Ematologia	670
Endocrinologia	1263
Gastroenterologia	1258
Geriatrica	122
Medicina Generale e Interna	773
Medicina Nucleare	192
Nefrologia e dialisi	284
Neurochirurgia	62
Neurologia	1056
Oculistica	2115
Oncologia	1121
Ortopedia	1813
Ortopedia e Traumatologia	14
Ostetricia e Ginecologia	977
Otorino e Otorinolaringoiatria	1426
Pneumologia	1712
Radiologia	7204
Radioterapia	5
Reumatologia	161
Risonanza Magnetica	206
Terapia Antalgica e Terapia Intensiva (Rianimazione)	72
Urologia	622
Totale prestazioni	34884

La tabella illustra le prestazioni ambulatoriali non erogate nell'anno 2020 e destinate al recupero nell'anno 2021/2022.

Attività di ricovero

La sospensione delle attività di ricovero non differibili disposto da parte della Regione Puglia nella fase 1 in ambito medico, chirurgico e day service ha avuto una riduzione dei ricoveri/dimissioni dei pazienti.

Nel 2021 la gestione del recupero della utenza in attesa per ricovero programmato nelle strutture pubbliche e private accreditate è stata parzialmente soddisfatta per la persistenza della contagiosità e positività COVID tra i pazienti e operatori sanitari ed il rispetto dei percorsi di sicurezza COVID aziendali.

DIMESSI OSPEDALI PUBBLICI	2016	2017	2018	2019	2020	2021[*]
Dimessi Ricoveri Ordinari	36.427	36.924	36.733	37.224	30.299	27.150
- di cui con DRG medico	25.717	25.859	25.290	25.412	20.207	17.805
- di cui con DRG chirurgico	10.710	11.065	11.443	11.812	10.092	9.345
Dimessi Ricoveri Diurni	5.630	3.444	3.153	2.986	2.409	2.374
- di cui con DRG medico	2.112	1.028	1.087	1.226	1.196	1.298
- di cui con DRG chirurgico	3.518	2.416	2.066	1.760	1.213	1.076
TOTALE COMPLESSIVO	42.057	40.368	39.886	40.210	32.708	29.524

DIMESSI PRIVATI ACCREDITATI	2016	2017	2018	2019	2020	2021[*]
Dimessi Ricoveri Ordinari	19.164	17.589	17.209	18.584	12.691	13.131
- di cui con DRG medico	8.447	7.317	7.084	8.793	4.427	4.351
- di cui con DRG chirurgico	8.022	7.489	7.457	7.264	6.054	6.650
- di cui con Post-acuzie	2.695	2.783	2.668	2.527	2.210	2.130

Alla fine dell'anno 2021, le prestazioni di ricovero programmato e day service in attesa, valutate nel periodo 15/10/2021-31/12/2021, sono in prevalenza per le attività chirurgiche e saranno recuperate nell'anno 2022 (Tab 3).

Codice	Denominazione	Numero ricoveri in lista d'attesa da recuperare - Periodo 15/10/2021-31/12/2021
07	CARDIOCHIRURGIA	0
08	CARDIOLOGIA	74
09	CHIRURGIA GENERALE	1013
18	EMATOLOGIA	0
58	GASTROENTEROLOGIA	0
26	MEDICINA GENERALE	0
30	NEUROCHIRURGIA	129
32	NEUROLOGIA	0
34	OCULISTICA	78
64	ONCOLOGIA	0
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	658
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	369
38	OTORINOLARINGOIATRIA	800
68	PNEUMOLOGIA	0
43	UROLOGIA	636
TOTALE		3757

Al fine della gestione dei pazienti giunti nei Pronto Soccorso dei P.O. e dei ridotti posti letto dei reparti della ASL si è giunto ad un accordo di collaborazione con le strutture private accreditate per accettare i pazienti valutati dal P.S. che necessitano di ricovero per l'area medica e chirurgica.

Principali azioni messe in atto nell'anno 2021:

- Call center: al fine della tutela sanitaria degli operatori CUP e dell'utenza l'ASL Taranto ha predisposto l'attivazione del servizio call center per la prenotazione di prestazioni ambulatoriali, laboratorio analisi, vaccinazioni Covid-19 e prestazioni sanitarie ALPI.
- Recall telefonico: finalizzato al recupero delle prestazioni non erogate sia da parte dell'ente pubblico sia da parte delle Strutture Private Accreditate che hanno garantito la loro disponibilità ad erogare prestazioni di specialistica ambulatoriale. Le Strutture Private Accreditate sono state individuate, tra quelle che hanno dato disponibilità, dalla U.O. Gestione Liste d'Attesa e CUP per il recupero delle prestazioni non erogate nelle mensilità da giugno a dicembre 2020.
- Piano Aziendale Recupero Liste d'Attesa ex legge 13 ottobre 2020 n.126 conversione del D.L. 14 Agosto 2020 n.104: ripartizione delle somme assegnate alla Provincia di Taranto per il recupero delle liste di attesa in attività chirurgica, ambulatoriale e di screening.

- Progetto C.Or.O. 4.00 follow up: continuità del Progetto per assicurare il follow up dei pazienti oncologici attraverso prestazioni sanitarie dedicate nel percorso pubblico – privato.
- Implementazione di tutte le agende all'interno del Portale della Salute (E-CUP): possibilità da parte dell'utenza di prenotazione presso le Agende disponibili in tutta la Regione Puglia.
- Centralizzazione al sistema N-CUP aziendale dell'offerta erogativa: gestione completa di tutte le agende pubbliche e private accreditate.
- Presa in carico: per le prestazioni sanitarie con codice di priorità U e B è disposto un percorso di presa in carico e prenotazione volto a garantire l'erogazione nei termini di prescrizione.
- Monitoraggio agende attive/inattive: revisione delle agende inutilizzate (ad es. quiescenza dirigenti medici, trasferimento, etc..) e ri-proiezione delle agende sospeso a seguito dell'emergenza pandemica Covid-19.
- PAGO PA: adesione al nuovo sistema dei pagamenti a favore delle pubbliche amministrazioni per il pagamento del ticket sanitario.
- Accentramento richieste di rimborso attraverso e-mail aziendale.
- Nuova sede Centro Unificato di Prenotazione: riorganizzazione del servizio CUP presso la nuova sede sita in Via Ancona a Taranto presso il Distretto Socio-Sanitario Unico.

Progetto vaccinazione anti Covid -19

- La ASL Taranto durante l'emergenza pandemica Covid-19 ha garantito la prenotazione del vaccino presso tutti gli HUB della Provincia di Taranto attraverso uno dei seguenti canali:
- Call center aziendale: numero Verde 800 25 22 36 (accessibile da rete fissa) e 099 77 86 444 (accessibile da rete mobile);
- Portale regionale della salute;
- App puglia salute;
- Farmacia e parafarmacie convenzionate.
- Il personale impiegato durante le attività amministrative ha seguito corsi di formazione dedicati all'utilizzo del sistema informativo regionale Giava Light.

Programmazione attività 2022

Attività ambulatoriale

- In coerenza con le attività svolte negli anni precedenti a seguito dell'emergenza Covid-19 e con le indicazioni della Missione n.6 C2 "innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio

Sanitario Nazionale” del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) si illustra la programmazione del 2022:

- Analisi delle criticità dei tempi di attesa;
- Informatizzazione della procedura di prenotazione dei codici di priorità (U, B, P, D) attraverso l’equiparazione dell’offerta e della domanda per bacini territoriali;
- Valutazione e riprogrammazione della offerta aziendale della diagnostica per immagini, endoscopica e delle branche a visita maggiormente richieste;
- Attivazione di agende di prestazioni in telemedicina;
- Monitoraggio delle agende di ricovero programmato secondo i codici di priorità attraverso il sistema infortivo Edotto;
- Analisi continua dell’appropriatezza prescrittiva;
- Attività Anagrafe: attivazione dei CAF presenti sul territorio per lo svolgimento di parte delle attività dell’ufficio anagrafe (ad es. cambio medico, etc.);
- Casse totem - pagamento ticket sanitario: completamento del processo di automatizzazione del pagamento del ticket sanitario attraverso “casse totem” disposte nei P.O. e nei D.S.S.
- Fascicolo sanitario elettronico: in coerenza con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, ci si pone l’obiettivo di potenziare il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) al fine di garantire la diffusione, omogeneità ed accessibilità sul territorio locale dei servizi essenziali offerti dal SSN.

Attività di ricovero

- Incremento dei day service chirurgici e medici nelle strutture pubbliche e private;
- Incremento delle prestazioni di traumatologia minore e frattura di femore presso le strutture private accreditate;
- Monitoraggio dei tempi di attesa dei pazienti attraverso Edotto.

Telemedicina

Nel 2021 l’Azienda aderendo ai progetti aziendali di Telemedicina Regionali ha istituito i percorsi di seguito indicati, che saranno attuati nell’anno 2022:

- Progetto di presa in carico dei pazienti in dimissione ospedaliera che necessitano di continuità assistenziale temporanea attuato per l’area medica, ostetrica, oncologica (medicina, cardiologia, diabetologia, pneumologia, malattie infettive, oncologia, ostetrica)
- Progetto di presa in carico da parte del MMG dei pazienti con patologie croniche (BPCO, scompenso cardiaco, diabete , ipertensione arteriosa)

- Progetto di presa in carico in una collaborazione ospedale territorio / MMG dei pazienti con patologie croniche residenti in aree rurali (BPCO, scompenso cardiaco, diabete , ipertensione arteriosa)

Pronto Soccorso

Anche tutti i Pronto Soccorso, a partire dal 2020, sono stati interessati da importanti cambiamenti riconducibili al diffondersi del COVID-19.

Infatti, in tutti i Pronto Soccorso sono stati previsti specifici percorsi di *pre-triage* tesi ad individuare tempestivamente i pazienti sospetti positivi al COVID-19 al fine di indirizzarli verso i percorsi specificatamente dedicati ed evitare al massimo contaminazioni, sia tra i soggetti in attesa di diagnosi, sia contaminazioni intraospedaliere da parte di soggetti affetti da patologie acute ma a rischio di essere COVID-19 positivi non ancora diagnosticati.

Nei Pronto Soccorso, nel corso degli anni 2020 e 2021, gran parte dell'attività ordinaria riferita ai codici bianchi e verdi si è ridotta drasticamente mentre è aumentata quella per i pazienti affetti da sintomatologia suggestiva per COVID-19 che ha determinato nel complesso una riduzione degli accessi.

	[A]	[B]	[C]	[D]	[E] = [D-C]/[C]
Struttura d'accettazione d'urgenza	2018	2019	2020	2021	Var %
Ospedale Castellaneta (160168)	25.922	25.947	16.822	18.229	8,4%
Ospedale Civile - Martina Franca (160075)	30.879	32.981	25.021	26.462	5,8%
Ospedale M. Giannuzzi - Manduria (160074)	24.752	24.371	16.471	13.212	-19,8%
Ospedale SS Annunziata - Moscati - Grottaglie (160172)	65.391	66.568	49.665	47.731	-3,9%
ACCESSI TOTALE	146.944	149.867	107.979	105.634	-2,2%

Fonte Edotto

Triage	2020
Non rilevato	13
Rosso - Emergenza	4.015
Giallo - Mediamente critico	36.381
Verde - Urgenza minore	61.586
Bianco - Non urgenza	2.408
Arancione - Urgenza	949
Azzurro - Urgenza differibile	2.104
Non rilevato per accesso diretto	511
Nero - Giunto deceduto	12
ACCESSI TOTALE	107.979

Triage	2021
Non Rilevato	8
1 Rosso - Emergenza	4.699
3 Verde - Urgenza Minore	47.531
4 Bianco - Non Urgenza	1.805
5 Arancione - Urgenza	13.513
6 Azzurro - Urgenza Differibile	36.867
8 Non Rilevato Per Accesso Diretto	1.200
9 Nero - Giunto Deceduto	11
ACCESSI TOTALE	105.634

Fonte Edotto

5. Analisi del contesto interno

Dall'esame dei dati relativi all'età anagrafica per anno di nascita del personale in servizio al 31.12.2021 emerge che il personale a tempo determinato ha una età media inferiore al personale a tempo indeterminato con una età media complessiva di 45,82 anni, più bassa per il personale di comparto per l'incidenza dell'età media del personale di comparto a tempo determinato del ruolo sanitario.

Età media dipendenti

DESCR. TIPO DIP.	DESCR. RUOLO	NAT.RAPP.	ETÀ MEDIA
COMPARTO	RUOLO AMMINISTRATIVO	TEMPO DETERMINATO	42,52
		TEMPO INDETERMINATO	50,89
	RUOLO PROFESSIONALE	TEMPO INDETERMINATO	55,67
	RUOLO SANITARIO	TEMPO DETERMINATO	32,67
		TEMPO INDETERMINATO	46,17
	RUOLO TECNICO	TEMPO DETERMINATO	40,46
		TEMPO INDETERMINATO	46,48
COMPARTO ETÀ MEDIA			44,81
DIRIGENZA MEDICA	RUOLO SANITARIO	TEMPO DETERMINATO	38,49
		TEMPO INDETERMINATO	51,48
DIRIGENZA MEDICA ETÀ MEDIA			50,51
DIRIGENZA NON MEDICA	RUOLO AMMINISTRATIVO	TEMPO DETERMINATO	57,00
		TEMPO INDETERMINATO	54,40
	RUOLO PROFESSIONALE	TEMPO DETERMINATO	50,00
		TEMPO INDETERMINATO	53,13
	RUOLO SANITARIO	TEMPO DETERMINATO	43,14
		TEMPO INDETERMINATO	49,73
RUOLO TECNICO	TEMPO INDETERMINATO	55,40	
DIRIGENZA NON MEDICA ETÀ MEDIA			49,48
DIRIGENZA NON MEDICA PROF.SANITARIE	RUOLO PROFESSIONI SANITARIE	TEMPO DETERMINATO	58,00
		TEMPO INDETERMINATO	57,14
DIRIGENZA NON MEDICA PROF.SANITARIE ETÀ MEDIA			57,25
ETÀ MEDIA			45,82

Alla data del 11/01/2022 i cessanti per l'anno 2022 sono n. 100 unità e per l'anno 2023 n. 71 unità, così suddivisi:

AREA	SESSO	CESSANTI 2022	CESSANTI 2023
COMPARTO	F	37	18
	M	30	11
COMPARTO Totale		67	29
DIRIGENZA	F	5	12
	M	28	30
DIRIGENZA Totale		33	42
TOTALE CESSANTI		100	71

Per il triennio 2021-2022 nell'elaborare il fabbisogno di personale, sulla base di quanto indicato dalla Regione è stato previsto un notevole incremento di persona da assegnare al Dipartimento di Prevenzione.

Tale scelta strategica ha costretto quest'Azienda a sacrificato le assunzioni in altri settori dell'attività atteso che vi sono dei vincoli di spesa che non possono essere superati.

Inoltre, si evidenzia l'estrema difficoltà a reperire sul mercato del lavoro figure professionali mediche da inserire nell'attività produttiva.

La tabella che segue fornisce informazioni in ordine alle risorse che si utilizzeranno nel corso del prossimo esercizio al fine di far fronte ai costi che si dovranno sostenere per il raggiungimento degli obiettivi aziendali

		2020	2021	2022
CODICE	DESCRIZIONE	A	A	A
A) Valore della produzione				
AA0010	A.1) Contributi in c/esercizio	1.063.529.049,00	1.051.657.132,00	1.067.588.784,00
AA0240	A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 4.705.237,00	- 6.824.458,00	- 3.315.000,00
AA0270	A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti	1.057.869,00	318.148,00	1.057.869,00
AA0320	A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	46.673.094,00	52.287.651,00	47.721.660,00
AA0750	A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	25.790.798,00	2.467.775,00	16.449.775,00
AA0940	A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	3.520.611,00	5.793.285,00	5.793.285,00
AA0980	A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	9.568.060,00	9.568.060,00	10.495.547,00
AA1050	A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-
AA1060	A.9) Altri ricavi e proventi	890.429,00	921.198,00	921.198,00
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	1.146.324.673,00	1.116.188.791,00	1.146.713.118,00
B) Costi della produzione				
BA0010	B.1) Acquisti di beni	194.783.044,00	187.902.122,00	172.572.468,00
BA0390	B.2) Acquisti di servizi	605.381.287,00	624.556.801,00	626.531.898,00
BA1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	17.176.158,00	20.802.992,00	18.581.818,00
BA1990	B.4) Godimento di beni di terzi	8.346.001,00	10.000.224,00	9.701.273,00
BA2080	Totale Costo del personale	272.658.349,00	286.618.525,00	288.185.742,00
BA2090	B.5) Personale del ruolo sanitario	229.005.656,00	236.549.737,00	237.428.652,00
BA2230	B.6) Personale del ruolo professionale	1.197.471,00	1.303.742,00	1.172.071,00
BA2320	B.7) Personale del ruolo tecnico	23.990.101,00	29.968.184,00	31.267.541,00
BA2410	B.8) Personale del ruolo amministrativo	18.465.121,00	18.796.862,00	18.317.478,00
BA2500	B.9) Oneri diversi di gestione	2.423.719,00	2.419.219,00	2.355.742,00
BA2560	Totale Ammortamenti	9.645.507,00	9.645.507,00	10.577.661,00
BA2570	B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	30.692,00	30.692,00	30.692,00
BA2580	B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	9.614.815,00	9.614.815,00	10.546.969,00
BA2630	B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	-	-	-
BA2660	B.13) Variazione delle rimanenze	- 760.100,00	-	-
BA2690	B.14) Accantonamenti dell'esercizio	18.411.271,00	25.729.781,00	19.021.959,00
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	1.128.065.236,00	1.167.675.171,00	1.147.528.561,00
C) Proventi e oneri finanziari				
CA0010	C.1) Interessi attivi	-	-	-
CA0050	C.2) Altri proventi	224.641,00	-	-
CA0110	C.3) Interessi passivi	461.614,00	287.709,00	287.709,00
CA0150	C.4) Altri oneri	741,00	686,00	649,00
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	- 237.714,00	- 288.395,00	- 288.358,00
D) Rettifiche di valore di attività finanziarie				
DA0010	D.1) Rivalutazioni	-	-	-
DA0020	D.2) Svalutazioni	-	-	-
DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-	-	-
E) Proventi e oneri straordinari				
EA0010	E.1) Proventi straordinari	28.676.811,00	1.216.018,00	-
EA0260	E.2) Oneri straordinari	26.165.430,00	9.356.396,00	-
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	2.511.381,00	- 8.140.378,00	-
XA0000	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	20.533.104,00	- 59.915.153,00	- 1.103.801,00
Y) Imposte e tasse				
YA0010	Y.1) IRAP	20.073.611,00	19.681.082,00	21.035.850,00
YA0060	Y.2) IRES	449.403,00	449.403,00	449.403,00
YA0090	Y.3) Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)	-	-	-
YZ9999	Totale imposte e tasse (Y)	20.523.014,00	20.130.485,00	21.485.253,00
ZZ9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	10.090,00	- 80.045.638,00	- 22.589.054,00

La perdita prevista per l'esercizio 2022 deriva quasi esclusivamente dai maggiori costi che questa azienda si ritiene dovrà sostenere per far fronte alla pandemia da COVID. La relativa copertura non potrà che avvenire con risorse straordinarie aggiuntive che la Regione dovrà erogare.

6. Iniziative in tema di benessere organizzativo e pari opportunità

La tematica delle pari opportunità ha acquisito nel tempo un interesse crescente sia da parte degli addetti ai lavori, sia da parte dell'opinione pubblica e l'adozione di politiche di gestione e di sviluppo delle risorse finalizzata alle pari opportunità, comporta il miglioramento della qualità del lavoro e l'abbattimento degli ostacoli che ne impediscono la piena attuazione.

L'attenzione sulla materia è riscontrabile anche a livello comunitario; diverse sono le direttive, raccomandazioni e risoluzioni sulle pari opportunità in ogni possibile diversa prospettiva, dal mercato del lavoro, all'istruzione, alla formazione professionale, con l'intento di cercare di raggiungere la piena integrazione tra uomini e donne anche attraverso disposizioni che prevedano la conciliazione tra vita familiare e vita professionale.

La Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione pubblica, emanata il 23 maggio 2007, evidenzia che “le iniziative generali, da adottare per promuovere le pari opportunità nelle pubbliche amministrazioni, debbono costituire oggetto di pianificazione”. Ciò pone in stretta correlazione il piano della performance, il piano sulla trasparenza e integrità con le pari opportunità, prevedendo che il sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa concerna, tra l'altro, il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

In questo contesto la ASL ha adottato, con la deliberazione n. 97 del 24/01/2022, il Piano delle azioni positive per il triennio 2022-2024 (Allegato 2 al presente Piano della performance).

In linea con il Piano triennale delle azioni positive, nel triennio 2022-2024 la ASL intende implementare le iniziative per la valorizzazione delle risorse umane con la previsione di un piano per il miglioramento della conciliazione vita-lavoro e per la promozione delle pari opportunità.

Piano per il miglioramento della conciliazione vita-lavoro

Introduzione

Le risorse umane sono un elemento essenziale e fondamentale del vantaggio competitivo delle imprese e dei territori. Competenze, motivazione e valorizzazione del personale sono negli ultimi anni citate come le nuove leve del potenziale produttivo.

Progettare azioni di incremento del benessere psico-fisico significa innanzitutto progettare azioni che incidono sulla vita delle persone, in primis sul miglioramento dell'equilibrio vita-lavoro. Sono azioni di conciliazione dei tempi tutti quegli interventi che facilitano ai lavoratori e alle lavoratrici l'armonizzazione dei tempi quotidiani, sia di lavoro che di vita personale o familiare.

Da un punto di vista teorico, la conciliazione all'interno delle organizzazioni è un punto fondamentale per la crescita delle stesse, sia in termini di qualità del servizio offerto sia in termini di benessere organizzativo e di qualità della vita dei lavoratori e delle lavoratrici.

Alcune ricerche, infatti, hanno evidenziato come l'applicazione di azioni volte al miglioramento dell'equilibrio vita-lavoro sia direttamente connessa al miglioramento delle performance aziendali e dell'attrattività del personale nella fase di recruitment, alla riduzione di assenze per malattie, alla fidelizzazione dei lavoratori,

all'aumento della produttività, al miglioramento della motivazione e del benessere organizzativo, alla predisposizione dei lavoratori ad assumersi maggiori responsabilità e a scegliere di essere disponibili nei periodi di maggiore richiesta o ancora come tali azioni incidano su sentimenti di fiducia e lealtà reciproca tra i membri dell'organizzazione.

Le misure di conciliazione vita-lavoro

Favorire la conciliazione significa, dunque, anche mettere in campo azioni che incidono sulla struttura temporale e spaziale del lavoro, come ad esempio l'uso del part time orizzontale o verticale e dei permessi e congedi previsti dalle normative per il lavoro di cura familiare.

Le politiche di conciliazione vita-lavoro in ottica di genere sono quelle che si propongono anche di rendere più equa la distribuzione del tempo impiegato in azioni di cura e per le quotidiane attività domestiche tra uomini e donne, un'evoluzione determinata dall'affermazione del principio di condivisione egualitaria dei ruoli e delle responsabilità genitoriali all'interno della famiglia.

Se in un primo momento la conciliazione è intesa e trattata come una questione tipicamente femminile, a partire dagli anni Novanta si afferma il principio della "conciliazione condivisa", con l'affermazione del modello dual career.

Secondo questo modello gli uomini diventano, al pari delle donne, attori protagonisti nell'organizzazione della vita professionale e privata, realmente alla pari nel lavoro di cura sia dei figli che più in generale dei carichi familiari: congedi parentali, congedi per assistere disabili, part-time.

Una considerazione a parte va fatta rispetto al part-time, contratto che per le sue caratteristiche si presta a promuovere un uso della flessibilità sul versante del lavoratore, ed è considerato, dunque, uno strumento "storico" di conciliazione, ma anche controverso in quanto causa di segregazione professionale ed economica delle donne. Scegliere la pratica dell'orario ridotto si rivela conciliante solo in determinate condizioni. Si è, infatti, affermato che dequalificazione, impossibilità di fare carriera, minori livelli retributivi, deterioramento delle competenze, scarso accesso ai sistemi di formazione professionale e di primalità sono tutti elementi che compaiono spesso associati a questo tipo di orario di lavoro, rendendo evidente il rischio di marginalizzazione nei percorsi di vita femminili contribuendo così a rafforzare la segmentazione e i dualismi già presenti nel mercato. Ecco perché la promozione del part-time tout court non può essere considerato una efficace misura di promozione delle pari opportunità, diventando potenzialmente controproducente, se non viene finalizzata ad un aumento dell'uso di questa misura nella popolazione maschile.

La progettazione del piano

La progettazione del piano per il miglioramento della conciliazione vita-lavoro ha inizio con l'analisi dello status quo ante indispensabile per introdurre misure di verifica, prevede il coinvolgimento delle diverse funzioni che operano in azienda attraverso un vero e proprio piano di formazione e sensibilizzazione e termina con la valutazione ex post.

L'Analisi ex ante per individuare l'utilizzo delle misure di conciliazione vita – lavoro, in particolare del part time, dei congedi parentali e dei permessi ex L. 104/92 per terzi, disaggregati per genere

AREA	ORARIO	SESSO	DIPENDENTI IN SERVIZIO NEL 2021	GG. CONG. D.LGS 151/2001	GG. L.104/92 PER ASSISTITO
COMPARTO	ORARIO PIENO	F	3794	14569	13220
		M	1567	2546	3943
	PART-TIME	F	82	251	376
		M	6		
COMPARTO Totale			5449	17366	17539
DIRIGENZA MEDICA	ORARIO PIENO	F	442	1194	1272
		M	520	563	897
	PART-TIME	F	7		
		M	1		
DIRIGENZA MEDICA Totale			970	1757	2169
DIRIGENZA NON MEDICA	ORARIO PIENO	F	184		401
		M	64	182	85
	PART-TIME	F	3	17	36
		M			
DIRIGENZA NON MEDICA Totale			251	199	522
DIRIGENZA NON MEDICA PROF. SANITARIE	ORARIO PIENO	F	3		
		M	4		
DIRIGENZA NON MEDICA PROF. SANITARIE Totale			7		
Totale complessivo			6677	19322	20230

* per n. 13 dipendenti l'orario di servizio è stato modificato nel corso dell'anno. Pertanto, si è preso in considerazione l'orario effettuato per più tempo

DIP. IN SERVIZIO NEL 2021 IN ORARIO PIENO E PART-TIME						
	DIP. IN SERVIZIO NEL 2021	%	DIP. ORARIO PIENO	%	DIP. PART-TIME	%
M	2162	32%	2155	33%	7	7%
F	4515	68%	4423	67%	92	93%
TOTALE	6677	100%	6578	99%	99	1%

CONGEDO PARENTALE			L. 104/92 PER ASSISTITO		
	N. GIORNI	%		N. GIORNI	%
M	3291	17%	M	4925	24%
F	16031	83%	F	15305	76%
TOTALE	19322	100%	TOTALE	20230	100%

Dall'esame dei dati innanzi riportati relativi all'anno 2021 emerge che tutti gli istituti contrattuali presi in considerazione per la conciliazione vita-lavoro sono stati utilizzati in maniera prevalente da dipendenti di sesso femminile.

La sensibilizzazione e la formazione aziendale

Nell'attivare il progetto di conciliazione dei tempi di vita e lavoro in azienda è necessario partire dalla sensibilizzazione sul tema all'interno dell'organizzazione, intervenendo su tre livelli di coinvolgimento:

- figure apicali
- middle management
- lavoratori e lavoratrici

Figure apicali

Punto di partenza è il coinvolgimento delle figure apicali come sponsor del progetto sensibilizzandoli al potenziale ritorno della conciliazione in termini di valore per i/le dipendenti, assenteismo, produttività, employer branding.

Middle management

Per una buona riuscita del piano di conciliazione aziendale altro step fondamentale è il coinvolgimento del middle management. Ciò può essere fatto attraverso l'organizzazione di incontri one to one o a piccoli gruppi di Responsabili/Direttori/Coordinatori per presentare il progetto di conciliazione facendo sì che questi/e si sentano partecipi chiarendo loro gli obiettivi del piano ed il potenziale ritorno in termini di motivazione, assenteismo, produttività, employer branding.

Lavoratori e le lavoratrici

Oltre alle figure apicali e al middle management anche i/le dipendenti/e devono essere attivamente coinvolti/e all'interno del piano che l'azienda intende realizzare.

Il loro coinvolgimento può avvenire tramite: una informativa semplice e sintetica da inviare alle email aziendali di tutti i dipendenti; incontri e riunioni; tutorial di pochi minuti per informare sui servizi che si intendono realizzare, ecc.

Il monitoraggio delle azioni

Indispensabile per la valutazione delle politiche attuate è anche la misurazione degli effetti, soprattutto in relazione all'utilizzo da parte dei lavoratori e delle lavoratrici. Il monitoraggio, inoltre, sia in itinere che finale, consente di individuare i margini di miglioramento utili ad una piena efficacia delle misure.

Obiettivo triennale e obiettivi annuali del piano per il miglioramento della conciliazione vita-lavoro

Il piano di sensibilizzazione e promozione delle misure di conciliazione vita-lavoro in ASL TA ha durata triennale (2022-2024), con l'obiettivo finale di efficienza di un aumento del 15% rispetto all'anno 2021 dell'utilizzo di ogni singola misura oggetto del piano e con obiettivi in itinere secondo la ripartizione annua di seguito riportata.

ANNO 2022		
OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET
Sensibilizzazione delle figure apicali/middle management e lavoratori/trici	N. di azioni messe in campo disaggregate per stakeholder	Relazione
ANNO 2023		
OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET
Sensibilizzazione delle figure apicali/middle management e lavoratori/trici	N. di azioni messe in campo disaggregate per stakeholder	Aumento del 10% rispetto al 2021 dell'utilizzo di ogni singola misura oggetto del piano
ANNO 2024		
OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET
Sensibilizzazione delle figure apicali/middle management e lavoratori/trici	N. di azioni messe in campo disaggregate per stakeholder	Aumento del 15% rispetto al 2021 dell'utilizzo di ogni singola misura oggetto del piano

7. Obiettivi specifici triennali e programmazione annuale

Nell'Allegato 1 al presente Piano, sulla base delle specificità che caratterizzano la ASL di Taranto, del grado di maturità del proprio sistema di performance, dei dati emersi dall'analisi del contesto esterno ed interno, sono riportati gli obiettivi specifici che questo Ente intende perseguire nel triennio con gli impatti attesi espressi con un set di indicatori e relativi target, nonché gli obiettivi per l'anno 2022, e quindi di performance organizzativa, con i risultati attesi sempre attraverso opportuni set di indicatori e relativi target.

Nel ribadire quanto già espresso in altre parti del presente documento, ossia che le politiche e strategie aziendali sono definite dalla Direzione all'interno della mission e della normativa nazionale e regionale di riferimento, si evidenzia che gli obiettivi strategici che si declinano in questo Piano delle Performance scontano, nella situazione particolare e contingente, la convivenza di una visione strategica di breve periodo legata alla gestione e al contenimento della pandemia da COVID 19 e, al contempo, la prosecuzione degli obiettivi strategici di medio lungo termine che restano cardine del sistema sanitario regionale.

Nella definizione degli obiettivi strategici, inoltre, si è tenuto conto anche della circostanza che sul B.U.R.P. della Regione Puglia n. 159 suppl. del 20/12/2021 è stata pubblicata la deliberazione di Giunta Regionale n. 2073 del 06/12/2021 con la quale è stato designato il nuovo Direttore Generale della ASL TA, rinviando ad un successivo provvedimento la sua nomina, ad oggi non ancora avvenuta.

Alla luce di quanto innanzi, si è ritenuto opportuno non prendere più in considerazione gli obiettivi di mandato assegnati all'attuale Direttore Generale con il suo atto di nomina (DGR n. 1507/2018), ma solo quelli a pena di decadenza (DGR n. 1487/2019), di seguito elencati:

- Conseguitamento degli obiettivi di salute e assistenziali, definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, all'ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati, avvalendosi dei dati e degli elementi forniti anche dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali;
- Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) vigente;
- Invio informatico trimestrale alla Regione, al Ministero dell'Economia e Finanze ed al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali della certificazione di accompagnamento del Conto Economico trimestrale;
- Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazione delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio, ovvero entro i limiti delle assegnazioni effettuate annualmente attraverso il Documento di indirizzo Economico Funzionale delle Aziende ed Enti del SSR (DIEF);
- Rispetto delle leggi e del principio di buon andamento ed imparzialità dell'Amministrazione;
- Acquisto di beni e servizi ricorrendo alle convenzioni attivate da InnovaPuglia S.p.A. quale centrale regionale di committenza o, in mancanza, di convenzioni attivate da CONSIP. In assenza di convenzioni, vige comunque l'obbligo di ricorso agli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione da CONSIP o da InnovaPuglia S.p.A. Inoltre gli Enti del SSR sono tenuti ad approvvigionarsi, relativamente alle categorie merceologiche del settore sanitario avvalendosi, in via esclusiva, del soggetto aggregatore InnovaPuglia S.p.A., ovvero della CONSIP;
- Garanzia dell'esercizio dell'attività libero – professionale intramuraria;
- Stipula e rispetto dei contratti con le strutture provvisoriamente accreditate;
- Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel Sistema Informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali;
- Controllo e monitoraggio dei comportamenti prescrittivi di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, entro i limiti del budget ad essi attribuito;
- Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento.
- Oltre a tali obiettivi, sono stati tenuti presenti gli ultimi obiettivi economico-gestionali assegnati dalla Regione all'attuale Direttore Generale con DGR n. 2437/2019 e gli obiettivi cosiddetti "CORE" del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria previsto dal D.M. 12/03/2019.
- Tutti i predetti obiettivi sono stati integrati con quelli derivanti dalle esigenze strategiche prettamente aziendali.
- Pertanto, gli obiettivi declinati in questo Piano potranno essere rivisti a seguito della definizione degli obiettivi di mandato che verranno assegnati al nuovo Direttore Generale designato con la già citata DGR n. 2073/2021.
- Per le stesse considerazioni svolte in sede di definizione degli obiettivi strategici, si è ritenuto opportuno prevedere per ogni obiettivo gli stessi target per ogni anno del triennio 2022-2024, che potranno essere ridefiniti a seguito dell'emanando provvedimento di nomina del Direttore Generale di questo Ente.

- A loro volta gli obiettivi strategici sono stati raggruppati in dieci macro-aree strategiche che costituiscono le priorità che la ASL intende perseguire nel prossimo triennio:
 - Amministrativa
 - Appropriately e Qualità'
 - Aspetti Economico-Finanziari ed Efficienza Operativa
 - Assistenza Farmaceutica
 - Assistenza Ospedaliera
 - Assistenza Sanitaria Territoriale
 - Capacità di Governo della Domanda Sanitaria
 - Prevenzione
 - Prevenzione/Assistenza Covid
 - Sanità' Digitale
 - Dagli obiettivi strategici derivano gli obiettivi operativi che saranno assegnati ai Dirigenti (performance individuale); per cui questa ASL ha costruito la propria performance organizzativa prevedendo almeno un obiettivo specifico per ogni Struttura.

8. PERCORSO PER LA DEFINIZIONE DEL SISTEMA DEL CICLO DELLE PERFORMANCE

8.1. Il Sistema di misurazione e valutazione della performance

Il processo di formazione e di realizzazione del Sistema si articola in una serie di fasi fra loro strettamente collegate (definizione, adozione, attuazione e *audit*) in ognuna delle quali possono essere identificati i soggetti che vi partecipano

Rif. *Linee guida per il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance Ministeri N. 2 Dicembre 2017*



Con il documento presente si dà avvio al ciclo della performance le cui fasi principali sono:

- l'assegnazione/negoziatura degli obiettivi e dei budget ai responsabili delle strutture organizzative aziendali complesse;
- la successiva assegnazione degli obiettivi individuali a tutto il personale;
- l'operatività delle azioni;
- il monitoraggio periodico e l'adozione di interventi correttivi;
- la valutazione della performance collettiva ed individuale;
- la valutazione finale del personale con specifico riferimento alle fasce di merito previo parere dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

La Direzione Strategica ha individuato obiettivi che rispondono ai seguenti criteri:

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale ed alle strategie dell'Azienda;
- specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- capaci di produrre miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- commisurati a valori di riferimento derivanti da standard;
- confrontabili con le tendenze di produttività dell'Azienda con riferimento ai due esercizi precedenti;
- correlati alla quantità e qualità delle risorse disponibili.

Il processo di formazione e di realizzazione del Sistema di Misurazione delle Performance si articola in una serie di fasi, fra loro strettamente collegate, in ognuna delle quali possono essere identificati i soggetti che vi partecipano.

FASE	SOGGETTI INTERNI COINVOLTI
1) Definizione/aggiornamento del SISTEMA	Direzione Strategica ASL Taranto e dirigenza di vertice
2) Adozione del Sistema	Direzione Strategica ASL Taranto
3) Attuazione del Sistema	Direzione Strategica ASL Taranto Dirigenza Personale OIV (Struttura Tecnica Permanente)
4) Monitoraggio e audit del Sistema	OIV (Struttura Tecnica Permanente) Personale, dirigenziale e non

Con riferimento ai soggetti coinvolti per giungere alla definizione dei contenuti del Piano Triennale, si rappresenta che la S.C. Controllo di Gestione ha predisposto la bozza del Piano sulla base degli indirizzi e delle indicazioni della Direzione Strategica.

Il Piano delle Performance è, quindi, il documento che dà avvio al Ciclo di Gestione delle Performance.

Di seguito la rappresentazione sintetica della tempistica del processo.

Fasi del Processo di elaborazione del Piano delle Performance	NOV	DIC	GEN	FEB	MAR	APR
Avvio elaborazione del Piano						
Definizione obiettivi di performance						
Redazione del documento						
Condivisione Piano delle performance						
Approvazione ed adozione del Piano						
Comunicazione del Piano all'interno e all'esterno dell'azienda						

Il punto di partenza è costituito dagli obiettivi strategici di indirizzo definiti dal livello Regionale. La Direzione Generale, in armonia con gli atti di programmazione sanitaria regionale ed in relazione alle proprie strategie, definisce il Piano della Performance, integrato ed aggiornato annualmente.

Si procede, quindi, alla definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori e loro collegamento con la programmazione finanziaria e di bilancio. Tali obiettivi ed i relativi indicatori e standard vengono assegnati attraverso un processo di negoziazione con i Dirigenti responsabili di Unità Operative apicali. I dirigenti, secondo quanto previsto dall'atto aziendale, esercitano le proprie funzioni di attuazione e gestione degli atti di indirizzo e programmazione annuale delle attività e dei contratti, nel rispetto delle proprie competenze professionali o gestionali ed in relazione agli obiettivi di budget concordati. Essi sono responsabili dell'attività e della gestione negli ambiti di competenza e dei relativi risultati.

Durante lo svolgimento dell'attività operativa si procede con il monitoraggio e attivazione di eventuali interventi correttivi.

La fase successiva prevede la misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale, e successivamente l'utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito.

Quanto alla **performance individuale** si precisa che riguarda tutto il personale dipendente dell'ASL Taranto, distinto nelle due aree contrattuali della dirigenza e del comparto.

Gli scopi che si perseguono nella misurazione e valutazione annuale della performance individuale sono:

- Evidenziare il contributo individuale del personale valutato rispetto agli obiettivi dell'azienda nel suo insieme e rispetto alla struttura organizzativa di appartenenza anche in relazione alla natura, tipologia e contenuto dell'incarico;
- Evidenziare quali siano le attese sia in termini di risultati che di comportamenti rispetto agli obiettivi assegnati e ai risultati attesi: la valutazione potrà anche fare riferimento a specifici indicatori, metodi e strumenti per la misurazione dei risultati che il valutatore dovrà comunque illustrare;
- Contribuire al miglioramento della performance individuale al fine di meglio corrispondere agli obiettivi aziendali;
- Attraverso opportuni momenti di confronto, comunicare i risultati e le aspettative future ai singoli individui;
- Individuare soluzioni che creino e mantengano un clima organizzativo favorevole;
- Premiare la performance individuale attraverso opportuni sistemi incentivanti ispirati alla cultura della meritocrazia;

- Promuovere una corretta gestione delle risorse umane.

La disciplina attinente la misurazione e la valutazione della performance annuale individuale della dirigenza e del comparto è contenuta in specifici Regolamenti adottati dall'Azienda.

Il ciclo termina con la rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo nonché ai competenti organi di controllo interni ed esterni.

8.2. Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

La definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della Performance è avvenuta in modo integrato con il processo di programmazione e di bilancio economico previsionale e pluriennale.

8.3. Piano della performance e piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza

La ASL Taranto considera indispensabile che gli obiettivi del Piano della performance si integrino e coordinino con quelli del Piano triennale della prevenzione anticorruzione e trasparenza. Tale necessità è stata sottolineata dal legislatore, all'interno di numerose normative e anche da ANAC in quanto i due strumenti programmatori, anche se pur distinti, stante le diverse finalità e le diverse responsabilità connesse, sotto il profilo operativo, sono tenuti ad analisi corrispondenti e a strategie di intervento comuni ed integrate.

Punto fondamentale di quest'area è di migliorare l'efficienza e l'efficacia complessiva delle strutture operative e dell'attività istituzionale, accrescere i livelli di trasparenza e di integrità, potenziando le misure di pubblicità, trasparenza, integrità, legalità e prevenzione della corruzione.

L'ASL di Taranto con la deliberazione n. 1279 del 30/10/2018 ha nominato il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

La visione strategica aziendale in materia di trasparenza ed anticorruzione si concretizza, in particolare, attraverso:

- gli adempimenti previsti dal Piano triennale per la prevenzione della corruzione anche attraverso la promozione di maggiori livelli di trasparenza (D.Lgs. 33 del 14 marzo 2013 modificato dal D.Lgs. 25 maggio 2016, n. 97);
- le attività volte alla realizzazione di sistemi che assicurino la trasparenza, il controllo e il monitoraggio dei procedimenti;
- le attività di monitoraggio.

In attuazione della L. 190/2012, l'ASL Taranto ha adottato il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023 con delibera DG n. 764 del 01.04.2021 .

Il P.T.P.C.T. è un programma di attività, con l'indicazione delle aree di rischio e dei rischi specifici, delle misure da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità dei rischi specifici, dei responsabili per l'applicazione di ciascuna misura e dei tempi.

Il collegamento tra il Piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza ed il Piano della Performance aziendale è assicurato attraverso l'individuazione di uno specifico obiettivo strategico di performance organizzativa, articolato come segue:



Per quanto concerne la performance individuale sarà prevista l'assegnazione ai dirigenti di obiettivi individuali sugli adempimenti in materia di anticorruzione e trasparenza con la trasmissione da parte del RPCT dell'adottando P.T.P.C.T.

La legge 190/2012 prescrive alle pubbliche amministrazioni di procedere con l'aggiornamento annuale del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza entro la data del 31 gennaio di ogni anno.

Per l'anno in corso il P.T.P.C.T. sarà adottato entro il 30 aprile 2022 così come stabilito dal Consiglio dell'ANAC.

8.4. La valutazione della qualità percepita "Customer Satisfaction"

50

La valutazione della qualità dei servizi espressa dai cittadini è lo strumento attraverso il quale l'Azienda si impegna a perseguire l'obiettivo della qualità totale per far coincidere i servizi sanitari offerti con le richieste dei cittadini, ottimizzando le risorse disponibili ed intervenendo con azioni mirate e progetti specifici.

Ogni anno, l'ASL Taranto conduce un'analisi sulla qualità percepita da parte dei cittadini che usufruiscono dei servizi aziendali che non si traduce in un sondaggio di opinioni, ma dà la possibilità di ascoltare e comprendere fino in fondo i bisogni del cittadino, ponendo attenzione al suo giudizio, sviluppando e migliorando la capacità di dialogo e di relazione, costruendo un modello di relazione basato sulla fiducia.

L'indagine sulla valutazione della qualità percepita ha ad oggetto:

- le aspettative con cui il cliente si accosta al servizio
- le percezioni degli utenti /clienti relative al servizio sanitario erogato dopo l'utilizzo dello stesso

I cittadini sono stati invitati ad esprimere la propria opinione sulla qualità dei servizi sanitari compilando un questionario anonimo distribuito presso le Unità Operative. L'analisi dei dati è in corso e il report sui risultati ottenuti sarà pubblicato sul sito aziendale.

ALLEGATO 1 – Scheda degli Obiettivi Specifici Triennali e della Programmazione Annuale

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2022-2024
Riduzione tassi di ospedalizzazione	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso (Ind. MESC1.1.1)	Miglioramento Performance 2018
Riduzione tassi di ospedalizzazione	Tasso di ospedalizzazione standardizzato DH medico acuti per 1.000 residenti std per età e sesso (Ind. MES C1.1.2.1)	Miglioramento Performance 2018
Riduzione tassi di ospedalizzazione	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica (Ind. MES C7.7)	<=9%
Riduzione tassi di ospedalizzazione	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti 0-17 anni (Ind. MES C8a.19.2)	<=105
Riduzione tassi di ospedalizzazione	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti 2-17 anni (Ind. MES C8a.19.1)	<=24
Degenza media	Degenza media DRG medici (Ind. MES C2a.M)	Mantenimento Performance 2018
Degenza media	Degenza media DRG chirurgici (Ind. MES C2a.C)	Mantenimento Performance 2018
Governo delle liste di attesa	Riduzione dei tempi di attesa	U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg
Miglioramento appropriatezza chirurgica	% ricoveri in day surgery (ind. MES C4.7)	>=55%
Miglioramento appropriatezza chirurgica	DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Ind. MES C4.13)	<=15%
Miglioramento appropriatezza medica	DRG LEA medici: Tasso di ospedalizzazione standardizzato per 10.000 residenti (Ind. MES C4.8)	<=223
Miglioramento appropriatezza medica	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Ind. MES C14.2a)	<=4,5
Miglioramento appropriatezza medica	% Ricoveri medici oltre soglia per pazienti età >=65 anni (Ind. MES C14.4)	<4%
Miglioramento qualità e appropriatezza area materno-infantile	% Parti cesarei depurati (NTSV) (Ind. MES C7.1)	PN<=1000 parti <=15% PN>1000 parti <=25%

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2022-2024
Miglioramento qualità e appropriatezza area matern o-infantile	% Episiotomie depurate (NTSV) (Ind. MES C7.3)	<=25%
Miglioramento qualità e appropriatezza area matern o-infantile	% Parti operativi (uso di forcipe o ventosa) (Ind. MES C7.6)	<5%
Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	Abbandoni da Pronto Soccorso (Ind. MES D9)	<=6%
Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso (Ind. MES C16.11)	<=18 minuti
Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	% Ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici Con DGR chirurgico alla dimissione (Ind. MES C16.7)	>=55%
Miglioramento qualità di processo	% Fratture collo del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione (Ind. MES C5.2)	>=70%
Miglioramento qualità di processo	Tempi di attesa per la chirurgia oncologica (Ind. MES C10c)	<=30gg
Complessità della casistica trattata	Indice di case-mix (Ind. MES C1.5)	>=1
Miglioramento qualità percepita	% Dimissioni volontarie (Ind. MES D18)	<=4%
Riduzione tasso di ospedalizzazione patologie cronico-degenerative	N. Ricoveri cronici/Popolazione cronici per 1.000 abit	Miglioramento Performance 2018
Riduzione tasso di ospedalizzazione patologie cronico-degenerative	Tasso di ospedalizzazione per scompenso per 100.000 residenti 50-74 anni (Ind. MES C11a.1.1)	<=230
Riduzione tasso di ospedalizzazione patologie cronico-degenerative	Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti 35-74 anni (Ind. MES C11a.2.1)	<=40

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2022-2024
Riduzione tasso di ospedalizzazione patologie cronico-degenerative	Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti 50-74 anni (Ind. MES C11a.3.1)	<=65
Potenziamento assistenza domiciliare	% Anziani In Cure Domiciliari con valutazione (Ind. MES B28.1.2)	>=8%
Potenziamento assistenza domiciliare	% Anziani > 65 anni in ADI	>=3,5
Salute mentale	% Ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche (ind. MES C8a.13.2)	Miglioramento Performance 2018
Salute mentale	%a Numero assistiti presso DSM nell'anno della rilevazione	>=10,82
Attuazione Piano Regionale della Prevenzione	Interventi aziendali attuativi del Piano Regionale della Prevenzione	
Attuazione Piano Regionale della Prevenzione	Implementazione strumenti sorveglianza epidemiologica (Registro Tumori e Registro Malformazioni Congenite)	Aggiornamento casistica Registro Tumori e Registro Malformazioni Congenite secondo programmazione CTS
Potenziamento screening oncologici (mammografico, cervice uterina, colon retto)	Estensione: % donne invitate allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni) nei due anni oggetto della rilevazione (Ind. MES B5.1.1).	100% (Cronoprogramma Pogr. Operat. – Interv. GOPRO 01.01.02)
Potenziamento screening oncologici (mammografico, cervice uterina, colon retto)	Adesione: % di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate (Ind. MES B5.1.2).	80% (Cronoprogramma Pogr. Operat. – Interv. GOPRO 01.01.03)
Potenziamento screening oncologici (mammografico, cervice uterina, colon retto)	Estensione: % di donne invitate allo screening cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25-64) nei tre anni oggetto della rilevazione (Ind. MES B5.2.1).	100% (Cronoprogramma Pogr. Operat. – Interv. GOPRO 01.02.02)
Potenziamento screening oncologici (mammografico, cervice uterina, colon retto)	Adesione: % di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alle donne invitate (ind. MES B5.2.2).	80% (Cronoprogramma Pogr. Operat. – Interv. GOPRO 01.02.03)
Potenziamento screening oncologici (mammografico, cervice uterina, colon retto)	Estensione: % di persone invitate allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (50-70) nei due anni oggetto della rilevazione (Ind. MES B5.3.1)	100% (Cronoprogramma Pogr. Operat. – Interv. GOPRO 01.03.02)
Potenziamento screening oncologici (mammografico, cervice uterina, colon retto)	Adesione: % di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alle persone invitate (Ind. MES B5.3.2).	80% (Cronoprogramma Pogr. Operat. – Interv. GOPRO 01.03.03)

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2022-2024
Potenziamento copertura vaccinale	VACCINAZ ANTINFLUENZALE PER ANZIANI_Numero vaccinati età >= 65 anni/Popolazione residente età >=65 anni (Ind. MES B7.2).	>=72%
Potenziamento copertura vaccinale	VACCINAZ MPR_N. bambini vaccinati MPR/N. bambini residenti che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione (ind. MES B7.1).	>=95%
Potenziamento copertura vaccinale	VACCINAZ. PAPILOMA VIRUS (HPV)_Cicli vaccinali completati entro 31 dicembre dell'anno di rilevazione nella coorte di riferimento/N. bambine residenti nel territorio di competenza che hanno compiuto il dodicesimo anno di età (Ind. MES B7.3).	>=92%
Potenziamento copertura vaccinale	VACCINAZ ANTIMENINGOCOCCICA_N. bambini vaccinati Antimeningococco/N. bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre (Ind. MES B7.5).	>=92%
Monitorare e incentivare la prescrizione di molecole a brevetto scaduto o a costo inferiore da parte degli M.M.G.	% Molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza [Indicatori MES: F12a.14-Molecole; F12a.6-Derivati Diidropiridinici (Antiipertensivi); F12a.9-Fluorochinoloni (Antibiotici); F12a.2-Statine (Ipolipemizzanti); F12a.7-ACE Inibitori (Antiipertensivi); F12.11a-Sartani].	>= 82%
Ridurre il consumo di antibiotici in età pediatrica.	Consumo di antibiotici in età pediatrica - DDD (Ind. MES C9.8.1.1.1)	18,00 DDD
Ridurre il consumo di antibiotici in età pediatrica.	Consumo di cefalosporine in età pediatrica - DDD (Ind. MES C9.8.1.1.2).	2,5 DDD
Diminuzione della Spesa Farmaceutica convenzionata	Spesa lorda pro capite pesata farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate (OSMED) -Sistema Direzionale Edotto	164,00 euro
Riduzione dei consumi dei Sartani con copertura brevettale	% Ricorso al farmaco generico dei consumi della specifica classe terapeutica (fonte: flusso farmaceutica convenzionata e distribuzione diretta)	90%
Contenimento del numero dei nuovi pazienti (naive e switch) posti in trattamento con farmaci anticoagulanti orali (NAO)	Numero di pazienti naive posti in trattamento con farmaci NAO	Miglioramento Performance 2018
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 (flusso diretta e DPC)	Epoitine >60% Fattori della crescita stimolanti le colonie >85% Anti TNF alfa >30% Insulina giargine >50%

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2022-2024
Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri	<=20% storico (Fonte: farmacia)
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	90%
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni specialistiche informatizzate	>90% del totale
Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico	90% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia
Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	>95%
Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	>95%
Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	% del numero di referti di laboratorio conferiti al FSE rispetto al totale prodotto	>90%
Diffusione dei servizi online sul portale regionale della salute	% Prenotazioni online sul totale	>=20%
Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	100%
Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	% Ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata prese in carico ed erogate con i servizi telematici (erogatori privati compresi)	100%
Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi Informativi	100%

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2022-2024
Efficienza operativa ASL	Scostamento tra costi e ricavi [legge di Stabilità 208/2015] (Ind. MES F1.4)	utile
Equilibrio Economico Finanziario	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	0
Costo assistenza ospedaliera	Costo medio per punto DRG (Ind. MES F18.1)	valore 2015 - 40%
Accordi contrattuali con le strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate (strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ed in regime ambulatoriale; RSA; RSSA)	Sottoscrizione accordi contrattuali entro il termine definito dalla Regione ed in conformità allo schema-tipo approvato dalla Giunta Regionale per ciascuna tipologia di struttura.	Rispetto dei termini
Accordi contrattuali con le strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate (strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ed in regime ambulatoriale; RSA; RSSA)	Rispetto dei criteri di ripartizione delle risorse (correlazione fra fabbisogno aziendale e tipologia/volume delle prestazioni da acquistare da privato) fissati dalla Giunta Regionale con le DD.GG.RR, n. 1494/2009, n. 2671/2009, n. 1500/2010 e n. 981/2016 (SI/NO).	Rispetto dei termini
Equilibrio Economico Finanziario	Rispetto dei parametri stabiliti dalla Regione con i DIF annuali	Rispetto dei termini
Equilibrio Economico Finanziario	Certificazione di accompagnamento del Conto Economico Trimestrale ed invio agli Enti Competenti	Rispetto dei termini
Equilibrio Economico Finanziario	Incidenza degli acquisti facendo ricorso a strumenti di acquisto e negoziazione telematici (CONSIP/InnovaPuglia)	Rispetto dei termini
Potenziamento copertura vaccinale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>=95%

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2022-2024
Potenziamento copertura vaccinale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>=95%
Potenziamento copertura vaccinale	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	>90%
Potenziamento copertura vaccinale	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	>90%
Potenziamento copertura vaccinale	Indicatore composito sugli stili di vita	>90%
Potenziamento copertura vaccinale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	>90%
. Riduzione tasso di ospedalizzazione patologie cronico-degenerative	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	Rispetto dei termini
. Riduzione tasso di ospedalizzazione patologie cronico-degenerative	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	<=24
Riorganizzazione rete emergenza-urgenza	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.	Mantenimento Performance 2018
Potenziamento assistenza domiciliare	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	Mantenimento Performance 2018
Potenziamento assistenza domiciliare	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	Mantenimento Performance 2018
Salute mentale	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria.	<=15%
Potenziamento assistenza domiciliare	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>35%
Miglioramento appropriatezza organizzativa	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	5%
Riduzione tassi di ospedalizzazione	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente.	Mantenimento Performance 2018 - 20%
Miglioramento appropriatezza organizzativa	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui.	100%

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2022-2024
Miglioramento appropriatezza organizzativa	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario.	Mantenimento Performance 2018
Miglioramento appropriatezza organizzativa	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	>=70%
Miglioramento qualità di processo	Percentuale di pazienti (eta' 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.	>=70%
Potenziamento assistenza Territoriale	Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti)	Mantenimento/miglioramento sul dato storico
Potenziamento assistenza Territoriale	Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. minori 0- 14 anni)	Mantenimento/miglioramento sul dato storico
Potenziamento assistenza Territoriale	Tasso di accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti); tasso di accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. minori 0-14 anni)	Mantenimento/miglioramento sul dato storico
appropriatezza e qualità	% accessi in PS con codice verde visitati entro 1 ora [Ind. MES C16.2]	>=75%
appropriatezza e qualità	% accessi ripetuti in PS entro le 72 ore [Ind. MES C16.10]	<=10%
appropriatezza e qualità	% pazienti ricoverati da PS con DRG inappropriato [Ind. Int.]	<=15%
appropriatezza e qualità	% di ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione [Ind. MES C16.7]	>=55%
appropriatezza e qualità	% di accessi al PS inviati al ricovero con permanenza entro le 8 ore [Ind. MES C16.4]	>=85%
Rispetto delle leggi e del principio del buon andamento ed imparzialità dell'Amministrazione	SDO Controllate/SDO Validate [Ind.Int1UVARP]	>=10%
Rispetto delle leggi e del principio del buon andamento ed imparzialità dell'Amministrazione	Numero verifiche come da Piano Annuale dei Controlli su Prestazioni Erogate/DayService [Ind.Int2UVARP]	Rapp % come da Piano
Contrasto emergenza epidemiologica COVID19	ATTUAZIONE "PIANO AZIENDALE COVID-19	SI
Governo delle liste di attesa	Attuazione del piano di recupero delle liste di attesa	SI
Benessere organizzativo	Attivare percorsi di prevenzione e cura del burn out degli operatori coinvolti in attività a rischio, in particolare dei reparti di terapia intensiva per pazienti COVID [Ind.Cov. 3]	SI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2022-2024
Promozione delle best practice in pandemia da Covid 19	Eventi formativi	SI
Contrasto emergenza epidemiologica COVID19	Riorganizzazione del Dipartimento delle dipendenze patologiche finalizzato alla riduzione dei contatti in presenza dei pazienti secondo il protocollo definito in accordo con il rischio clinico al fine di ridurre il rischio di contagio da COVID [Ind.Cov. 4]	SI
Prevenzione e trattamento delle dipendenze patologiche	Garanzia della continuità terapeutica farmacologica in periodo COVID [Ind.Cov. 5]	Mantenimento del costo medio utente per farmaci
Prevenzione e trattamento delle dipendenze patologiche	Garanzia della presa in carico di nuovi utenti nel rispetto dei protocolli di distanziamento [Ind.Cov. 6]	si
Potenziamento assistenza territoriale	Presa in carico dei pazienti COVID dalle unità speciali di continuità assistenziale (USCA). [Ind.Cov. 10]	SI
Potenziamento assistenza territoriale	Accessi delle Unità USCA per pazienti in carico. [Ind.Int. 86]	2
Riduzione massa debitoria fatture emesse al 31/12/2019	Massa debitoria al 31/12/2021 delle fatture emesse prima del 31/12/2019 e non liquidate al 31/12/2021	10%
Riduzione sopravvenienze passive	Sopravvenienze passive 2021/Sopravvenienze passive 2019	riduzione
Perfezionamento del Percorso Attuativo di Certificabilità dei bilanci (PAC) degli enti del S.S.R.	Stati di avanzamento relativo alle aree critiche [Ind.Int. 95]	relazione
Perfezionamento del Percorso Attuativo di Certificabilità dei bilanci (PAC) degli enti del S.S.R.	Determinazione del fondo rischi ai fini dell'elaborazione del bilancio	Relazione sull'Ammontare e tabella di riferimento
Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	Num: Numero di prenotazioni informatiche; Den: Totale prestazioni per interni [Ind.Int. 96]	>= 95%
Miglioramento della qualità dei servizi erogati	Ricerca soluzioni tecnologiche di teleassistenza per pazienti domestici, sia per patologie legate a COVID 19, sia per altre patologie, anche di carattere cronico. [Ind.Int. 97]	Stati di attuazione
Legalità e trasparenza	Adozione/attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022-2024(PTPCT)	Adozione
Efficienza operativa	Utilizzo esclusivo della procedura informatica relativa al procedimento di ordine, riscontro e liquidazione [Ind.Int. 100]	Adozione
Efficienza operativa	Tempestiva attivazione delle procedure di opposizione dei titoli esecutivi [Ind.Int. 101]	Opposizione su totale titoli >90%
Efficienza operativa	Deflazione del contenzioso interno ed esterno [Ind.Int. 102]	Riduzione accantonamenti per contenzioso

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2022-2024
Miglioramento Contabilità Analitica	Numero strutture verificate/Totale strutture aziendali	>=40%
Uso risorse umane a carattere dipartimentale	Rispetto dei tempi previsti dalle norme per la definizione dei procedimenti	Relazione
Gestione del rischio clinico	Monitoraggio degli eventi sentinella mediante un sistema di rilevazione condiviso con il rischio clinico	Relazione
Miglioramento della qualità dei servizi erogati	Questionari di Customer Satisfaction definiti con le strutture ospedaliere territoriali e amministrative. [Ind.Int1URP]	>=10%
Verifica ed aggiornamento del sistema di gestione documentale e protocollo informatico	Numero di verifiche ed aggiornamenti	Relazione
Governo delle liste di attesa	Giorni apertura/totale giorni agenda	>=20%
Governo delle liste di attesa	n controlli	1 volta al mese
Chiusura della procedura amministrativa relativa alla gestione delle prenotazioni ambulatoriali all'atto dell'erogazione della prestazione da parte del professionista erogante	Procedure aperte/Prenotazioni non annullate	tendente a 0
Chiusura della procedura amministrativa relativa alla gestione delle prenotazioni ambulatoriali all'atto dell'erogazione della prestazione da parte del professionista erogante	n controlli	1 volta al mese
Telemedicina	Numero assistiti in telemedicina	Mantenimento/miglioramento sul dato storico
Sicurezza degli alimenti	% di SCIA chiuse nei termini previsti [Ind. Ind.]	>=90%
Sicurezza degli alimenti	% di verifiche preliminari alla realizzazione e/o attivazione di imprese di produzione, confezionamento, deposito, trasporto, somministrazione e commercio di prodotti alimentari e bevande [Ind. Int.]	100%

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2022-2024
Sicurezza degli alimenti	% di controlli per attività relative a produzione, confezionamento, deposito, trasporto, somministrazione e commercio [Ind. Int.]	100%
Sicurezza degli alimenti	% di controlli effettuati presso gli impianti di deposito di alimenti di origine animale [Ind. Int.]	Almeno 25%
Sicurezza degli alimenti	% di controlli sul latte nelle fasi di produzione, trasformazione, commercializzazione e vendita [Ind. Int.]	Almeno 25%
Sicurezza degli alimenti	% di controlli sul corretto smaltimento dei sottoprodotti di origine animale [Ind. Int.]	Almeno 25%
PREVENZIONE INFORTUNI NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	% di imprese attive sul territorio controllate [Ind. Int.]	> 5%
PREVENZIONE INFORTUNI NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	% di cantieri ispezionati [Ind. Int.]	Almeno 10%
PREVENZIONE INFORTUNI NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	% di cantieri controllati dagli SPESAL in relazione alle attività di bonifica da amianto [Ind. Int.]	Almeno 15%
PREVENZIONE INFORTUNI NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	Numero di eventi di educazione alla prevenzione nei luoghi di lavoro	Almeno 5 eventi
TUTELA DELLA SALUTE	Numero di sopralluoghi ai fini della verifica dei requisiti igienico-sanitari negli ambiti delle attività ricettive, sportive, professioni e arti sanitarie, assistenziali [Ind. Int.]	Mantenimento/miglioramento sul dato storico
Sanità veterinaria	% di allevamenti controllati per TBC bovina [Ind. Int.]	> 99%
Sanità veterinaria	% di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina, bovina e bufalina [Ind. Int.]	> 99%
Sanità veterinaria	% di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina [Ind. Int.]	> 5%
Sanità veterinaria	% dei campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale [Ind. Int.]	> 99%
Sanità veterinaria	% di controlli presso gli esercizi per la vendita di alimenti zootecnici [Ind. Int.]	Almeno 25%
Sanità veterinaria	% di strutture ricovero cani controllate [Ind. Int.]	Almeno 25%
Sanità veterinaria	% di ambulatori e cliniche veterinarie controllate [Ind. Int.]	Almeno 25%
Sanità veterinaria	% di cani randagi catturati, identificati ed iscritti all'Anagrafe Canina Regionale [Ind. Int.]	100%
Sanità veterinaria	% di cani randagi sottoposti a sterilizzazione [Ind. Int.]	100%
Appropriatezza e qualità	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari [Ind. MES C4.1.1]	<=35%
Appropriatezza e qualità	Riduzione degenza media pre-operatoria (Patto della Salute) [Ind. MES C3]	<2gg
Appropriatezza e qualità	Riduzione % dei ricoveri brevi 0-1 gg [Ind. Int.]	<=10%

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2022-2024
Governo delle liste di attesa	Attesa media prima del ricovero per interventi per tumore della mammella [Ind. MES C10.4.11]	<=26gg
Governo delle liste di attesa	Attesa media prima del ricovero per interventi tumore alla prostata [Ind. MES C10.4.2]	<=45gg
Governo delle liste di attesa	Attesa media prima del ricovero per interventi tumore al colon [Ind. MES C10.4.3]	<=15gg
Governo delle liste di attesa	Attesa media prima del ricovero per interventi tumore al retto [Ind. MES C10.4.4]	<=15gg
Governo delle liste di attesa	Attesa media prima del ricovero per interventi tumore al polmone [Ind. MES C10.4.5]	<=25gg
Governo delle liste di attesa	Attesa media prima del ricovero per interventi tumore all'utero [Ind. MES C10.4.6]	<=25gg
Efficacia assistenziale territoriale psichiatrica	% Numero assistiti presso DSM nell'anno della rilevazione [Griglie LEA]	>=10,82
Appropriatezza e qualità	Indice di performance degenza media dei ricoveri per patologie psichiatriche [Ind. MES C15.8]	0
Procedure di sicurezza per le varie attività aziendali in particolare per quelle per cui più alto è il fattore di rischio	Numero procedure proposte	Relazione
Procedure di sicurezza per le varie attività aziendali in particolare per quelle per cui più alto è il fattore di rischio	Numero eventi formativi per i dipendenti	Relazione
Potenziamento delle iniziative atte a favorire la diffusione della cultura della sicurezza mediante l'incrementi di auditi clinici relativi ae eventi sentinella	Numeri audit	Relazione
Efficienza operativa ASL	Bonifica banche dati	100%
Attuazione obiettivi PNRR	numero attività assegnate/attività svolte	Relazione
Miglioramento della qualità dei servizi erogati	Numero di protocolli operativi tra istituzioni pubbliche e strutture aziendali	Relazione
Miglioramento della qualità dei servizi erogati	Numero modelli sperimentali interventi psicologici per pazienti post COVID	Relazione
Miglioramento della qualità dei servizi erogati	Numero di interventi per la cura del trauma interpersonale	Relazione

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2022-2024
Salute mentale	% di abbandoni dal trattamento farmacologico di pazienti minorenni in carico (Fonte Farmaceutica) [Ind.Int. 3DSM]	<=17%
Salute mentale	% di abbandoni di pazienti minorenni in carico [Ind.Int. 5DSM]	<=25%
Salute mentale	% di abbandoni dal trattamento di pazienti minorenni in carico [Ind.Int. 6DSM]	<=25%
Copertura vaccinale Covid 2019 per assistiti con malattie rare	Numero assistiti affetti da malattie rare/nunero assistiti affetti da malattie rare vaccinati	relazione
Prevenzione e trattamento delle dipendenze patologiche	Eventi formativi in materia di prevenzione delle dipendenza patologiche	>=3

ALLEGATO 2 Piano delle azioni positive Triennio 2022-2024



PIANO delle AZIONI POSITIVE ASL TA

Triennio 2022/2024

Proposta CUG

Approvata in assemblea plenaria del 02/12/2021

INDICE	pag. 2
1 PREMESSA	pag. 3
2 QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO	pag. 3
3 SITUAZIONE DEL PERSONALE	pag. 6
4 LINEE GENERALI DI INTERVENTO	pag. 7
5 LINEE SPECIFICHE DI ATTIVITA'	pag. 8
5.1 OBIETTIVO: FAVORIRE LA CONCILIAZIONE TRA TEMPI DI LAVORO PROFESSIONALE ED ESIGENZE DI VITA PRIVATA E FAMILIARE	
5.2 OBIETTIVO: PROMUOVERE IL BENESSERE ORGANIZZATIVO E INDIVIDUALE E PREVENIRE IL DISAGIO LAVORATIVO	
5.3 OBIETTIVO: CONTRASTARE LE DISCRIMINAZIONI E OGNI FORMA DI VIOLENZA	
5.4 OBIETTIVO: SOSTENERE E RAFFORZARE IL RUOLO DEL CUG.	
6 SCHEDE ANALITICHE	pag 11
7 MONITORAGGIO	pag. 15
8 STRUMENTI , SOGGETTI E UFFICI COINVOLTI	pag. 15

1 PREMESSA

Il presente Piano di Azioni Positive si situa in una visione di continuità sia programmatica che strategica col precedente Piano adottato per il triennio 2019-2021 ed è rivolto a dare attuazione all'interno della ASL TA agli obiettivi di parità e pari opportunità per sostenere condizioni di benessere lavorativo anche al fine di prevenire e rimuovere qualunque forma di discriminazione.

Il Piano di Azioni Positive costituisce pertanto un'importante risorsa per l'Azienda ASL TA che, anche con l'attività propria del Comitato Unico di Garanzia, ha intenzione di supportare il personale (anche in considerazione delle nuove e straordinarie misure organizzative messe in atto per affrontare la pandemia da COVID-19) con la messa in atto di azioni migliorative rivolte a risolvere eventuali tensioni ed a creare un clima di lavoro improntato alla collaborazione e al benessere.

La ASL TA adotta il presente Piano avente durata triennale che si pone, in linea con i contenuti del Piano della Performance come strumento indispensabile nell'ambito del generale processo di riforma della P.A., diretto a garantire l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa attraverso la valorizzazione delle risorse umane.

2 QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

Il Piano Triennale delle Azioni Positive nasce come evoluzione della disciplina sulle pari opportunità che trova il suo fondamento in Italia nella legge 10 aprile 1991, n. 125 recante "Azioni positive per la realizzazione della parità uomo donna nel lavoro".

Il d.lgs. 11 aprile 2006, n. 198 recante "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna a norma dell'art. 6 della legge 28 novembre 2005, n. 246" riprende e coordina in un testo unico la normativa di riferimento prevedendo all'art. 48 che ciascuna Pubblica Amministrazione, predisponga un Piano di azioni positive volto a "assicurare [...] la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne"

prevedendo, inoltre, azioni che favoriscano il riequilibrio della presenza di genere nelle attività e nelle posizioni gerarchiche. Tali piani hanno durata triennale.

La nozione giuridica di “**azioni positive**” viene specificata, dall’art. 42 “Adozione e finalità delle azioni positive” del decreto legislativo sopra citato, come misure dirette a rimuovere ostacoli alla realizzazione delle pari opportunità nel lavoro. Sono inoltre, misure “speciali” in quanto non generali, ma specifiche e ben definite, che intervengono in un determinato contesto per eliminare ogni forma di discriminazione, sia diretta che indiretta e “temporanee” in quanto necessarie fino al momento in cui si rileva una disparità di trattamento.

La Direttiva 23 maggio 2007 “Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche” emanata dal Ministero per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione con il Ministero per i diritti e le pari opportunità, richiamando la direttiva del Parlamento e del Consiglio Europeo 2006/54/CE indica come sia importante il ruolo che le amministrazioni pubbliche ricoprono nello svolgere un ruolo propositivo e propulsivo ai fini della promozione e dell’attuazione dei principi delle pari opportunità e delle valorizzazioni delle differenze nelle politiche del personale. La direttiva si pone l’obiettivo di fare attuare completamente le disposizioni normative vigenti, facilitare l’aumento della presenza di donne in posizioni apicali, sviluppare *best practices* volte a valorizzare l’apporto di lavoratrici e lavoratori, orientare le politiche di gestione delle risorse umane secondo specifiche linee di azione.

Anche il d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 in tema di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, nell’introdurre il ciclo di gestione della *performance* richiama i principi espressi dalla normativa in tema di pari opportunità, prevedendo inoltre che il sistema di misurazione e valutazione della *performance* organizzativa concerna, tra l’altro, anche il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

Anche l’art. 21 della legge 4 novembre 2010, n. 183 (cd. “Collegato Lavoro”) è intervenuto in tema di pari opportunità, benessere di chi lavora e assenza di

discriminazioni nelle P.A. in particolare l' art. 7 introduce l'ampliamento delle garanzie nel lavoro, oltre che per le discriminazioni legate al genere, anche ad ogni altra forma di discriminazione che possa discendere da età, orientamento sessuale, razza, origine etnica, disabilità, religione o lingua, estendendo il campo di applicazione nell'accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro. Specifica che le pubbliche amministrazioni garantiscono altresì un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo e si impegnano a rilevare, contrastare ed eliminare ogni forma di violenza morale o psichica al proprio interno. È notorio, infatti, che un ambiente di lavoro in grado di garantire pari opportunità, salute e sicurezza è un ambiente nel quale si ottiene un maggior apporto dei lavoratori e delle lavoratrici, sia in termini di produttività, che di appartenenza.

Su quest'ultimo punto merita di essere citato anche l'art. 28, comma 1 del d.lgs. 9 aprile 2008 n. 81 (c.d. Testo unico in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro), che ha reso esplicito l'obbligo di valutare in un'ottica di genere e di verificare ed aggredire il rischio da stress lavoro-correlato quando esso emerga.

La legge 4 novembre 2010, n. 183 ha introdotto, *ex novo*, un obbligo avente natura giuridica riguardante il generare, nelle organizzazioni pubbliche, benessere organizzativo (“Le pubbliche amministrazioni garantiscono altresì un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo”): si delineano quindi nuove prospettive di implementazione delle azioni positive che sono da intendersi come volte ad accrescere il benessere di tutti i lavoratori. Le Pubbliche amministrazioni sono chiamate quindi a garantire pari opportunità, salute e sicurezza nei luoghi di lavoro quali elementi imprescindibili anche in termini di efficienza ed efficacia organizzativa, ovvero in termini di produttività e di appartenenza dei lavoratori stessi. Le integrazioni all'art. 57 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165, operate dall'art. 21 L. 4/11/2010 n. 183, hanno previsto l'istituzione di un Comitato unico di garanzia (CUG) che sostituisce, assorbendone le competenze, il Comitato pari opportunità e il Comitato paritetico sul fenomeno del mobbing operanti in ogni amministrazione.

La Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri 4 marzo 2011 ha completato il quadro normativo enunciando le Linee guida sulle modalità di funzionamento del CUG.

Nel quadro di riferimento si aggiunge il d.lgs. 15 giugno 2015 n. 80, recante “Misure per la conciliazione delle esigenze di cura, vita e di lavoro in attuazione dell’art. 1, commi 8 e 9, della legge 10 dicembre 2014, n. 183” con il quale sono state introdotte, tra l’altro, misure volte alla tutela della maternità rendendo più flessibile la fruizione dei congedi parentali, favorendo le opportunità di conciliazione tra la generalità dei lavoratori e, in particolare, delle lavoratrici.

La Risoluzione del 13 settembre 2016 del Parlamento Europeo recante “Creazione di condizioni del mercato del lavoro favorevoli all'equilibrio tra vita privata e vita professionale” auspica l’innescò di un processo di riorganizzazione della situazione a livello di equilibrio tra vita privata e vita professionale di donne e uomini in Europa e mira a contribuire al conseguimento dei livelli più elevati di parità di genere, sottolineando che la conciliazione tra vita professionale, privata e familiare, deve essere garantita quale diritto fondamentale di tutti.

Si evidenzia poi la Direttiva 2/19 “*Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche*” adottata dal Ministro per la pubblica amministrazione il 26 giugno 2019, che definisce nuove linee di indirizzo volte ad orientare le pubbliche amministrazioni in materia di promozione della parità e delle pari opportunità.

In materia di lavoro agile nella P.A., infine, va rammentata la legge 22 maggio 2017, n. 81, la Direttiva 3/17 del Ministro per la pubblica amministrazione, nonché le disposizioni che, nel corso del 2020, hanno disciplinato l’utilizzo dell’istituto del lavoro agile in fase emergenziale, quale misura di prevenzione e di tutela della salute dei lavoratori.

3 SITUAZIONE DEL PERSONALE

La composizione del personale della ASL TA al 26/11/2021 è la seguente:

Situazione del personale per tipologia di rapporto di lavoro (determinato/indeterminato):

		IND	DET	IND	DET
COMPARTO	RUOLO AMMINISTRATIVO	442	25	94,6%	5,4%
COMPARTO	RUOLO PROFESSIONALE	6	0	100,0%	0,0%
COMPARTO	RUOLO SANITARIO	2916	643	81,9%	18,1%
COMPARTO	RUOLO TECNICO	873	60	93,6%	6,4%
TOTALE COMPARTO		4237	728	85,3%	14,7%
DIRIGENZA MEDICA	RUOLO SANITARIO	801	69	92,1%	7,9%
DIRIGENZA SANITARIA	RUOLO SANITARIO	180	27	87,0%	13,0%
DIRIGENZA PTA	RUOLO PROFESSIONALE	8	3	72,7%	27,3%
DIRIGENZA PTA	RUOLO AMMINISTRATIVO	15	1	93,8%	6,3%
DIRIGENZA PTA	RUOLO TECNICO	5	0	100,0%	0,0%
TOTALE DIRIGENZA		1009	100	91,0%	9,0%
TOTALE		5246	828	86,4%	13,6%

Situazione del personale per genere

		F	M	F	M
COMPARTO	RUOLO AMMINISTRATIVO	299	168	64,0%	36,0%
COMPARTO	RUOLO PROFESSIONALE	0	6	0,0%	100,0%
COMPARTO	RUOLO SANITARIO	2679	880	75,3%	24,7%
COMPARTO	RUOLO TECNICO	590	343	63,2%	36,8%
TOTALE COMPARTO		3568	1397	71,9%	28,1%
DIRIGENZA MEDICA	RUOLO SANITARIO	404	466	46,4%	53,6%
DIRIGENZA NON MEDICA	RUOLO AMMINISTRATIVO	9	7	56,3%	43,8%
DIRIGENZA NON MEDICA	RUOLO PROFESSIONALE	4	7	36,4%	63,6%
DIRIGENZA NON MEDICA	RUOLO SANITARIO	161	46	77,8%	22,2%
DIRIGENZA NON MEDICA	RUOLO TECNICO	2	3	40,0%	60,0%
TOTALE DIRIGENZA		580	529	52,3%	47,7%
TOTALE		4148	1926	68,3%	31,7%

4 LINEE GENERALI DI INTERVENTO

Il Piano delle azioni positive, conformemente al quadro legislativo vigente, ha un contenuto programmatico triennale, al pari del Piano delle performance, al fine di assicurare la coerenza con gli obiettivi strategici e operativi ivi previsti. In coesione con le finalità promosse dalla normativa vigente, in continuità con il precedente PTAP 2019-2021, si confermano gli obiettivi generali che il presente Piano intende raggiungere:

a) Garantire la valorizzazione delle risorse umane, l'accrescimento professionale dei dipendenti per assicurare il buon andamento, l'efficienza e l'efficacia dell'attività

amministrativa, le pari opportunità nell'accesso al lavoro, nella vita lavorativa e nella formazione professionale.

b) Promuovere una migliore organizzazione del lavoro e del benessere organizzativo che, ferma restando la necessità di garantire la funzionalità degli uffici, favorisca l'equilibrio tra tempi di lavoro ed esigenze di vita privata.

c) Garantire la trasparenza dell'azione amministrativa, anche al fine di promuovere in tutte le articolazioni dell'Amministrazione e nel personale la cultura di genere e il rispetto del principio di non discriminazione, diretta e indiretta.

5 LINEE SPECIFICHE DI ATTIVITA'

Per la realizzazione delle suddette linee generali l'ASL di Taranto si prefigge l'attuazione delle seguenti specifiche attività (ciascuna ulteriormente dettagliata nelle schede allegate)

5.1 OBIETTIVO: FAVORIRE LA CONCILIAZIONE TEMPI VITA-LAVORO

L'attenzione della ASL TA alla conciliazione rappresenta un'espressione dell'orientamento verso i collaboratori, al fine di soddisfare la necessità di poter accordare i propri impegni sia familiari sia lavorativi. L'obiettivo non è esclusivamente quello di ottenere di un equilibrio tra ore familiari e lavorative, (che reca con sé la concezione di famiglia e lavoro come conflittuali) ma di incrementare la possibilità del simultaneo impegno lavorativo e del soddisfacimento di esigenze familiari. In tal senso si privilegeranno le iniziative che contribuiscono al superamento dell'apparente contrapposizione tra la dimensione familiare e quella lavorativa, per attivare al contrario un circolo virtuoso di benefici reciproci per la famiglia e per l'azienda. La conciliazione vita-lavoro, seppur riguardi ambedue i generi, nella nostra società, caratterizzata da un maggior carico di cure familiari per le donne, diventa uno strumento di promozione della parità di genere se riesce ad

incidere su tale sbilanciamento, incidendo su una più equa distribuzione del lavoro di cura. Gli interventi sono descritti nella scheda n. 1.

5.2 OBIETTIVO: PROMUOVERE IL BENESSERE ORGANIZZATIVO E LA PREVENZIONE DEL DISAGIO LAVORATIVO

Il concetto del benessere nei luoghi di lavoro si è delineato a partire dal termine di *occupational health psychology* (OHP), con cui si indicava una nuova materia interdisciplinare in ambito organizzativo finalizzata a migliorare la qualità della vita lavorativa nelle aziende. È forse banale ma per lavorare bene bisogna stare bene sul proprio luogo di lavoro. La promozione del benessere organizzativo nelle aziende sanitarie deve partire dall'approfondimento dei punti di forza e delle criticità in esse presenti, al fine di progettare opportuni interventi di miglioramento. In ASL Taranto sono state avviate negli anni scorsi varie iniziative di indagine sul benessere e il clima organizzativo. Dalla comparazione di tali dati sono emerse le ipotesi di alcune linee di attività e di intervento per migliorare la qualità del lavoro lungo tutto l'arco della vita lavorativa che si intendono attuare come da scheda n. 2.

5.3 OBIETTIVO: CONTRASTARE LE DISCRIMINAZIONI E OGNI FORMA DI VIOLENZA SUL LAVORO

La legge 15 febbraio 1996, n. 66, ha innovato la precedente normativa, considerando la violenza contro le donne come un delitto contro la libertà personale; con la legge 23 aprile 2009, n. 38 sono state inasprite le pene per la violenza sessuale e viene introdotto il reato di atti persecutori ovvero lo *stalking*. Le donne, purtroppo, sono più degli uomini, vittime di aggressioni, anche nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, in particolare nelle postazioni di guardie mediche e nei Pronto soccorso. Il 14 agosto 2020 il Parlamento ha approvato la Legge n.113 che dispone misure di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni. Durante lo svolgimento del rapporto di lavoro opera il principio costituzionale della parità tra le donne e gli uomini (art. 3 Costituzione). Nonostante

ciò le persone ancora subiscono atti di discriminazione nel mondo del lavoro, in particolare le donne; il persistere del divario di genere determina la violazione dei diritti fondamentali, con conseguenze rilevanti dal punto di vista economico e sociale. La ASL TA, che ha istituito la figura della Consigliera di Fiducia già da un anno anche come misura di contrasto alle violenze e alle discriminazioni sul posto di lavoro, si determina a proseguire in questo impegno, anche in ottica di genere, con le azioni descritte nella scheda n. 3.

5.4 OBIETTIVO: SOSTENERE E RAFFORZARE IL RUOLO DEL CUG

I comitati unici di garanzia possono, a ragione, essere considerati un valore aggiunto per la pubblica amministrazione, soprattutto in un momento storico come quello attuale, nel quale si susseguono interventi riformatori che legittimano aspettative di cambiamento in un'ottica di miglioramento che non vuol essere l'ennesima proclamazione di principi. Per questo cambio di paradigma nessuna legge può bastare: è necessario un passaggio dal piano delle norme a quello dei comportamenti che deriva da una coerente e tenace permanenza nello sforzo riformatore in grado di superare l'ambito politico e normativo ed entrare nella cultura delle organizzazioni e di chi vi lavora, a partire dalla dirigenza. La ASL TA si impegna ad intervenire, migliorandole, sulle modalità di comunicazione interna all'istituto per quanto riguarda le attività del comitato; a consolidare e rendere il più possibile fluidi ed acquisiti i rapporti tra il cug e le strutture e sul regolamento di funzionamento del cug; a consolidare la rete con i comitati unici di garanzia ed i rapporti con le istituzioni di riferimento; a sostenere la formazione dei componenti del Comitato, secondo le azioni descritte nella scheda n. 4.

6 SCHEDE ANALITICHE

Scheda n. 1		
FAVORIRE LA CONCILIAZIONE TEMPI VITA-LAVORO		
AZIONE	TEMPI	INDICATORI
Creazione asilo nido aziendale	Dal secondo anno	Fatto/non fatto
Convenzioni con asili/scuole materne/ludoteche.	Dal primo anno	Fatte/non fatte
Promozione dell'uso di congedi genitoriali, permessi L. 104 per assistenza a disabili, part-time in ottica di genere	Dal primo anno	n. e tipologia di iniziative realizzate per la promozione
Aumento dell'uso di tali istituti da parte dei dipendenti di sesso maschile.	Dal primo anno	Aumentato/non aumentato rispetto all'anno precedente
Sostegno all'uso del lavoro agile	Dal primo anno	N. e tipologia di iniziative utilizzate

Scheda n. 2

**PROMUOVERE IL BENESSERE ORGANIZZATIVO E LA
PREVENZIONE DEL DISAGIO LAVORATIVO**

AZIONE	TEMPI	INDICATORI
Progettare ed attuare piani di reinserimento e/o coinvolgimento nella realtà lavorativa del personale assente per lunghi periodi	Dal primo anno	N. di piani attuati/non attuati rispetto a quelli progettati
Progettare ed attuare piani per l'accoglienza e l'inserimento nella realtà lavorativa del personale per nuovi ingressi e neoassunti	Dal primo anno	N. di piani attuati/non attuati rispetto a quelli progettati
Progettare ed attuare programmi di valorizzazione del fine carriera	Dal primo anno	N. di programmi attuati/non attuati rispetto a quelli progettati

Scheda n. 3
CONTRASTARE LE DISCRIMINAZIONI E OGNI FORMA DI
VIOLENZA

AZIONE	TEMPI	INDICATORI
Sostenere operativamente l'attività della Consigliera di Fiducia	Dal primo anno	<ul style="list-style-type: none"> - n. di ore dedicate assegnate alla Consigliera per lo svolgimento di tale istituto - N. 1 corso di formazione per la Consigliera
Favorire l'interrelazione della Consigliera di Fiducia con il CUG	Dal primo anno	N. di iniziative realizzate/non realizzate
Promozione della cultura di genere	Dal primo anno	<ul style="list-style-type: none"> - N. 1 corso di formazione sul linguaggio di genere - Redazione/non redazione di linee guida aziendali per l'uso del linguaggio di genere in Azienda
Contrasto alle aggressioni agli operatori sanitari	Dal primo anno	<ul style="list-style-type: none"> - Integrazione e revisione procedura aggressioni agli operatori sanitari attualmente vigente - n. e tipologia di iniziative di contrasto assunte

Scheda n. 4**SOSTENERE E RAFFORZARE IL RUOLO DEL CUG**

AZIONE	TEMPI	INDICATORI
Coinvolgimento del CUG con pareri come da Protocollo già siglato fra direzione strategica e CUG	Dal primo anno	N. di pareri chiesti al CUG
Elaborazione analisi quantitative del personale distinta per genere	Dal primo anno	Fatta/non fatta
Rendiconto delle azioni del PTAP realizzate nell'anno precedente con l'evidenziazione dei capitoli di spesa e dell'ammontare delle risorse impiegate	Dal primo anno	Fatta/non fatta
Rendicontare i risultati raggiunti con le azioni positive intraprese	Dal primo anno	Fatta/non fatta
Formazione continua dei componenti del CUG	Dal primo anno	N. e tipologia di eventi di formazione continua dei membri del CUG

7 MONITORAGGIO

La verifica e il monitoraggio dell'attuazione delle azioni sopra indicate sarà effettuata in stretta collaborazione con il CUG. Come previsto dalla Direttiva 2/2019, in ragione del collegamento con il ciclo della performance, il Piano triennale di azioni positive sarà aggiornato entro il 31 gennaio di ogni anno, anche come allegato al Piano della performance. Entro fine marzo di ogni anno il CUG effettuerà una relazione sullo stato di attuazione dei progetti da trasmettere al Management, all'OIV, al Dipartimento della Funzione Pubblica e al Dipartimento per le pari opportunità.

8 STRUMENTI, SOGGETTI E UFFICI COINVOLTI

L'Amministrazione proporrà e metterà a disposizione tutte le misure e gli strumenti idonei a sostenere l'attuazione del presente Piano delle Azioni Positive, nel rispetto dei principi fissati dalla legislazione vigente. La realizzazione e il monitoraggio delle suindicate azioni positive vede necessariamente coinvolti tutti i servizi e le strutture dell'Azienda, ognuno per la parte di propria competenza. Le Strutture e i Servizi di volta in volta impegnati e/o coinvolti nella realizzazione e nel monitoraggio delle azioni positive sono individuate secondo la materia di riferimento.