

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE F.F.

Deliberazione n.ro	Data di Adozione
0001332	27/06/2024

OGGETTO: Relazione sulla Performance ASL di Bari anno 2023. Approvazione.

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE F.F. N.RO 20240001529 DEL 26/06/2024 COMPOSTA COMPLESSIVAMENTE DA 6 (sei) PAGINE

DI 1 (uno) ALLEGATI SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 78 (settantaotto) PAGINE

DI 0 (zero) ALLEGATI NON SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 0 (zero) PAGINE

DI 0 (zero) DOCUMENTI ISTRUTTORI NON ALLEGATI PER UN TOTALE DI 0 (zero) PAGINE

Con la sottoscrizione in calce, i Direttori dichiarano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, della vigente sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, D.L.gs. 165/2001.

Parere del Direttore Amministrativo	Parere del Direttore Sanitario
 Firmato Digitalmente il 27/06/2024 11:24 Luigi FRUSCIO	 Firmato Digitalmente il 27/06/2024 12:10 Luigi ROSSI

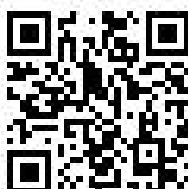
Il Segretario	Il Direttore Generale F.F.
 Firmato Digitalmente il 27/06/2024 12:24 Filomena BAVARO	 Firmato Digitalmente il 27/06/2024 12:20 Luigi FRUSCIO

ATTESTAZIONE DI AVVENUTA PUBBLICAZIONE

Si attesta che il presente provvedimento viene pubblicato all'Albo pretorio *on-line* della ASL BA, ai sensi dell'art. 32, c. 1, l. 69/2009, per la durata di 30 giorni naturali, decorrenti dal **27/06/2024**

Unità Operativa Affari Generali
L'Addetto alla Pubblicazione
Firmato Digitalmente il 27/06/2024 12:25

Filomena BAVARO



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

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.

OGGETTO:	Relazione sulla Performance ASL di Bari anno 2023. Approvazione.
-----------------	---

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la deliberazione del Direttore Generale f.f. n.573 del 19/03/2024, con l'assistenza del Segretario, sulla base della istruttoria e della proposta formulata dal Coordinatore STP che ne attesta la regolarità formale del procedimento ed il rispetto della legalità, considera e determina quanto segue:

Visti:

- il D.Lgs. n.502/1992 e s.m.i. *"Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 L. 23/10/1992 n. 421"*, e, in particolare, l'art. 3, comma 6;
- il D.Lgs. n.165/2001 e s.m.i. *"Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche"*;
- il D.Lgs. n.150/2009 e s.m.i., *"In materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni"*, e, in particolare, l'art. 10, comma 1, lett. b) e l'art. 14, comma 4, lett. c);
- la Legge Regione Puglia n.1/2011: *"Norme in materia di ottimizzazione e valutazione della produttività del lavoro pubblico e di contenimento dei costi degli apparati amministrativi nella Regione Puglia"*, con la quale la Regione Puglia ha recepito i principi e i contenuti del D.Lgs. n. 150 /2009;
- il D.Lgs. n.33/2013 *"Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"*, così come modificato dall'art. 10 del D.Lgs. n.97/2016, e, in particolare, l'art. 10, comma 8;
- la delibera CIVIT n.5/2012, *"Linee guida ai sensi dell'art. 13, comma 6, lettera b), del D. Lgs. n. 150/2009, relative alla struttura e alla modalità di redazione della Relazione sulla performance di cui all'art. 10, comma 1, lettera b)"*;
- le linee guida n.3/2018 del Dipartimento per la Funzione Pubblica - Ufficio per la valutazione della *performance* per la Relazione annuale sulla *performance*;
- la d.D.G.n.209 del 31/01/2023 relativa all'approvazione dell'aggiornamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance per l'anno 2023 oggetto di parere favorevole rilasciato dall'O.I.V. con verbale n.13 del 27/01/2023;

Premesso che:

- con D.Lgs. 150/2009, così come modificato sullo specifico punto dal D.Lgs. 74/2017, si prevede all'art. 10, comma 1, lettera b) che *"Al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le amministrazioni pubbliche, redigono e pubblicano sul sito istituzionale ogni anno:*
 - *[...]*
 - *b) entro il 30 giugno, la Relazione annuale sulla performance, che è approvata dall'organo di indirizzo politico-amministrativo e validata dall'Organismo di*

valutazione ai sensi dell'articolo 14 e che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato”;

- a livello regionale è stata assicurata attuazione al predetto D.Lgs 150/2009 con L.R. Puglia n.1/2011, e, in particolare, con l’art. 1, comma 2;
- con delibera CIVIT (attualmente, per gli specifici profili legati al Ciclo della Performance, Dipartimento Funzione Pubblica, ex art. 19, comma 9, D.Lgs. n. 90/2014), n. 5/2012, sono state fornite prime indicazioni metodologiche per la redazione della Relazione sulla Performance da parte delle Pubbliche Amministrazioni;

Rilevato che, a seguito delle modifiche introdotte con d.lgs. 74/2017 all’art. 10, comma 1, lett. b), d.lgs. 150/2009, con le Linee Guida n.3/2018 il Dipartimento della Funzione Pubblica (nel seguito DFP) – Ufficio per la valutazione della *performance* ha aggiornato le indicazioni metodologiche relative tanto alla redazione della Relazione sulla Performance, quanto alla successiva validazione da parte dell’Organismo Indipendente di Valutazione (nel seguito OIV), così da tener conto delle modifiche legislative *medio tempore* intercorse;

Rilevato, altresì, che le Linee Guida da ultimo richiamate, benché attualmente rivolte ai soli ministeri, in previsione di un rilascio modulare delle stesse da parte del DFP anche in relazione alle altre pubbliche amministrazioni, contengono indicazioni metodologiche a cui tutte le Amministrazioni Pubbliche possono adeguarsi in sede di predisposizione e validazione della Relazione;

Preso atto che:

- con D.D.G.n.2559/2022 è stato approvato il Bilancio Economico Preventivo e Budget generale d’Esercizio 2023 ed il Bilancio pluriennale di previsione per gli esercizi 2023-2025;
- con D.D.G.n.2349 del 06/12/2022 e D.D.G.n.212 del 31/01/2023, si è provveduto alla definizione ed assegnazione – rispettivamente – degli obiettivi generali ed operativi di budget per l’anno 2023;
- con la medesima D.D.G.n.212/2023, da ultimo richiamata, questa Azienda ha approvato, altresì, il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione 2023-2025 assicurando, tra l’altro, il necessario raccordo con il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2023/2025 ivi ricompreso;
- all’esito delle attività di monitoraggio intermedio circa il grado di raggiungimento degli obiettivi aziendali per l’anno 2023, poste in essere dalla Struttura Tecnica Permanente (STP), con D.D.G.n.1931 del 29/09/2023 si è provveduto all’aggiornamento e rimodulazione degli obiettivi generali ed operativi assegnati per l’anno 2023;
- con verbale del 27/05/2024 (acquisito al prot. ASL BA n.38656/2024), l’OIV ha completato l’attività di valutazione della performance espressa dalle strutture aziendali, in attuazione degli obiettivi loro assegnati con il “Piano Integrato di Attività ed Organizzazione 2023-2025”, di cui innanzi;

- a seguito della ricezione di talune osservazioni e richieste di rettifica delle valutazioni è stata effettuata, da parte dell'OIV con il supporto della STP, l'attività finalizzata all'esame delle osservazioni/richieste ricevute, nel rispetto della disciplina contenuta nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance aziendale, rivedendo e/o confermando il giudizio inizialmente espresso, giusta verbale del 20/06/2024 (acquisito al prot. ASL BA n.45859/2024);
- la Direzione Strategica con le note prot.n.23844 del 26/03/2024 e prot.n.46294 del 24/06/2024 ha inteso effettuare una valutazione specifica su obiettivi assegnati di ufficio relativamente al contenimento della spesa per acquisti di Dispositivi Medici, della spesa per acquisti Diretti di Farmaci e della spesa farmaceutica convenzionata.

Preso atto, pertanto, che

- sulla base della valutazione della performance organizzativa 2023 la STP ha predisposto la Relazione sulla Performance per l'anno 2023, ai sensi dell'art. 10, comma 1, lettera b) del D.Lgs.n.150/2009, nonché nel rispetto delle indicazioni metodologiche fornite dalla CIVIT con delibera n.5/2012, nonché, per le parti modificate, con le predette Linee Guida n.3/2018 del D.F.P.;
- con mail del 24/06/2024 la STP ha trasmesso la versione definitiva della Relazione sulla Performance 2023 all'Organismo Indipendente di Valutazione per la sua analisi propedeutica alla prevista validazione della stessa ai sensi dell'art.14 c.4 lett. c) D.Lgs.n.150/2009;
- con verbale del 26/06/2024, acquisito al n.47205 del 26/06/2024 del protocollo aziendale, l'O.I.V. ha attestato la validazione della Relazione in questione;

Ritenuto, conseguentemente, di dover procedere ad approvare formalmente la Relazione sulla Performance per l'anno 2023, allegata *sub A*) al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale;

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

DELIBERA

Assunto tutto quanto in premessa che qui si intende integralmente riportato perché costituisca parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

1. di approvare formalmente, ai sensi dell'art. 10, c. 1, lett. b), d. lgs. 150/2009, la "Relazione sulla Performance per l'anno 2023", di cui all'allegato *sub A*), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di pubblicare, ai sensi dell'art. 10, c. 8, D.Lgs. 33/2013 e delle indicazioni fornite con delibera ANAC n.1310/2016, e così come previsto dal "Piano Integrato di Attività ed Organizzazione 2023-2025" (tabella ivi all. sub 2), la Relazione sulla Performance per l'anno 2023, approvata al punto che precede, sul sito istituzionale dell'ASL di Bari nella sezione "*Amministrazione Trasparente*" - sotto sezione "*Performance/Relazione sulla*

Performance", valevole quale informativa alle OO.SS. del comparto e della dirigenza, nonché a tutto il personale dipendente;

3. di pubblicare l'attestazione di validazione della Relazione sulla Performance 2023, giusta verbale dell'O.I.V. del 26/06/2024, sul sito istituzionale dell'ASL di Bari nella sezione *"Amministrazione Trasparente"* - sotto sezione *"Controlli e rilievi sull'amministrazione/Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe"*;
4. di dare atto che dal presente provvedimento non derivano oneri di spesa a carico del bilancio aziendale;
5. di inviare, a cura della Struttura Tecnica Permanente, il presente provvedimento al Collegio Sindacale e al CUG;
6. di dare atto che tutti i firmatari del presente atto attestano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, ai sensi del vigente codice di comportamento aziendale (DDG n. 470/2022) e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, dalla sezione Anticorruzione e Trasparenza del vigente PIAO – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, D.L.gs. 165/2001.



REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI
Sede Legale: Lungomare Starita, 6 – 70123 BARI
P.I. e C.F. 06534340721

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE
ANNO 2023

Sommario

1. Finalità e principi generali della relazione sulla performance	3
2. I principali risultati raggiunti.....	4
3. Contesto esterno di riferimento	9
4. Generalità sulla struttura organizzativa aziendale	14
5. Analisi delle risorse.....	16
6. Assistenza Ospedaliera.....	21
6.1 Dati di struttura	21
6.2 Dati di attività e indicatori	22
6.3 Analisi dei dati di attività rispetto al P.I.A.O. 2023-2025.....	25
7. Assistenza Territoriale	29
7.1 Assistenza Distrettuale – Dati di attività.....	30
7.2 Salute Mentale – Dati di attività	31
7.3 Dipendenze Patologiche – Dati di attività.....	36
7.4 Analisi dei dati di attività rispetto al P.I.A.O. 2023-2025.....	40
8. Assistenza negli ambienti di vita e nei luoghi di lavoro.....	45
8.1 Dati di struttura	45
8.2 Dati di attività	45
8.3 Analisi dei dati di attività rispetto al P.I.A.O. 2023-2025.....	47
9. Altri obiettivi strategici	48
10. Obiettivi annuali	54
11. Performance organizzativa complessiva ed individuale	55
12. Processo di misurazione e valutazione.....	56
<i>Allegato 1 – Obiettivi annuali</i>	<i>59</i>

1. Finalità e principi generali della relazione sulla performance

La presente relazione costituisce lo strumento mediante il quale l'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari illustra ai cittadini e a tutti gli altri *stakeholder* interni ed esterni i risultati ottenuti nel corso del 2023, concludendo in tal modo il Ciclo della Performance.

Pertanto, il presente documento si propone lo scopo di fornire puntuali elementi di valutazione in ordine all'andamento della gestione aziendale, con riferimento alle dinamiche economiche e gestionali relative al perseguimento degli obiettivi strategici, di mandato, dei piani operativi e degli obiettivi delle singole UU.OO. oltre che alle attività erogate e le strategie perseguite nel corso del 2023.

In tal senso risulta fondamentale considerare che nel 2023 si è assistito ad una definitiva ripresa nella erogazione di prestazioni sanitarie rispetto agli anni dal 2020 al 2022 nei quali le attività erano state inevitabilmente condizionate dalla emergenza sanitaria internazionale legata alla diffusione del coronavirus CoVID-19 dichiarata situazione pandemica dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in data 11/03/2020.

Lo stato di emergenza, in ambito nazionale, è stato infatti dichiarato inizialmente con deliberazione del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020 e poi prorogato per tutto il 2020 e il 2021. Da ultimo, con D.L. 24 dicembre 2021 n.221, lo stato di emergenza nazionale causato dalla diffusione del CoVID-19 è stato prorogato fino al 31 marzo 2022 data in cui, giusta D.L.n.24 del 24/03/2022, convertito nella Legge 19 maggio 2022 n.52, è stato dichiarato cessato.

2. I principali risultati raggiunti

Al fine di rappresentare in maniera sintetica i principali risultati relativi al biennio 2022-2023, si riporta la valutazione finale della ASL Bari, in confronto con quella della Regione Puglia, effettuata dal Laboratorio Management e Sanità (MeS) di Pisa utilizzando una rappresentazione grafica a bersaglio, per il suddetto triennio rispetto alle macroaree-obiettivo ed indicatori dell'attività sanitaria ed economico-finanziaria.

Il progetto Network delle Regioni, a cura del Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, ha preso il via nel 2008 grazie alla collaborazione di Liguria, Piemonte, Toscana e Umbria; la Regione Puglia si è aggiunta nel 2015. L'obiettivo del network è quello di condividere un sistema di valutazione della performance nei sistemi sanitari regionali attraverso il confronto di un set di indicatori, per descrivere e analizzare, attraverso un processo di *benchmarking*, le molteplici dimensioni della performance dei sistemi sanitari regionali.

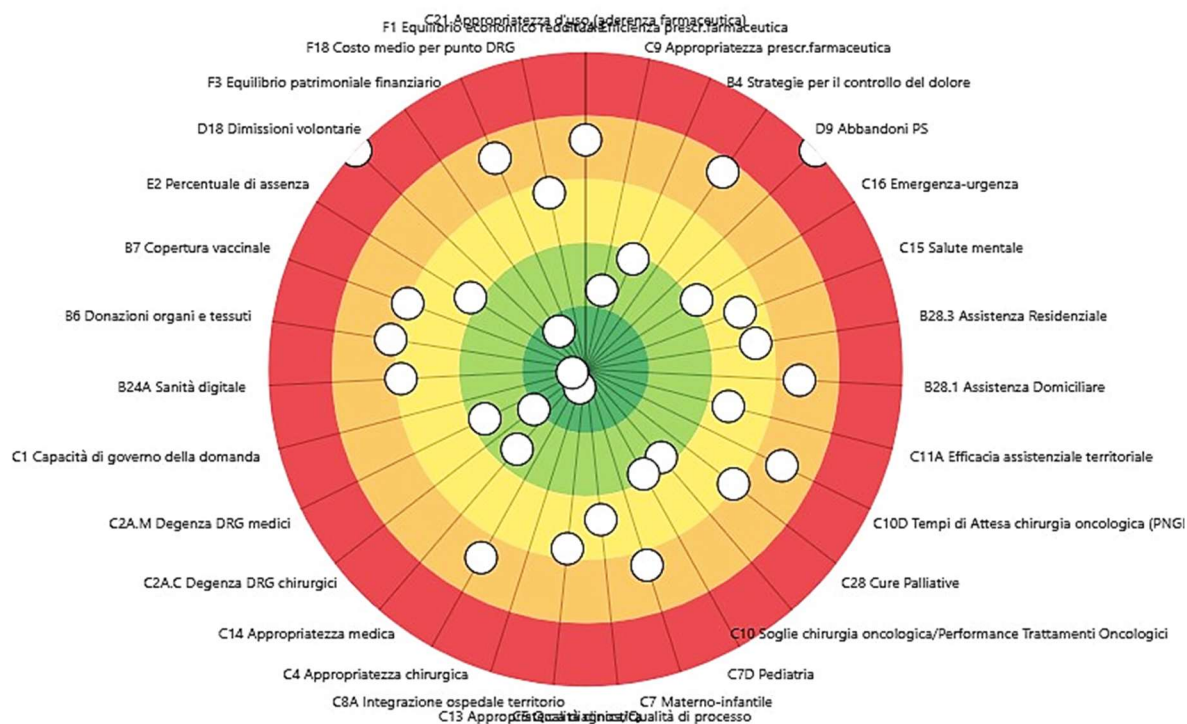
Si evidenzia che gli obiettivi valutati positivamente nel 2023 (aree verdi), relativamente alla ASL Bari, riguardano:

- l'equilibrio economico reddituale
- la spesa per dispositivi medici sul fabbisogno sanitario
- l'efficacia dell'assistenza territoriale
- tempi di attesa per i ricoveri chirurgici oncologici
- l'indicatore relativo ai "Trattamenti Oncologici". Tale indice raccoglie gli indicatori che misurano alcuni elementi caratterizzanti il percorso oncologico quali il processo, i volumi, la spesa farmaceutica e l'appropriatezza chirurgica. Alcuni degli indicatori si riferiscono nel dettaglio ai trattamenti di cura per il tumore della mammella, della prostata e del colon-retto.
- l'ospedalizzazione in età pediatrica
- la qualità clinica relativamente alla valutazione di indicatori riferiti alla componente professionale, per quanto riguarda l'adozione di tecniche strumentali e procedure diagnostiche, la tempestività delle stesse e la correttezza di esecuzione delle prestazioni, in base alle evidenze scientifiche e alla condivisione con i professionisti
- l'autosufficienza nell'ambito dei Medicinali Plasma Derivati che rappresenta uno degli obiettivi della Legge 219/2005, finalizzata a garantire a tutti i cittadini uguali condizioni di qualità e sicurezza della terapia trasfusionale.
- l'integrazione ospedale-territorio ovvero la valutazione della capacità delle strutture territoriali di prendere in carico l'utente guardando nello specifico la percentuale di ricoveri maggiori di 30 giorni, il tasso di accesso al Pronto Soccorso e il tasso di ricovero per patologie sensibili alle cure ambulatoriali
- la capacità di governo della domanda di assistenza sanitaria che i cittadini rivolgono al servizio pubblico
- l'appropriatezza medica che si rileva quando le prestazioni sono erogate con le giuste tempistiche e secondo standard clinici riconosciuti e condivisi
- l'indice di performance sulla degenza media relativamente ai DRG Chirurgici che consente di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede all'erogazione dei ricoveri in area chirurgica
- l'equilibrio patrimoniale finanziario che mira a monitorare gli indicatori di solvibilità e solidità tradizionalmente utilizzati nelle analisi di bilancio.

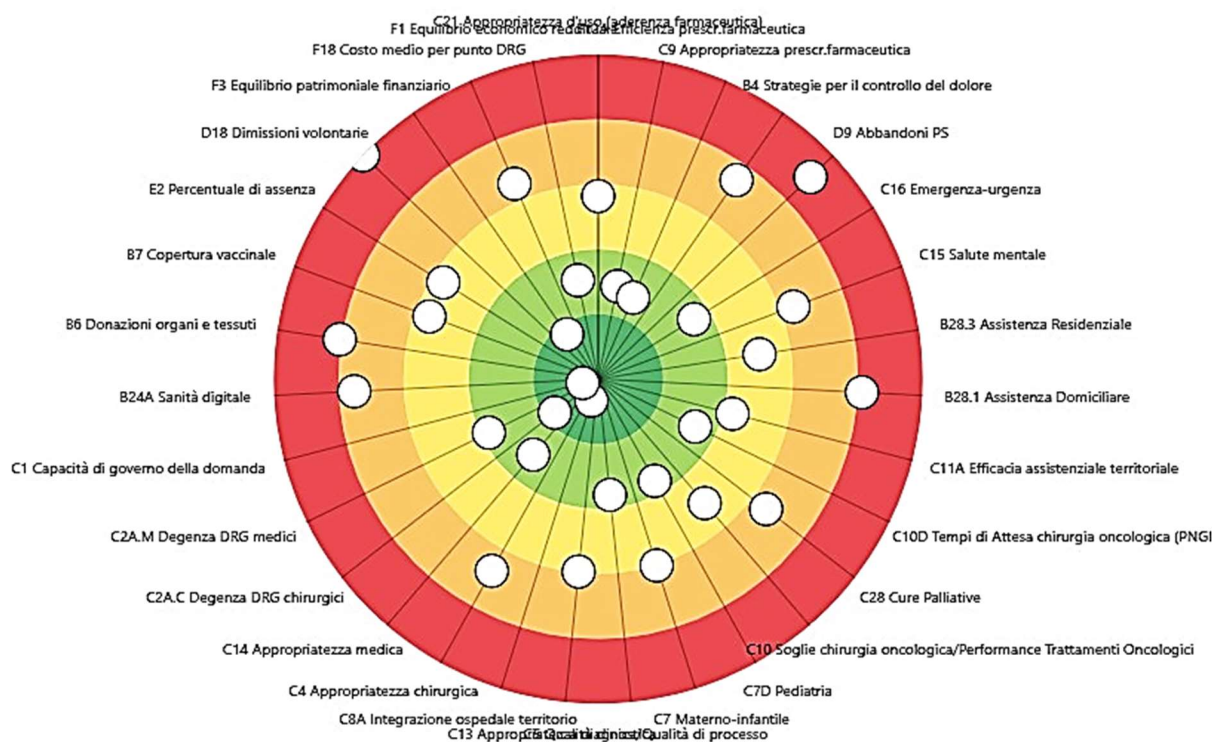
i settori assistenziali che richiedono invece particolare attenzione (aree arancione e rossa) sono:

-
- la percentuale di assenza dei dipendenti. L'indicatore monitora la percentuale di assenza dei dipendenti dal posto di lavoro ed è considerato una proxy del clima interno aziendale
 - gli screening oncologici
 - la copertura vaccinale. L'indicatore sulla copertura vaccinale è costruito sulla base di sette sotto-indicatori, tutti di valutazione. Due sotto-indicatori hanno per oggetto la vaccinazione antinfluenzale e monitorano la copertura rispetto ad essa della popolazione anziana (B7.2) e degli operatori sanitari che lavorano nelle aziende sanitarie pubbliche (B7.4). Gli altri cinque sotto-indicatori monitorano la copertura di cinque vaccinazioni da svolgersi in età pediatrica
 - le strategie per il controllo del dolore
 - l'efficienza/efficacia nei servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro
 - l'assistenza domiciliare
 - le cure palliative
 - la appropriatezza chirurgica. Si parla di appropriatezza chirurgica quando le prestazioni specialistiche sono erogate con le giuste tempistiche e utilizzando tecniche e modalità clinicamente consolidate, in modo da rispondere efficacemente ai bisogni del paziente, ottimizzando il rapporto tra costi, rischi e benefici
 - la percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero
 - il costo medio per punto DRG ovvero il costo di produzione dei ricoveri per acuti pesato per la loro complessità.

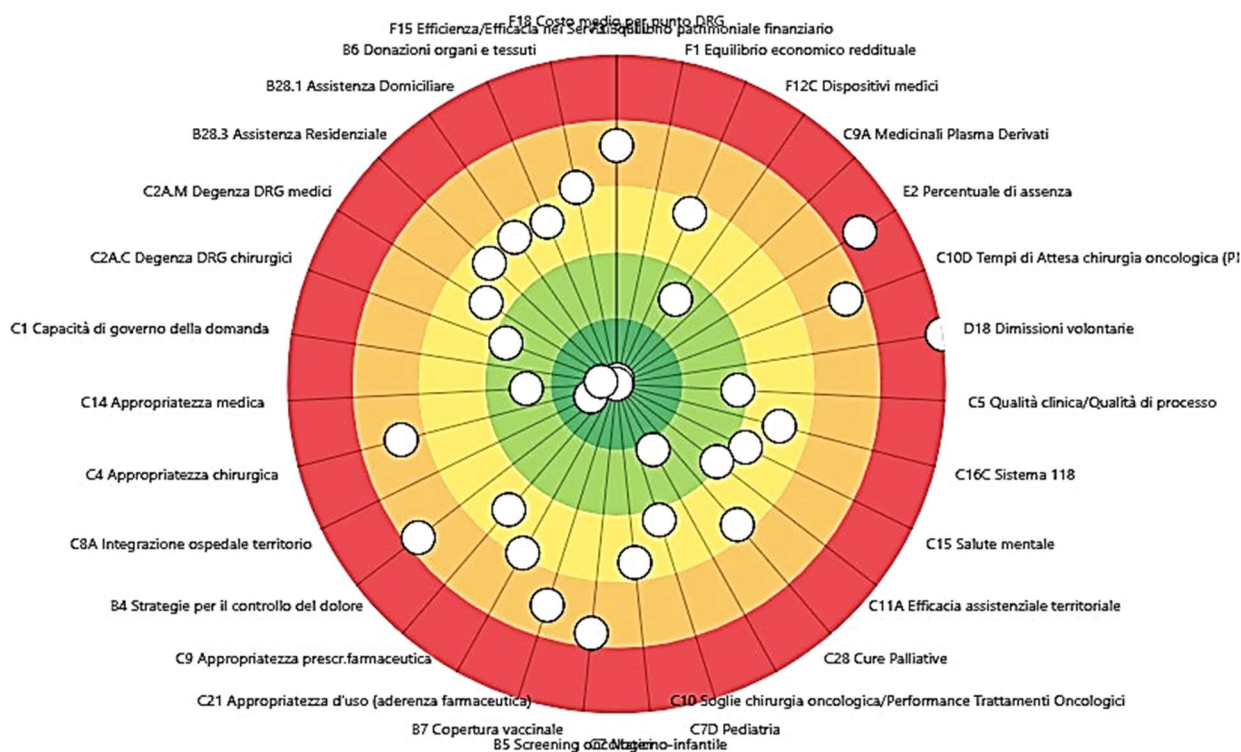
Valutazione Performance Regione Puglia – Anno 2022



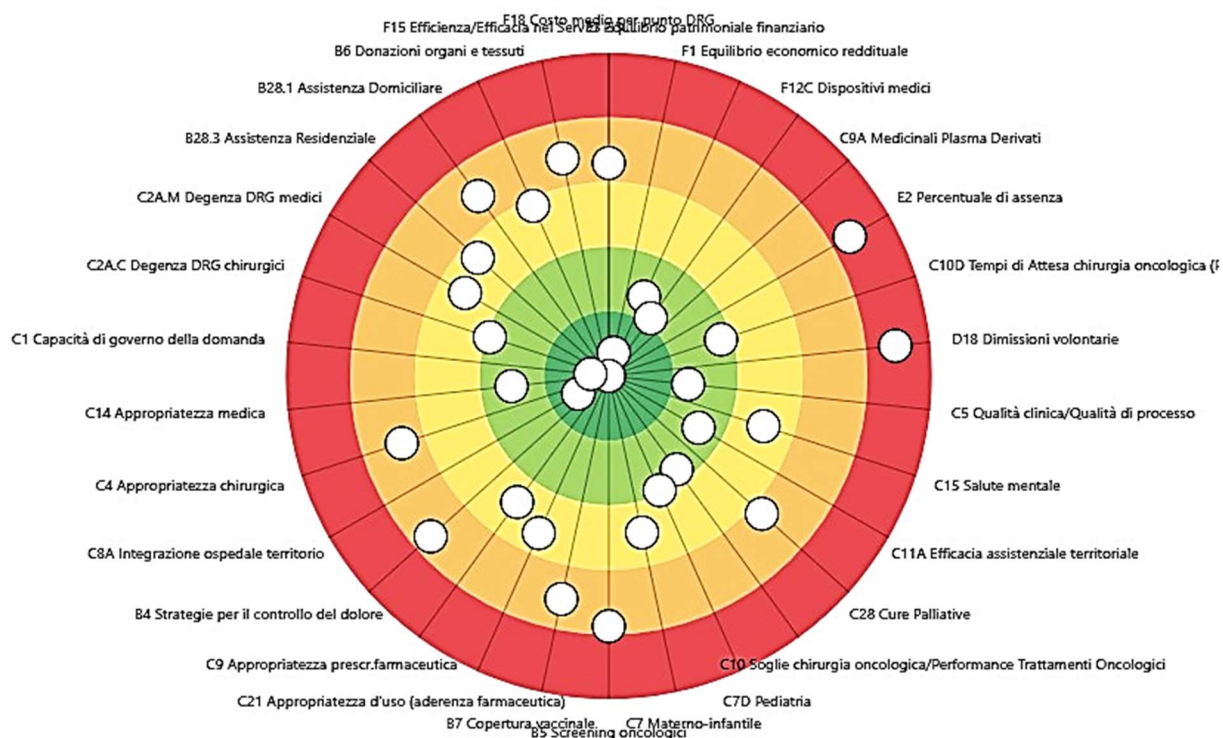
Valutazione Performance ASL Bari – Anno 2022



Valutazione Performance Regione Puglia – Anno 2023



Valutazione Performance ASL Bari – Anno 2023



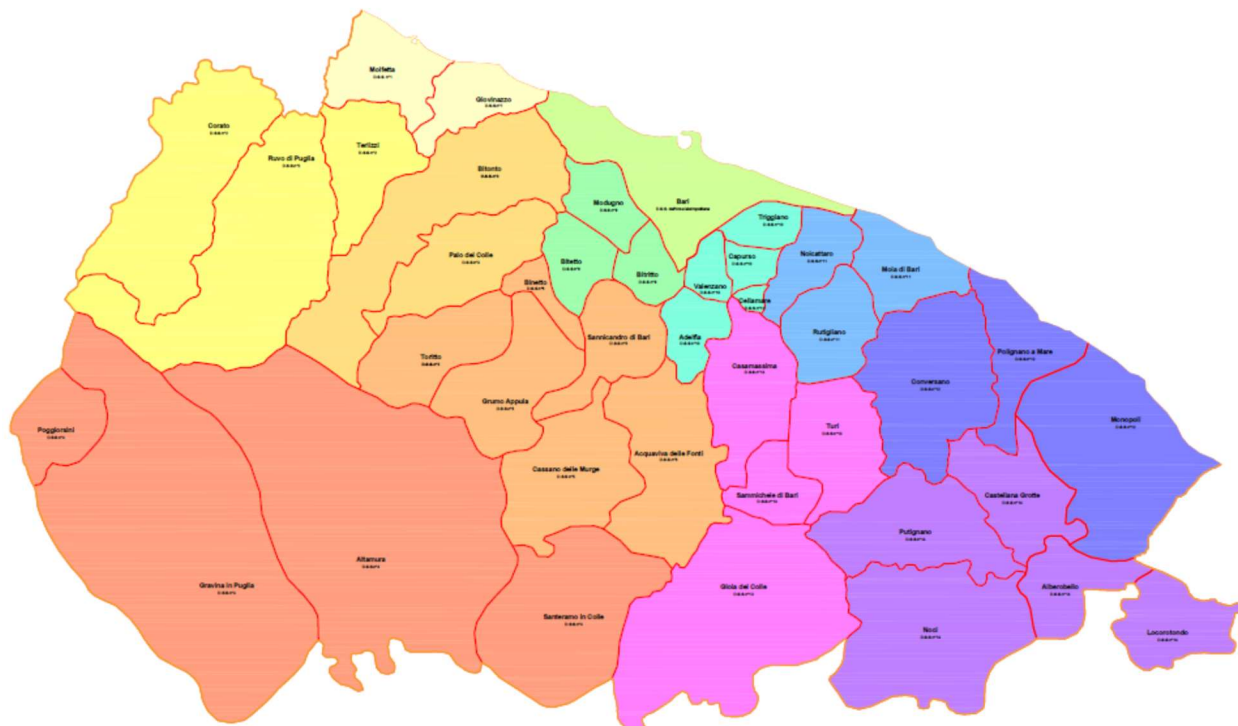
Si riporta, inoltre, di seguito, un confronto, ove possibile, sulle valutazioni degli indicatori presenti nel bersaglio, tra l'anno 2023 e l'anno 2022.

Indicatore	Anno 2023	Anno 2022
B24A Sanità digitale	ND	1,24
B28.1 Assistenza Domiciliare	1,56	0,93
B28.3 Assistenza Residenziale	2,27	2,49
B4 Strategie per il controllo del dolore	1,29	1,27
B5 Screening oncologici	1,13	ND
B6 Donazioni organi e tessuti	2,12	0,97
B7 Copertura vaccinale	1,48	2,23
C1 Capacità di governo della domanda	4,72	4,75
C10 Soglie chirurgia oncologica/Performance Trattamenti Oncologici	3,21	2,48
C10D Tempi di Attesa chirurgia oncologica (PNGLA)	3,18	3,34
C11A Efficacia assistenziale territoriale	3,40	2,86
C13 Appropriately diagnostica	ND	2,02
C14 Appropriately medica	3,49	3,47
C15 Salute mentale	2,49	1,79
C16 Emergenza-urgenza	ND	3,26
C21 Appropriately d'uso (aderenza farmaceutica)	2,34	2,19
C28 Cure Palliative	1,82	1,73
C2A.C Degenza DRG chirurgici	3,06	3,15
C2A.M Degenza DRG medici	2,43	2,12
C4 Appropriately chirurgica	1,63	1,62
C5 Qualità clinica/Qualità di processo	3,76	3,21
C7 Materno-infantile	2,53	1,99
C7D Pediatria	3,07	3,21
C8A Integrazione ospedale territorio	4,45	4,65
C9 Appropriately prescr.farmaceutica	2,59	3,64
C9A Medicinali Plasma Derivati	5,00	ND
D18 Dimissioni volontarie	0,54	0,00
D9 Abbandoni PS	ND	0,49
E2 Percentuale di assenza	0,70	2,19
F1 Equilibrio economico reddituale	3,66	3,45
F12A Efficienza prescr.farmaceutica	ND	3,54
F12C Dispositivi medici	3,90	ND
F15 Efficienza/Efficacia nei Servizi PISLL	1,56	ND
F18 Costo medio per punto DRG	1,71	1,73
F3 Equilibrio patrimoniale finanziario	4,63	4,16

Dall'analisi degli indicatori in questione si rileva un sensibile miglioramento della performance valutata su numerosi indicatori.

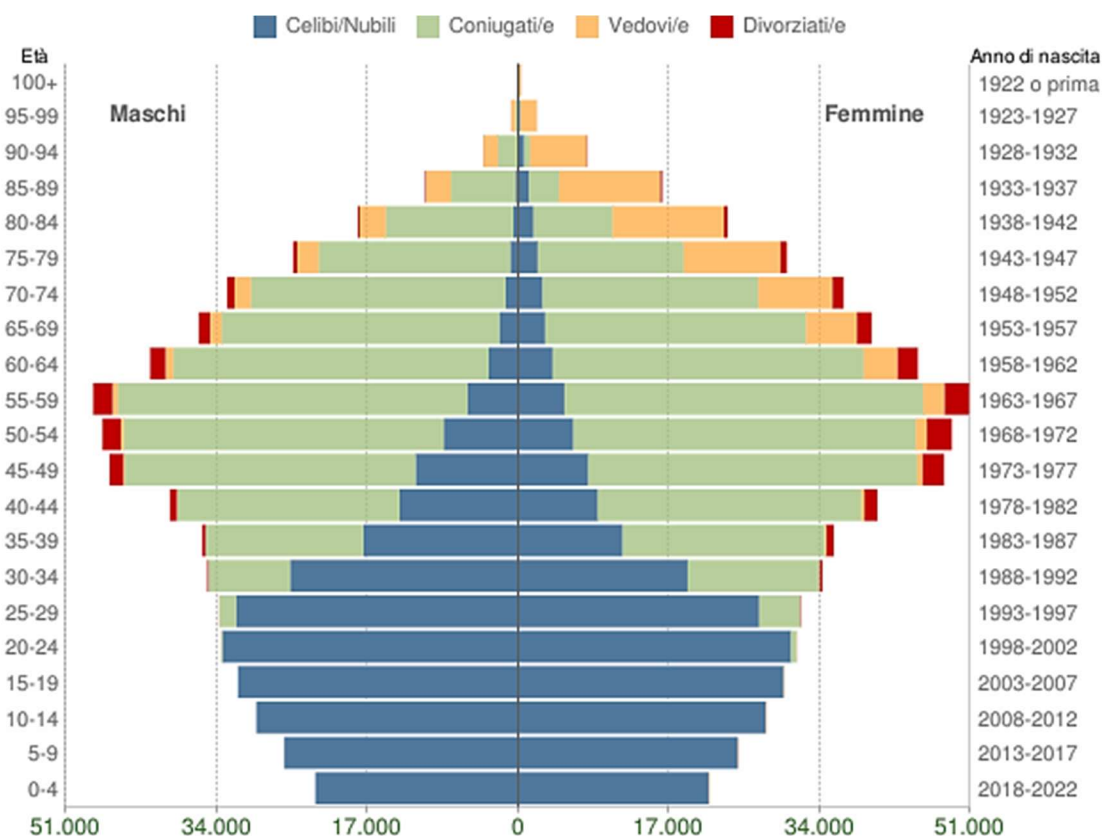
3. Contesto esterno di riferimento

La ASL Bari opera su un territorio di 3.862,88 Km², coincidente con la provincia di Bari, oggi Città Metropolitana di Bari, su cui risiedono complessivamente n.1.225.048 abitanti, con una densità pari a n.317,1 abitanti per Km², distribuiti in 41 comuni a loro volta suddivisi in n.12 Distretti Socio Sanitari.



La distribuzione della popolazione per fasce di età, al 01/01/2023 è la seguente (Fonte: ISTAT):

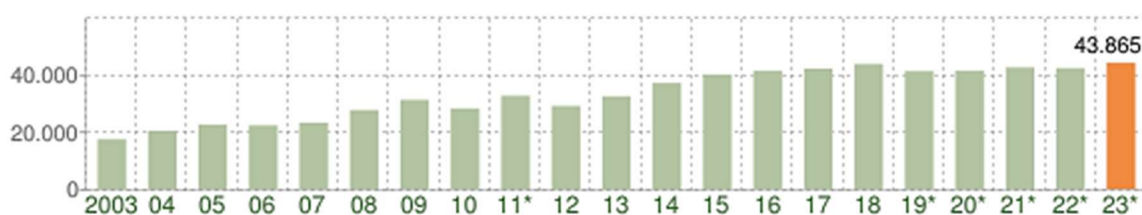
Fascia d'età	Maschi	Femmine	Totale
0	4.438	4.158	8.596
1 - 4	18.406	17.317	35.723
5 - 14	55.869	52.654	108.523
15 - 44	208.809	203.552	412.361
45 - 64	182.379	192.950	375.329
65 - 74	68.806	76.571	145.377
+ di 74	58.758	80.381	139.139
Totale	597.465	627.583	1.225.048



Popolazione per età, sesso e stato civile - 2023

CITTÀ METROPOLITANA DI BARI - Dati ISTAT 1° gennaio 2023 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

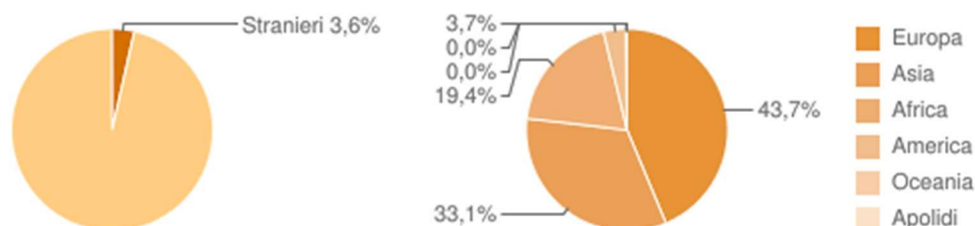
Gli stranieri residenti nella Città Metropolitana di Bari al 01/01/2023 sono n.43.865 e rappresentano il 3,6% della popolazione residente complessiva.



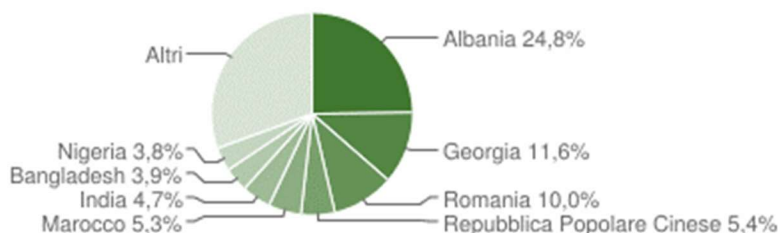
Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2023

CITTÀ METROPOLITANA DI BARI - Dati ISTAT 1° gennaio 2023 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento



La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dall'Albania con il 24,8% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dalla Georgia (11,6%) e dalla Romania (10,0%).



Di seguito si riporta la composizione dei Distretti Socio Sanitari con i Comuni di competenza e la relativa popolazione residente al 01/01/2023 (Fonte ISTAT):

DISTRETTO	Nome Comune	Fascia d'età =>		0		1 - 4		5 - 14		15 - 44		45 - 64		65 - 74		+ di 74		TOTALE		Totale per DSS
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	
DSS n.1	Giovinazzo	59	46	264	286	836	776	3.106	3.136	2.888	3.046	1.164	1.383	1.069	1.342	9.386	10.015	19.401		
	Molfetta	185	203	870	754	2.585	2.375	9.522	9.358	8.024	8.716	3.481	3.797	3.250	4.338	27.917	29.541	57.458		76.859
DSS n.2	Corato	181	158	752	713	2.362	2.126	8.423	8.273	6.992	7.382	2.405	2.741	1.887	2.684	23.002	24.077	47.079		
	Ruvo di Puglia	91	84	396	349	1.054	1.147	4.296	4.125	3.539	3.683	1.340	1.508	1.181	1.601	11.897	12.497	24.394		
	Terlizzi	95	98	386	401	1.206	1.118	4.755	4.588	3.941	3.951	1.546	1.622	1.059	1.378	12.988	13.156	26.144		97.617
DSS n.3	Bitonto	206	196	886	838	2.621	2.458	9.596	9.253	7.897	8.407	2.938	3.134	2.105	2.747	26.249	27.033	53.282		
	Palo del Colle	77	74	308	341	1.058	951	3.701	3.629	3.093	3.221	1.103	1.177	810	1.069	10.150	10.462	20.612		73.894
DSS n.4	Altamura	331	332	1.273	1.218	3.743	3.585	13.685	13.280	9.714	10.136	3.157	3.479	2.487	3.618	34.390	35.648	70.038		
	Gravina in Puglia	149	172	751	665	2.147	2.032	8.295	7.925	5.975	6.187	2.104	2.192	1.731	2.350	21.152	21.523	42.675		
	Poggiorsini	7	2	13	16	49	47	247	215	192	195	65	79	71	81	644	635	1.279		
	Santeramo in Colle	98	82	392	375	1.228	1.149	4.632	4.476	3.740	3.855	1.437	1.535	1.184	1.571	12.711	13.043	25.754		139.746
DSS n.5	Acquaviva delle Fonti	77	63	310	265	896	814	3.263	3.267	2.905	3.085	1.225	1.360	1.018	1.404	9.694	10.258	19.952		
	Binetto	5	10	38	45	122	101	383	372	307	327	112	114	87	104	1.054	1.073	2.127		
	Cassano delle Murge	53	53	233	230	742	657	2.642	2.548	2.306	2.368	901	915	584	840	7.461	7.611	15.072		
	Grumo Appula	50	38	182	179	552	519	2.284	2.038	1.847	1.837	680	689	554	716	6.149	6.016	12.165		
	Sannicandro di Bari	35	36	183	140	475	405	1.835	1.620	1.472	1.429	537	534	388	500	4.925	4.664	9.589		
	Toritto	31	36	137	119	350	364	1.440	1.403	1.150	1.221	466	463	386	484	3.960	4.090	8.050		66.955
DSS di Bari	Bari	1.083	1.000	4.320	4.008	13.307	12.662	51.439	49.508	47.239	51.673	18.113	21.187	16.800	24.397	152.301	164.435	316.736		316.736
DSS n.9	Bitetto	43	46	180	192	620	626	2.057	2.106	1.781	1.744	606	673	462	627	5.749	6.014	11.763		
	Bitritto	49	39	239	197	556	557	1.941	1.982	1.742	1.860	631	650	398	488	5.556	5.773	11.329		
	Modugno	130	119	512	512	1.774	1.689	5.948	6.054	5.465	5.653	2.068	2.486	1.772	2.152	17.669	18.665	36.334		59.426
DSS n.10	Adelfia	75	61	237	244	753	698	2.764	2.730	2.534	2.721	939	978	773	1.011	8.075	8.443	16.518		
	Capurso	57	43	236	218	709	707	2.472	2.557	2.313	2.419	899	978	715	916	7.401	7.838	15.239		
	Cellamare	38	21	110	103	303	302	1.035	1.057	941	990	259	260	168	222	2.854	2.955	5.809		
	Triggiano	76	93	356	394	1.169	1.097	4.228	4.302	3.978	4.275	1.495	1.657	1.170	1.607	12.472	13.425	25.897		
	Valenzano	53	54	257	221	768	688	2.846	2.834	2.650	2.899	999	1.143	844	1.090	8.417	8.929	17.346		80.809
DSS n.11	Mola di Bari	68	59	318	313	1.021	933	4.010	3.780	3.758	3.909	1.500	1.617	1.389	1.765	12.064	12.376	24.440		
	Noicattaro	100	100	450	394	1.267	1.189	4.690	4.606	3.920	4.090	1.418	1.395	1.013	1.303	12.858	13.077	25.935		
	Rutigliano	90	80	293	304	863	801	3.247	3.184	2.665	2.818	1.015	1.038	846	1.062	9.019	9.287	18.306		68.681
DSS n.12	Conversano	89	83	417	359	1.198	1.170	4.325	4.246	3.976	4.070	1.321	1.575	1.323	1.604	12.649	13.107	25.756		
	Monopoli	170	144	659	666	2.059	1.912	7.886	7.833	7.474	7.702	2.780	3.063	2.378	3.278	23.406	24.598	48.004		
	Polignano a Mare	67	52	280	247	752	733	2.933	2.972	2.724	2.779	999	1.090	841	1.081	8.596	8.954	17.550		91.310
DSS n.13	Casamassima	72	72	288	285	1.006	899	3.291	3.320	3.038	3.106	986	1.065	851	1.039	9.532	9.786	19.318		
	Gioia del Colle	93	86	368	350	1.197	1.069	4.335	4.061	3.943	4.183	1.621	1.814	1.460	2.035	13.017	13.598	26.615		
	Sammichele di Bari	10	25	81	69	236	207	931	902	875	917	347	439	428	564	2.908	3.123	6.031		
	Turi	46	45	198	168	561	611	2.089	2.132	2.023	2.081	730	795	646	856	6.293	6.688	12.981		64.945
DSS n.14	Alberobello	41	35	143	139	401	392	1.623	1.600	1.531	1.592	651	709	582	829	4.972	5.296	10.268		
	Castellana Grotte	69	66	305	287	872	832	3.256	3.251	2.960	3.072	1.118	1.264	908	1.265	9.488	10.037	19.525		
	Locorotondo	54	52	214	178	646	562	2.279	2.201	2.042	2.221	842	905	728	1.013	6.805	7.132	13.937		
	Noci	58	41	244	212	732	688	2.998	2.897	2.785	2.972	1.151	1.246	941	1.403	8.909	9.459	18.368		
	Putignano	77	59	327	323	1.073	1.006	4.081	3.931	4.040	4.158	1.657	1.822	1.471	1.947	12.726	13.246	25.972		88.070
Totale		4.438	4.158	18.406	17.317	55.869	52.654	208.809	203.552	182.379	192.950	68.806	76.571	58.758	80.381	597.465	627.583	1.225.048		1.225.048

Si riportano, inoltre, i principali indici demografici della popolazione della Città Metropolitana di Bari, calcolati sulla base delle rilevazioni ISTAT (Fonte: tuttitalia.it).

Anno	Indice di vecchiaia *	Indice di dipendenza strutturale**	Indice di ricambio della popolazione attiva***	Indice di struttura della popolazione attiva****	Indice di natalità (x 1.000 ab.)	Indice di mortalità (x 1.000 ab.)
2002	87,6	47,1	77,8	80,0	10,6	7,7
2003	90,7	47,5	79,5	81,7	10,5	7,9
2004	93,4	47,4	79,5	83,4	10,4	7,3
2005	96,0	47,4	79,5	85,6	9,9	7,6
2006	99,4	47,8	79,8	88,9	9,6	7,6
2007	102,7	47,9	84,2	92,0	9,6	7,9
2008	105,6	47,8	87,9	94,6	9,5	7,9
2009	108,7	47,9	95,6	97,9	8,0	7,1
2010	117,2	48,2	104,6	102,5	9,2	8,0
2011	120,6	48,5	109,3	105,0	9,1	8,3
2012	126,5	49,2	111,3	109,4	8,7	8,3
2013	131,2	50,0	112,7	112,0	8,4	8,3
2014	136,3	50,6	111,3	114,0	8,2	8,6
2015	141,6	51,1	113,0	118,2	7,9	9,1
2016	147,1	51,6	113,4	121,0	7,9	8,6
2017	152,7	52,1	116,7	124,0	7,7	9,3
2018	157,4	52,6	120,9	126,9	7,5	9,1
2019	163,0	53,1	123,5	129,6	7,2	9,3
2020	169,6	53,7	127,4	131,9	6,8	10,6
2021	174,4	54,8	131,3	133,8	6,9	11,6
2022	179,8	55,0	136,8	135,7	7,0	10,7
2023	186,2	55,5	140,7	136,9	n.d.	n.d.

*** Indice di vecchiaia**

Rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero degli ultrassessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni. *Ad esempio, nel 2023 l'indice di vecchiaia per la città metropolitana di Bari dice che ci sono 186,2 anziani ogni 100 giovani.*

**** Indice di dipendenza strutturale**

Rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni). *Ad esempio, teoricamente, nella città metropolitana di Bari nel 2023 ci sono 55,5 individui a carico, ogni 100 che lavorano.*

***** Indice di ricambio della popolazione attiva**

Rappresenta il rapporto percentuale tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (60-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-19 anni).

****** Indice di struttura della popolazione attiva**

Rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione in età lavorativa. È il rapporto percentuale tra la parte di popolazione in età lavorativa più anziana (40-64 anni) e quella più giovane (15-39 anni).

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

Questi fondamentali indicatori, non dimenticando gli indici di ricambio e di struttura della popolazione attiva, determinano il profilo della comunità assistenziale servita dall'Azienda ASL Bari e devono essere il principio ispiratore di tutte le decisioni strategiche aziendali, determinando un costante e progressivo adeguamento della struttura dell'offerta sanitaria, orientando le risorse disponibili al potenziamento delle prestazioni legate alla cura della cronicità e della non autosufficienza, nel rispetto delle linee guida nazionali e regionali.

Evidentemente, il profilo demografico e la tendenza epidemiologica rappresentati determinano precisi risvolti economico-finanziari, che devono essere necessariamente tenuti in

considerazione nelle attività di pianificazione e programmazione; a titolo esemplificativo ma non esaustivo si rappresenta che, tenendo presente tutte le tipologie di esenzione, il numero di esenzioni da ticket, nell'esercizio 2023, è stato pari a n.224.650 unità per motivi di età e di reddito e n.798.792 per altri motivi. Va precisato che alcuni cittadini beneficiano di più esenzioni.

La tabella che segue contiene per le principali cause di morte nel territorio di competenza dell'ASL Bari: l'ultimo dato disponibile (fonte: ISTAT) è riferito al 2021

ANNO 2021		
Patologia	Morti	Quoziente di mortalità (per 10.000 abitanti)
alcune malattie infettive e parassitarie	291	2,37
tumori	3.206	26,1
malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sist.immunitario	81	0,66
malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	863	7,02
disturbi psichici e comportamentali	405	3,3
malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	799	6,5
malattie del sistema circolatorio	4.217	34,33
malattie del sistema respiratorio	816	6,64
malattie dell'apparato digerente	473	3,85
malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	41	0,33
malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	74	0,6
malattie dell'apparato genitourinario	299	2,43
alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	18	0,15
malformazioni congenite ed anomalie cromosomiche	22	0,18
sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	395	3,22
Covid-19	1.761	14,33
cause esterne di traumatismo e avvelenamento	533	4,34
TOTALE	14.294	116,35

4. Generalità sulla struttura organizzativa aziendale

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

- le strutture dei Dipartimenti Territoriali di Prevenzione, della Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche distribuite nel territorio aziendale;
- n.12 Distretti Socio Sanitari in cui è suddiviso il territorio dell'ASL;
- n.7 Ospedali a gestione diretta
- n.1 Ospedale classificato o assimilato ai sensi dell'art.1, ultimo comma, della Legge n. 132/1968 – “Ente Eccl.Osp.Gen.Reg.'Miulli”
- n.1 Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico - “Salvatore Maugeri”
- il privato accreditato.

La Direzione Aziendale della ASL Bari opera avvalendosi di una struttura organizzativa composta dei seguenti Servizi di Staff, giusta D.D.G.n.446 del 28/02/2024:

- Affari Generali
- Controllo di Gestione
- Struttura Burocratico-Legale
- Servizio delle Professioni Sanitarie Ospedaliero-Territoriali
- Cyber Sicurezza

L'organizzazione tecnico-amministrativa si basa sulla strutturazione di 3 Dipartimenti, giusta D.D.G.n.446 del 28/02/2024:

- Dipartimento Amministrativo al quale afferiscono:
 - Area Gestione Risorse Umane
 - Area Gestione Risorse Finanziarie
 - Direzione Amministrativa P.O. Di Venere-Monopoli-Putignano
 - Direzione Amministrativa P.O. S. Paolo-Molfetta-Corato-Murgia
- Dipartimento sicurezza e qualità al quale afferiscono:
 - Fisica Sanitaria
 - Medicina forense, gestione Rischio Clinico, Sistema Qualità e Formazione
 - Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale
 - Medicina preventiva dei lavoratori e Sorveglianza Sanitaria
- Dipartimento investimenti, acquisti e tecnologie al quale afferiscono:
 - Area Gestione Patrimonio
 - Area Gestione Tecnica
 - Ingegneria Clinica
 - Sistemi Informativi
- Dipartimento Governo della domanda e offerta sanitaria al quale afferiscono:
 - Area Servizio Sociosanitario
 - Gestione Amministrativa Rapporti Convenzionali con il Privato Accreditato
 - Centro Territoriale Malattie Rare
 - Servizio di informazione e comunicazione istituzionale
 - Governo liste d'attesa
 - U.O.S.E. (Unità Operativa Statistica ed Epidemiologia)
 - U.V.A.R.P. (Unità di valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni sanitarie in ambito pubblico e privato)
 - Programmazione, innovazione e continuità ospedale-territorio

L'organizzazione sanitaria, giusta D.D.G.n.446/2024, si articola nei seguenti

Dipartimenti Ospedalieri o misti:

- Dipartimento di Area Chirurgica
- Dipartimento Nefrourologico
- Dipartimento di Ortopedia
- Dipartimento di Area Medica
- Dipartimento di Area Medica Specialistica
- Dipartimento Cardiovascolare
- Dipartimento Neuro-Vascolare
- Dipartimento Neurosensoriale
- Dipartimento Medicina dell'età evolutiva
- Dipartimento Gestione Avanzata Rischio Riproduttivo e Gravidanze a Rischio
- Dipartimento di Emergenza-Urgenza
- Dipartimento di Anestesia e Rianimazione
- Dipartimento della Radiodiagnostica
- Dipartimento di Medicina di Laboratorio e Trasfusionale
- Dipartimento Gestione del Farmaco
- Dipartimento delle Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero

e nei seguenti Dipartimenti Territoriali:

- Dipartimento di Assistenza Territoriale, al quale afferiscono, tra le altre UU.OO.CC., n.12 Distretti Socio Sanitari
- Dipartimento di Riabilitazione
- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento delle Dipendenze Patologiche
- Dipartimento di Salute Mentale

5. Analisi delle risorse

• Risorse economiche

Premesso che con deliberazione del Direttore Generale n.2559 del 30/12/2022 è stato approvato il bilancio di previsione per l'esercizio 2023 della ASL di Bari, di seguito si riepiloga il confronto tra il CE preventivo ed il CE consuntivo relativi all'esercizio 2023 approvato con D.D.G.n.887 del 30/04/2024.

Valori in €/mgl.	Consuntivo 2023	Preventivo 2023	Consuntivo 2022
Valore della Produzione	2.643.170	2.579.905	2.599.387
Costi della Produzione	2.618.558	2.620.548	2.555.810
Differenza tra Valore e Costo della Produzione	24.612	-40.643	43.577
Proventi ed oneri finanziari	-918	-328	1.388
Rettifiche di valore di attività finanziarie	-	-	-
Proventi ed oneri straordinari	11.952	-	-10.149
Imposte sul reddito dell'esercizio	35.572	38.658	34.802
Utile/(Perdita) d'esercizio	74	-79.629	14

Fonte: Bilancio esercizio 2023 – D.D.G.n.887 del 30/04/2024

Per quanto attiene il Valore della Produzione si rileva un incremento di circa il 1,7% nell'esercizio 2023 rispetto all'esercizio 2022 determinato principalmente dalla maggiore assegnazione regionale.

Il Valore della Produzione dell'esercizio 2023, unitamente alle variazioni degli altri ricavi e costi, determina il sostanziale equilibrio di bilancio con un utile di €/mgl.74.

Di seguito è riportato il confronto tra i costi del C.E. consuntivo 2023 ed il CE consuntivo 2022.

	BILANCIO 2023	BILANCIO 2022	Scostam.
A) VALORE DELLA PRODUZIONE			
1) Contributi in c/esercizio	2.439.600	2.424.671	0,6%
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-3.028	-30.438	-90,1%
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	7.783	9.329	-16,6%
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	120.565	96.850	24,5%
5) Concorsi, recuperi e rimborsi	31.478	54.987	-42,8%
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	9.162	8.640	6,0%
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	26.828	23.033	16,5%
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0	0	
9) Altri ricavi e proventi	10.783	12.315	-12,4%
Totale A)	2.643.170	2.599.387	1,7%
B) COSTI DELLA PRODUZIONE			
1) Acquisti di beni	553.039	511.182	8,2%
a) Acquisti di beni sanitari	548.682	506.920	8,2%
b) Acquisti di beni non sanitari	4.357	4.263	2,2%
2) Acquisti di servizi sanitari	1.310.710	1.280.858	2,3%
a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	154.474	162.346	-4,8%
b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	175.809	175.383	0,2%
c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	188.351	175.042	7,6%
d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	45.875	45.026	1,9%
e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	1.865	5.241	-64,4%
f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	15.436	15.382	0,4%
g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	453.151	434.382	4,3%
h) Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	49.574	43.642	13,6%
i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci	83.775	86.727	-3,4%
j) Acquisti prestazioni termali in convenzione	1.604	1.244	28,9%
k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	23.379	18.657	25,3%
l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	78.015	64.095	21,7%
m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	4.121	3.519	17,1%
n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari	21.317	29.241	-27,1%
o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	10.078	11.691	-13,8%
p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	3.886	9.239	-57,9%
q) Costi per differenziale Tariffe TUC	0	0	0,0%
3) Acquisti di servizi non sanitari	119.686	128.952	-7,2%
a) Servizi non sanitari	119.296	128.210	-7,0%
b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	0	286	-100,0%
c) Formazione	390	457	-14,7%
4) Manutenzione e riparazione	29.405	24.378	20,6%
5) Godimento di beni di terzi	20.979	18.401	14,0%
6) Costi del personale	518.159	504.929	2,6%
a) Personale dirigente medico	180.836	176.117	2,7%
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	23.089	20.039	15,2%
c) Personale comparto ruolo sanitario	225.511	222.819	1,2%
d) Personale dirigente altri ruoli	6.410	6.407	0,0%
e) Personale comparto altri ruoli	82.314	79.547	3,5%
7) Oneri diversi di gestione	8.346	8.940	-6,6%
8) Ammortamenti	32.021	28.741	11,4%
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	4.308	4.154	3,7%
b) Ammortamenti dei Fabbricati	13.232	13.184	0,4%
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	14.481	11.403	27,0%
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	889	712	24,8%
10) Variazione delle rimanenze	-9.534	-5.980	59,4%
a) Variazione delle rimanenze sanitarie	-9.106	-5.895	54,5%
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	-428	-85	400,9%
11) Accantonamenti	34.858	54.697	-36,3%
a) Accantonamenti per rischi	13.257	28.041	-52,7%
b) Accantonamenti per premio operosità	1.970	1.120	75,9%
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	145	1.129	-87,2%
d) Altri accantonamenti	19.486	24.408	-20,2%
Totale B)	2.618.559	2.555.810	2,5%
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	24.611	43.577	-43,5%
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI	0	0	
Totale C)	-918	1.388	-166,1%
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE	0	0	
Totale D)	0	0	0,0%
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	0	0	
1) Proventi straordinari	31.758	17.877	77,6%
2) Oneri straordinari	19.806	28.026	-29,3%
Totale E)	11.952	-10.149	-217,8%
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO	0	0	
Totale Y)	35.572	34.802	2,2%
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	74	14	

• Risorse umane

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

Il numero medio del personale dipendente in servizio presso l'Azienda Sanitaria Locale di Bari nel corso del 2022 è stato pari a n. 9.207 unità e nel corso del 2023 è stato pari a n.9.197 unità.

	2021					2022						2023					
Area	Ruolo Sanit.	Ruolo Tecn.	Ruolo Profess.	Ruolo Amm.vo	TOT.	Ruolo Sanit.	Ruolo Tecn.	Ruolo Profess.	Ruolo Amm.vo	Ruolo Socios.	TOT.	Ruolo Sanit.	Ruolo Tecn.	Ruolo Profess.	Ruolo Amm.vo	Ruolo Socios.	TOT.
Direzione e Aree di Gest.	114	197	11	207	529	103	181	13	199	8	504	121	173	11	215	8	528
Prevenzione	430	30	1	80	540	482	26	1	70	2	581	476	27	1	64	2	570
Assist. Ospedaliera	3.902	915	-	175	4.992	3.871	304	-	160	648	4.983	3.869	279	-	157	655	4.960
Assist. Territoriale	2.425	435	-	297	3.158	2.451	225	-	251	212	3.139	2.451	214	-	259	215	3.139
TOTALE AZIENDA	6.871	1.577	12	759	9.219	6.907	737	14	680	869	9.207	6.917	693	12	695	880	9.197

Numero medio di personale in servizio nel corso dell'anno

Fonte: Controllo di gestione

Riepilogo per Sesso

Rispetto all'analisi per genere del personale dipendente per l'anno 2023 si evidenzia un ulteriore incremento del personale di sesso femminile in valore assoluto ed in percentuale.

Anno	2021		2022		2023	
Sesso	N	%	N	%	N	%
Donne	5.812	63,0%	5.860	63,6%	5.900	64,2%
Uomini	3.407	37,0%	3.347	36,4%	3.297	35,8%
Totale	9.219	100,0%	9.207	100,0%	9.197	100,0%

Fonte: Controllo di gestione

Riepilogo per età

Rispetto all'analisi per età del personale dipendente, di seguito rappresentata, si rileva che la classe di età maggiormente popolata nel 2023 è quella dai 50 ai 59 anni con una percentuale pari a quasi il 32% del totale. Il personale dipendente appartenente alla fascia d'età al di sopra dei 50 anni per il 2023 è di poco inferiore al 50%, di cui quasi il 18% al di sopra dei 60 anni.

Anno	2021		2022		2023	
Decade	N	%	N	%	N	%
20-29	682	7,4%	592	6,4%	482	5,2%
30-39	1.770	19,2%	1.911	20,8%	1.988	21,6%
40-49	2.137	23,2%	2.153	23,4%	2.154	23,4%
50-59	2.953	32,0%	2.923	31,7%	2.938	31,9%
>60	1.677	18,2%	1.628	17,7%	1.635	17,8%
Totale	9.219	100,0%	9.207	100,0%	9.197	100,0%

Fonte: Controllo di gestione

Riepilogo per Tipo rapporto di lavoro

Di seguito si riporta l'analisi del personale dipendente relativamente al tipo di rapporto di lavoro:

	2021			2022			2023		
Qualifica	Determinato	Indeterminato	Totale	Determinato	Indeterminato	Totale	Determinato	Indeterminato	Totale
Dirigenti Medici	137	1.489	1.626	136	1.543	1.679	89	1.608	1.697
Dirigenti Sanitari non Medici	66	198	264	61	193	254	8	261	269
Pers. Comparto Infermieri	544	3.131	3.675	523	3.134	3.657	120	3.530	3.650
Pers. Tecnico Sanitario	2	369	371	12	346	358	28	343	371
Altro Pers. Di comparto	61	874	935	52	907	959	1	929	930
Totale Ruolo Sanitario	810	6.061	6.871	784	6.123	6.907	246	6.671	6.917
Dirigenti		8	8		8	8		8	8
Personale di Comparto	3	1.566	1.569	3	726	729	2	683	685
Totale Ruolo Tecnico	3	1.574	1.577	3	734	737	2	691	693
Dirigenti		11	11		11	11		10	10
Personale di Comparto		1	1	1	2	3	1	1	2
Totale Ruolo Professionale	0	12	12	1	13	14	1	11	12
Dirigenti		30	30		32	32		33	33
Personale di Comparto	73	656	729	71	577	648	33	629	662
Totale Ruolo Amministrativo	73	686	759	71	609	680	33	662	695
Personale di Comparto Sociosanit.			0		869	869		880	880
Totale Ruolo Sociosanit.	0	0	0	0	869	869	0	880	880
TOTALE AZIENDA	886	8.333	9.219	859	8.348	9.207	282	8.915	9.197

Numero medio di personale in servizio nel corso dell'anno

Fonte: Controllo di gestione

Sorveglianza sanitaria

I giudizi di idoneità condizionati formulati nell'ambito dell'attività di sorveglianza sanitaria e di radioprotezione medica negli anni dal 2021 al 2023 sono di seguito riportati.

	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
Num. medio dipendenti	9219	9207	9197
Num. giudizi idoneità condizionati	289	226	303
Incidenza %	3,1%	2,5%	3,3%

Fonte: U.O. Sorveglianza Sanitaria

Formazione

Di seguito si riportano alcuni dati relativi all'attività di formazione del personale dipendente precisando che la riduzione del numero dei corsi del 2021 e del 2022 è da attribuirsi allo stato di emergenza sanitaria pandemica.

ANNO	N. corsi	N. edizioni	N. partecipanti
2021	37	234	4246
2022	59	215	4498
2023*	153	366	10.024

* dato in fase di consolidamento

Fonte: U.O. Formazione

• Spese per il personale

Nell'esercizio 2023 la spesa del personale è aumentata del 2,60% rispetto a quella del 2022 per l'incremento dei costi del personale del ruolo sanitario, ed in parte del ruolo tecnico e sociosanitario.

Nel prospetto di seguito riportato si evidenzia l'evoluzione del costo del Personale dipendente (comprensivo di oneri a carico azienda ed IRAP), nel corso del periodo 2018-2023:

Esercizi =>	2018	Incidenza	2019	Incidenza	2020	Incidenza
Ruolo Sanitario	385.159.585,32	82,79%	394.011.755,73	83,28%	403.447.856,17	83,41%
Ruolo Professionale	1.314.924,75	0,28%	1.231.508,66	0,26%	1.251.014,92	0,26%
Ruolo Tecnico	46.711.381,85	10,04%	46.298.314,04	9,79%	48.043.450,74	9,93%
Ruolo Amministrativo	32.051.373,28	6,89%	31.548.183,96	6,67%	30.931.231,67	6,40%
Totale	465.237.265,20	100,00%	473.089.762,39	100,00%	483.673.553,51	100,00%
Scostamento rispetto all'anno precedente			1,69%		2,24%	

Esercizi =>	2021	Incidenza	2022	Incidenza	2023	Incidenza
Ruolo Sanitario	431.634.740,80	82,51%	444.050.706,30	82,98%	455.030.920,66	82,88%
Ruolo Professionale	1.682.579,18	0,32%	1.961.066,49	0,37%	1.554.554,04	0,28%
Ruolo Tecnico e Sociosanitario	57.479.243,57	10,99%	59.386.314,29	11,10%	62.887.649,29	11,45%
Ruolo Amministrativo	32.335.485,08	6,18%	29.750.972,86	5,56%	29.569.664,52	5,39%
Totale	523.132.048,63	100,00%	535.149.059,93	100,00%	549.042.788,51	100,00%
Scostamento rispetto all'anno precedente	8,16%		2,30%		2,60%	
Scostamento anni 2018-2023					18,01%	

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

• Risorse Tecnologiche principali

Le grandi attrezzature biomedicali installate nel 2023 nell'ASL Bari sono riportate di seguito:

- n.6 Sistemi per angiografia
- n.2 Gamma camera computerizzate
- n.17 Mammografi digitali
- n.5 R.M.
- n.15 T.A.C.

Risorse ICT

Le tecnologie ICT sono quantificate in:

- circa n.6500 postazioni lavoro (PC)
- circa 250 postazioni mobili (Portatili, Tablet etc.)
- circa n.7500 apparecchi telefonici con tecnologia IP
- n.20 server fisici
- circa n.140 server virtuali.

6. Assistenza Ospedaliera

6.1 Dati di struttura

Il bilancio dell'ASL Bari comprende, tra l'altro, i costi relativi a n.7 Ospedali a gestione diretta, n.2 Plessi di Post Acuzie (P.P.A.), n.5 Case di Cura convenzionate accreditate, n.1 Ospedale classificato o assimilato ai sensi dell'art.1, ultimo comma, della Legge n. 132/1968 ed n.1 Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico privato.

I posti letto medi del 2023 esistenti ed utilizzabili nelle strutture a gestione diretta sono pari a n.1033, di cui n.20 dedicati all'emergenza sanitaria causata dalla diffusione del virus CoVID-19, così suddivisi:

Ospedali a gestione diretta	P.L. ordinari	P.L. CoVID-19	Day Hospital	Day Surgery
Ospedale (I liv.) della Murgia – Altamura	163	16	1	0
Ospedale (I liv.) San Paolo - Bari	189	0	0	0
Ospedale (Base) Don Tonino Bello - Molfetta	66	0	0	0
Ospedale (I liv.) Umberto I - Corato	65	0	2	0
Plesso di Post-Acuzie Michele Sarcone - Terlizzi	40	0	0	0
Ospedale (Base) San Giacomo - Monopoli	142	0	1	0
Ospedale (Base) Santa Maria degli Angeli - Putignano	85	4	0	0
Ospedale (I liv.) Di Venere - Bari	230	0	4	7
Plesso di Post-Acuzie Francesca Fallacara - Triggiano	18	0	0	0
Totale	998	20	8	7

I posti letto accreditati delle strutture convenzionate sono pari a n.886 così suddivisi:

Ospedali convenzionati	P.L. ordinari	Day Hospital	Day Surgery)
Santa Maria	152	0	0
C. di C. Villa Lucia	80	0	0
C. di C. Anthea	100	0	0
Totale Gruppo Villa Maria	332	0	0
C. di C. Monte Imperatore	95	0	0
CBH Mater Dei	447	0	12
Totale	874	0	12

I posti letto dell'Ente Ecclesiastico "Miulli, Ospedale classificato o assimilato ai sensi dell'art.1, ultimo comma, della Legge n. 132/1968, giusta Mod. HSP 12 del 2023, sono pari a n.686, di cui n.108 dedicati all'emergenza sanitaria causata dalla diffusione del virus CoVID-19, così suddivisi:

	P.L. ordinari	P.L. CoVID-19	Day Hospital	Day Surgery
ENTE ECCL.OSP.GEN.REG.'MIULLI'	540	108	16	22

I posti letto dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "Salvatore Maugeri" di Bari sono pari a n.230:

	P.L. ordinari	Day Hospital	Day Surgery
IRCCS FONDAZIONE 'S. MAUGERI'	230	0	0

6.2 Dati di attività e indicatori

La completa ripresa nella erogazione di prestazioni sanitarie avvenuta nel 2023, rispetto agli anni precedenti caratterizzati dalla emergenza sanitaria pandemica, spiega il sensibile incremento del numero di ricoveri rilevato nel 2023 rispetto all'anno precedente.

In tale ambito si ritiene utile riportare i dati relativi all'attività di ricovero riferiti agli ospedali a gestione diretta in numero di dimessi (Tabella n.1) e in valore dei ricoveri (Tabella n.2) degli anni 2022-2023 con indicazione dei dati riferiti al 2019 ovvero al periodo pre-pandemico:

TABELLA 1 – Numero dimessi

	Anno 2019	Anno 2022	Anno 2023	Variazione percentuale 2022-2023
Dimessi Ordinari (Ord.+Lungod.+Riab.)	41.912	36.846	40.106	8,8%
Dimessi Nido	3.806	4.181	4.281	2,4%
Dimessi DH	1.257	1.504	1.886	25,4%
Dimessi Terapia Intensiva	837	1.236	1.150	-7,0%
Totale	47.812	43.767	47.423	8,4%

TABELLA 2 – Valore ricoveri

	Anno 2019	Anno 2022	Anno 2023	Variazione percentuale 2022-2023
Dimessi Ordinari (Ord.+Lungod.+Riab.)	132.911.005,82	134.875.358,45	148.911.959,70	10,4%
Dimessi Nido	2.439.476,76	3.192.965,00	3.280.247,00	2,7%
Dimessi DH	697.249,91	752.771,00	956.209,50	27,0%
Dimessi Terapia Intensiva	8.551.753,42	10.317.957,00	10.620.722,00	2,9%
Totale	144.599.485,91	149.139.051,45	163.769.138,20	9,8%

Nel 2023 i ricoveri risultano complessivamente in incremento per oltre il 8% nel numero e per quasi il 10% nel valore: solo quelli relativi alla Terapia Intensiva erano in numero maggiore nel 2022 a causa dell'emergenza sanitaria pandemica. Inoltre sebbene il numero dei ricoveri del 2023 sia solo leggermente inferiore a quello del 2019, il valore degli stessi del 2023 risulta superiore rivelando un incremento dei ricoveri con peso (complessità) più elevato.

Per una più analitica valutazione si riportano, di seguito, i principali indicatori relativi all'attività ospedaliera degli ospedali a gestione diretta del 2023, confrontati con i rispettivi dati del 2022:

Anno 2023																			
Descrizione Stabilimento	Peso medio	D.M. Acuti	D.M. Riab.	D.M. preop.	Indice occup.	% DRG chir.	Ind. attraz.	% T.C.	% T.C. primari	% T.C. NTSV	Rapp. DRG rischio inappr.	% Fratt. femore operate >65aa	D.M. preop. Tibia-Perone	% Col. Lapar.	% Col. Lap. 3 gg	% abband. PS	% Dim. Vol.	% Prescr. I Ciclo	% PTCA 2 gg
Ospedale "San Paolo" - Bari	1,23	5,97		1,26	81,57%	45,11%	9,89%	33,66%	21,69%	24,22%	0,11	96,93%	2,56	88,55%	70,69%	4,94%	1,29%	60,23%	75,08%
Ospedale di Molfetta	1,22	7,98		2,02	84,06%	52,65%	11,16%				0,21	89,47%	2,74	98,80%	89,02%	7,41%	2,24%	62,16%	0,00%
Ospedale di Corato	0,82	5,49		0,93	55,92%	26,02%	19,52%	39,10%	25,48%	33,01%	0,10			100,00%	100,00%	3,18%	1,46%	53,54%	0,00%
Ospedale di Terlizzi			13,85		64,88%		9,73%										0,76%	137,98%	
Ospedale "Di Venere" - Bari	1,29	7,26		1,95	102,66%	45,79%	12,75%	30,42%	21,78%	16,85%	0,09	99,29%	2,57	82,74%	54,68%	6,93%	1,31%	57,51%	70,04%
Ospedale di Triggiano					54,34%												3,29%	42,11%	
Ospedale della Murgia	1,16	6,33		1,46	67,96%	39,49%	9,02%	26,50%	16,37%	19,50%	0,13	96,34%	3,80	97,04%	64,89%	5,05%	1,10%	49,04%	68,99%
Ospedale di Monopoli	1,10	5,88		1,35	63,96%	37,76%	20,05%	30,27%	22,31%	26,07%	0,13	98,89%	1,59	85,58%	7,87%	6,27%	1,69%	53,02%	0,00%
Ospedale di Putignano	1,52	9,44		1,46	79,95%	49,11%	7,47%				0,13			94,95%	72,34%	3,04%	1,52%	58,02%	0,00%

Anno 2022																			
Descrizione Stabilimento	Peso medio	D.M. Acuti	D.M. Riab.	D.M. preop.	Indice occup.	% DRG chir.	Ind. attraz.	% T.C.	% T.C. primari	% T.C. NTSV	Rapp. DRG rischio inappr.	% Fratt. femore operate >65aa	D.M. preop. Tibia-Perone	% Col. Lapar.	% Col. Lap. 3 gg	% abband. PS	% Dim. Vol.	% Prescr. I Ciclo	% PTCA 2 gg
Ospedale "San Paolo" - Bari	1,28	5,92		1,33	75,40%	46,67%	9,64%	41,10%	28,12%	35,74%	0,11	93,36%	2,23	94,07%	79,28%	3,05%	1,63%	52,33%	73,64%
Ospedale di Molfetta	1,18	8,17		2,31	77,51%	47,24%	13,50%				0,22	84,43%	3,24	88,89%	83,93%	8,86%	3,59%	62,27%	2,08%
Ospedale di Corato	0,80	4,95		0,87	52,54%	26,51%	26,23%	44,18%	30,40%	36,56%	0,09			100,00%	100,00%	3,42%	1,41%	52,78%	0,00%
Ospedale di Terlizzi	1,72	10,00	14,44	2,00	61,47%	0,19%	11,11%				0,00	100,00%					1,56%	148,93%	
Ospedale "Di Venere" - Bari	1,27	7,06		1,99	94,02%	45,58%	12,60%	35,08%	25,52%	24,47%	0,09	98,86%	2,78	80,92%	57,55%	5,05%	1,66%	49,28%	61,74%
Ospedale di Triggiano					38,90%		4,41%										9,56%	0,74%	0,00%
Ospedale della Murgia	1,19	6,35		1,51	59,01%	40,39%	8,55%	30,93%	17,96%	24,31%	0,11	89,12%	3,55	96,67%	82,07%	4,08%	1,36%	45,20%	59,87%
Ospedale di Monopoli	1,07	5,54		1,32	61,75%	38,68%	19,67%	29,15%	21,58%	23,15%	0,17	99,35%	1,72	87,93%	11,76%	7,95%	2,09%	43,90%	0,00%
Ospedale di Putignano	1,44	11,29		1,53	69,27%	39,09%	6,47%				0,09			97,10%	49,25%	2,16%	2,84%	29,28%	0,00%

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

Di seguito sono riepilogati, **a livello complessivo aziendale**, gli indicatori tecnici più rappresentativi dell'attività ospedaliera in questione:

INDICATORE	Anno 2023	Anno 2022	Anno 2021
Peso medio	1,20	1,19	1,21
Degenza Media	6,93	6,75	7,08
Degenza Media preoperatoria	1,59	1,63	1,85
Indice occupazione	79,35%	71,94%	77,07%
% DRG chirurgici	41,50%	41,05%	38,92%
Indice di attrazione	12,39%	12,99%	13,06%
% T.C.	31,85%	36,44%	35,76%
% T.C. NTSV	21,78%	27,68%	26,13%
Rapp. DRG rischio inappropriatezza	0,12	0,12	0,13
% Fratt. femore operate pz. >65aa	96,77%	94,18%	90,66%
D.M. preop. Tibia-Perone	2,57	2,60	2,99
% Colectomie Laparoscopiche	90,63%	90,96%	92,10%
% Colect. Lapar. con D.M. postoperatoria <3 gg	61,02%	62,42%	56,69%
% di abbandono PS	5,51%	5,06%	4,86%
% Dimissioni Volontarie	1,41%	1,86%	1,73%
% Prescrizione I Ciclo di terapia alla dimissione	58,81%	51,76%	47,73%

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

L'attività di Emergenza Ospedaliera svolta nel biennio 2022-2023, per ciascun Ospedale a gestione diretta, è riepilogata, per codice di *triage*, nella tabella seguente:

Stabilimento	2023							2022						
	BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO	NERO	NON RILEVATO	TOTALE	BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO	NERO	NON RILEVATO	TOTALE
"San Paolo" Bari	148	34.510	9.486	1.694	2	16	45.856	244	31.449	6.229	1.035	3	17	38.977
Corato	207	19.773	1.577	97		38	21.692	299	18.617	791	103	2	6	19.818
Molfetta	178	18.609	3.910	217	3	4	22.921	129	17.681	3.300	202	-	4	21.316
"Di Venere" Bari	122	29.438	11.886	2.101		12	43.559	136	28.638	8.630	2.026	1	7	39.438
Monopoli	211	22.557	8.231	838	3	169	32.009	267	20.436	6.765	499	1	175	28.143
Murgia	546	22.526	2.211	580		305	26.168	498	18.561	2.028	724	-	333	22.144
Putignano	150	11.578	4.212	352	3	3	16.298	57	7.961	2.238	193	2	2	10.453
TOTALE	1.562	158.991	41.513	5.879	11	547	208.503	1.630	143.343	29.981	4.782	9	544	180.289

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

Sono, inoltre, rappresentati i minuti medi di attesa al Pronto Soccorso per ciascun Ospedale riferiti al triennio 2021-2023

Ospedale	2023	2022	2021
"San Paolo" Bari	42	27	23
Molfetta	57	67	57
Corato	15	14	11
Terlizzi			5
"Di Venere" Bari	67	46	40
Murgia	38	35	42
Monopoli	58	72	45
Putignano	38	37	44
TOTALE	47	43	37

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

Di seguito è, infine, rappresentata la suddivisione degli esiti degli accessi di Pronto Soccorso tra ricoveri o trasferimenti e abbandoni:

Anno	2023			2022		
Ospedale	Totale accessi	% ric./trasf.	% Abband.	Totale accessi	% ric./trasf.	% Abband.
"San Paolo" Bari	45.856	13,7%	4,9%	38.977	14,0%	3,1%
Molfetta	22.921	9,5%	7,4%	21.316	10,3%	8,9%
Corato	21.692	9,4%	3,2%	19.818	10,8%	3,4%
"Di Venere" Bari	43.559	16,1%	6,9%	39.438	17,1%	5,1%
Murgia	26.168	16,9%	5,0%	22.144	19,3%	4,1%
Monopoli	32.009	14,4%	6,3%	28.143	15,3%	7,9%
Putignano	16.298	11,6%	3,0%	10.453	13,8%	2,2%
Totale	208.503	13,7%	5,5%	180.289	14,7%	5,1%

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

In riferimento all'attività ospedaliera del periodo in questione, di seguito sono riportati i valori riferiti alle prestazioni ambulatoriali per esterni, ai Day Service ed alle prestazioni erogate per scambi interni miranti a completare l'iter diagnostico-terapeutico per i ricoverati:

Attività ambulatoriale Ospedaliera per esterni	2019		2022		2023		Scostamento 2022-2023	
	Num.	Valore	Num.	Valore	Num.	Valore	Num.	Valore
Visite specialistiche	309.377	€ 4.883.399,41	257.809	€ 4.048.501,96	267.313	€ 4.208.036,56	3,7%	3,9%
Prestazioni Patologia clinica	3.898.201	€ 16.123.801,06	4.295.473	€ 17.970.030,20	4.656.983	€ 19.935.159,87	8,4%	10,9%
Prestazioni Diagnostica per immagini	232.265	€ 12.125.920,15	215.865	€ 12.292.903,07	223.935	€ 12.433.666,01	3,7%	1,1%
Altre prestazioni	255.683	€ 5.519.418,19	449.382	€ 6.103.057,50	483.988	€ 6.548.050,03	7,7%	7,3%
Dialisi	96.160	€ 16.735.187,54	93.926	€ 14.823.519,93	91.707	€ 14.794.410,22	-2,4%	-0,2%
Day Service	33.619	€ 19.549.596,67	33.888	€ 16.004.473,83	39.204	€ 18.830.319,97	15,7%	17,7%
Totale	4.825.305	€ 74.937.323,02	5.346.343	€ 71.242.486,49	5.763.130	€ 76.749.642,66	7,8%	7,7%

Prestazioni ambulatoriali Ospedaliere per interni	2019		2022		2023		Scostamento 2022- 2023	
	Num.	Valore	Num.	Valore	Num.	Valore	Num.	Valore
Ospedale "San Paolo" Bari	1.590.293	€ 11.970.795,48	1.467.134	€ 10.666.926,23	1.676.450	€ 11.717.178,81	14,3%	9,8%
Ospedale di Molfetta	400.150	€ 3.439.592,67	408.320	€ 3.795.817,18	452.197	€ 3.937.540,93	10,7%	3,7%
Ospedale di Corato	317.000	€ 2.631.047,48	293.562	€ 2.566.300,15	282.671	€ 2.585.664,29	-3,7%	0,8%
Plesso Post Acuzie di Terlizzi	218.285	€ 1.369.201,76	88.747	€ 501.831,12	103.036	€ 479.711,89	16,1%	-4,4%
Ospedale "Di Venere" Bari	1.551.747	€ 13.420.603,37	1.873.709	€ 22.889.018,07	1.635.417	€ 18.004.746,46	-12,7%	-21,3%
Plesso Post Acuzie di Triggiano	152.837	€ 967.808,01	3.547	€ 51.462,62	2.881	€ 47.526,41	-18,8%	-7,6%
Ospedale della Murgia	928.815	€ 4.907.964,94	1.026.326	€ 5.948.289,99	873.266	€ 5.755.809,43	-14,9%	-3,2%
Ospedale di Monopoli	1.043.114	€ 6.288.215,23	992.035	€ 6.317.049,61	626.792	€ 5.788.755,15	-36,8%	-8,4%
Ospedale di Putignano	611.398	€ 3.241.887,27	413.406	€ 1.637.319,03	520.893	€ 2.508.124,37	26,0%	53,2%
Totale	6.813.639	€ 48.237.116,21	6.566.786	€ 54.374.014,00	6.173.603	€ 50.825.057,74	-6,0%	-6,5%

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

6.3 Analisi dei dati di attività rispetto al P.I.A.O. 2023-2025

Le attività e gli indicatori relativi all'Assistenza Ospedaliera vengono di seguito analizzati rispetto alle Macroaree di riferimento dell'albero della performance considerate in fase di assegnazione degli obiettivi 2023 alle diverse UU.OO..

Macroarea "Capacità di governo della domanda sanitaria"

- Con la DDG.n.703 del 30/03/2023 è stato adottato l'Aggiornamento del Programma Attuativo Aziendale per il recupero delle liste di attesa per l'anno 2023 basato principalmente sulla analisi delle criticità da affrontare al fine della riorganizzazione dei servizi in modo da ottenere, laddove possibile, incrementi di capacità produttiva anche senza incremento di costi. Per le prestazioni di ricovero si è proceduto a ripulire le liste d'attesa di tutte quelle posizioni in sospenso mediante recall dei pazienti e riprogrammazione delle sedute ancora da evadere in tempi congrui.
Per le prestazioni ambulatoriali, è stato posto l'accento sul monitoraggio dell'appropriatezza nella gestione del paziente cronico, mediante la "presa in carico" dello stesso e la gestione in agende dedicate degli eventuali esami di approfondimento diagnostico e/o di visite successive. Inoltre assieme ai referenti degli specialisti ambulatoriali si sta ponendo attenzione massima per un incremento dell'offerta mediante un utilizzo migliorativo delle agende per i controlli. Per prescrizioni con priorità U, è stato attuato il progetto sperimentale denominato "Priorità Urgenze" che sta permettendo di gestire le richieste urgenti del PNGLA, qualora non trovino disponibilità presso i consueti canali prenotativi (sportello CUP, centralino) entro le 72h, inserendole in apposite preliste da cui un team infermieristico, appositamente formato, procederà ad effettuare un servizio in back-office di richiamo dell'utente per l'assegnazione di un appuntamento.
Inoltre, per garantire percorsi di tutela riservati ai pazienti con condizioni di fragilità, quali patologie oncologiche e disabilità motoria (ai sensi art. 3, comma 3, Legge 104/92), in particolare per le prestazioni più urgenti che non trovino posto nei tempi indicati, sono state attivate due linee telefoniche dedicate a cui potersi rivolgere, per una successiva evasione della richiesta nel rispetto dei tempi massimi di attesa previsti e, ove possibile, della vicinanza all'area di residenza.
- Nell'ambito della implementazione e sviluppo della rete oncologica Pugliese (DGR.n.221/2017):

- ✓ con Deliberazione del Direttore Generale ASL BA n. 810 del 19 aprile 2023, è stato recepito il Regolamento Attuativo del Gruppo Multidisciplinare Patologie Gastrointestinali Oncologiche, con contestuale istituzione di un Team Multidisciplinare per le Patologie Gastro-intestinali Oncologiche nell'ottica di ottimizzare il sistema delle cure primarie di questi pazienti oncologici, fornendo accessibilità a strumenti di prevenzione e risposte assistenziali di qualità nei confronti di esigenze sanitarie di media e di alta complessità
 - ✓ con Deliberazione del Direttore Generale ASL BA n.1153 del 06 giugno 2023, è stato recepito il nuovo Regolamento Operativo del Centro di Orientamento Oncologico (C.Or.O) ASL BA, già istituito con D.D.G.n.2014/2019, ovvero della struttura operativa, collocata presso il Servizio di Oncologia dell'Ospedale "San Paolo" di Bari, con compiti di informazione ed accoglienza dei nuovi pazienti oncologici, nonché con compiti amministrativo-gestionali e di supporto al percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale di tutti i pazienti oncologici
 - ✓ con Deliberazione del Direttore Generale ASL BA n. 2233 del 13 novembre 2023 è stato preso atto del "Regolamento Attuativo del Gruppo Multidisciplinare Tumori Ginecologici" e contestualmente è stato istituito il Gruppo Multidisciplinare Tumori Ginecologici dell'ASL BA al fine della più appropriata presa in carico di donne affette da neoplasie ginecologiche nell'ambito di un percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA) ottimale.
- Con D.D.G.n.2614 del 27/12/2023 è stato recepito quanto previsto dalla DGR.n.1868/2022 relativamente al modello organizzativo e di funzionamento della Rete Locale delle Cure Palliative, quali aggregazioni funzionali e integrate tra i diversi setting assistenziali. Con la citata DDG.n.2614/2023 è stata pertanto istituita la Rete Locale di Cure Palliative che agisce sul territorio assicurando l'erogazione dell'assistenza:
- ✓ nell'ambito di strutture di degenza ospedaliera attraverso equipe di cure palliative della rete che erogano consulenza, facilitano l'attivazione dei percorsi di cure palliative per garantire la continuità ospedale-territorio, supportano l'equipe dell'unità operativa ospedaliera nelle strategie per la rimodulazione e ridefinizione degli obiettivi terapeutici;
 - ✓ nell'ambito ambulatoriale dove sono erogate cure palliative precoci e simultanee da equipe dedicate e specificatamente formate in cure palliative che operano all'interno della RLCP;
 - ✓ a domicilio del paziente, attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari (CPD), con la previsione di un'equipe assistenziale multiprofessionale dedicata o specificatamente formata (Unità di Cure Palliative - UCP), in integrazione con il medico di medicina generale per assicurare la continuità assistenziale h 24 per 7 giorni su 7. Tale equipe può essere, dal punto di vista organizzativo, integrata con l'equipe dell'assistenza domiciliare integrata;
 - ✓ nelle strutture residenziali e negli Hospice, con standard di riferimento di 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti.

Macroarea "Appropriatezza e qualità"

- Il miglioramento dell'appropriatezza organizzativa, in ambito ospedaliero, si è realizzato attraverso un consolidamento dell'incidenza dei DRG a rischio di inappropriately sul totale dei DRG tra il 2022 ed il 2023 (0,12 del 2022, 0,12 nel 2023). Il numero di Day Service è inoltre aumentato di quasi il 16% passando da n. 33.888 del 2022 a n.39.204 del 2023.

- Appropriatezza in area Materno-infantile: la percentuale di parti cesarei complessivi nel 2023 mostra una riduzione rispetto al 2022 (36,44% nel 2022 e 31,85% nel 2023). La percentuale dei parti cesarei depurati (ovvero i parti delle donne Nullipare, a Termine, Singoli, Presentazione di vertice) del 2023 risulta in sensibile diminuzione rispetto al 2022, ovvero passa dal 27,68% al 21,78%.
- Partoanalgesia: l'incidenza del numero di partoanalgesie sul numero di parti vaginali è aumentata nel 2023 passando dal 31% del 2022 al 41% del 2023:

Anno	Parti vaginali	Num. Partoanalg.	% Partoanalg.
2020	2.726	546	20%
2021	2.864	653	23%
2022	2.941	919	31%
2023	3.209	1.304	41%

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

- Episiotomie: l'incidenza del numero di episiotomie sul numero di parti vaginali è invariata tra il 2023 ed il 2022 attestandosi al 14%:

Anno	Parti vaginali	N. Episiotomie	% Episiotomie
2021	2.864	408	14%
2022	2.941	401	14%
2023	3.209	440	14%

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

- Miglioramento qualità e appropriatezza rete emergenza-urgenza:
 - gli abbandoni da Pronto Soccorso sono rimasti pressoché invariati tra il 2022 ed il 2023 presentando un'incidenza del 5,5% sul totale degli accessi rilevati che sono aumentati tra i due anni, come precedentemente rappresentato;
 - l'incidenza degli accessi seguiti da ricovero e/o trasferimento sul totale degli accessi rilevati sono leggermente diminuiti passando dal 14,7% del 2022 al 13,7% del 2023 evidenziando una maggiore appropriatezza nel trattamento delle urgenze in Pronto Soccorso;
 - l'incidenza dei dimessi con DRG chirurgico da UU.OO. chirurgiche, presso le quali erano stati ricoverati da Pronto Soccorso, è leggermente aumentata passando da un'incidenza del 69,6% del 2022 al 70,8% del 2023, con aumento dell'appropriatezza rilevata negli anni precedenti;
 - la percentuale degli accessi di P.S. esitati in codice giallo visitati entro 30 minuti è diminuita tra il 2022 ed il 2023 passando dal 56,8% al 54,7%:

Anno	2021	2022	2023
Stabilimento	% presi in carico	% presi in carico	% presi in carico
Totale	62,0%	56,8%	54,7%
"San Paolo" Bari	86,4%	80,2%	65,8%
Molfetta	50,5%	46,1%	50,3%
Corato	92,5%	89,1%	86,5%
"Di Venere" Bari	61,0%	61,2%	50,0%
Murgia	64,9%	68,7%	70,1%
Monopoli	53,0%	29,6%	38,5%
Putignano	46,3%	50,7%	59,0%

- Miglioramento qualità di processo:

- sia la percentuale delle fratture del collo del femore operate entro 2 giorni totali che quella riferita alle fratture nei soggetti >65 anni di età sono in progressiva crescita dal 2021 al 2023:

	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
% Fratt. femore operate totali	90,29%	93,48%	94,61%
% Fratt. femore operate >65aa	90,66%	94,18%	96,77%

- la percentuale di infarti del miocardio acuto trattati con PTCA (angioplastica Coronarica Percutanea Transluminale) entro n.2 giorni dalle UU.OO. di Cardiologia aziendali interessate è in sensibile incremento tra il 2022 ed il 2023 come di seguito riportato

ANNO	2021	2022	2023
San Paolo	75,9%	73,6%	75,1%
Di Venere	64,2%	61,7%	70,0%
Murgia	56,8%	59,9%	69,0%
Totale	67,3%	66,6%	72,1%

- Miglioramento qualità percepita: le dimissioni volontarie sono leggermente diminuite tra il 2022 ed 2023 passando dal 1,86% del 2022 al 1,41% del 2023 attestando comunque un consolidamento nel valore della qualità percepita da parte dell'utenza:

	% Dim. Volontarie
Anno 2021	1,73%
Anno 2022	1,86%
Anno 2023	1,41%

7. Assistenza Territoriale

L'Azienda ha operato nel 2023 mediante n.293 strutture a gestione diretta e n.398 strutture convenzionate/accreditate. La tipologia di strutture ed il tipo di assistenza erogata sono riassunte nelle matrici che seguono.

Strutture a gestione diretta

Strutture a gest. diretta	Tipo assistenza											
	Attività clinica	Diagnostica strument. e per immag.	Attività di laborat.	Att. Di Consult. Familiare	Assist. Psych.	Assist. per tossicodip	Vaccinazioni per emergenze pandemiche	Assist. agli anziani	Assist. Neuro Psichiatria Infantile	Assist. disabili psichici	Assist. ai malati terminali	Totale
Ambulatorio Laboratorio	74	34	26									134
Struttura residenziale						1					2	3
Struttura semi resid.le					1							1
Altro tipo di struttura	2			38	14	16	52		1			123
Totale	76	34	26	38	15	17	52	0	1	0	2	261

Fonte: Nuovo Sistema Informativo Sanitario (N.S.I.S.) – Min.San.

I centri/ambulatori di riabilitazione ex art.26, Legge n.833/1978 sono n.32 senza posti letto.

Strutture convenzionate

Strutture convenzion.	Tipo assistenza											
	Attività clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Attività di laborat.	Assist. Neuro Psichiatria Infantile	Assist. Psych.	Assist. per tossicodip	Vaccinazioni per emergenze pandemiche	Assist. agli anziani	Assist. ai disabili fisici	Assist. ai disabili psichici	Assist. ai malati terminali	Totale
Ambulatorio Laboratorio	53	24	62									139
Struttura residenziale				3	67	9		47	15	22	2	165
Struttura semi residenziale				4	17	1		10		28		60
Altro tipo di struttura	8						21					29
Medico singolo												0
Totale	61	24	62	7	84	10	21	57	15	50	2	393

Fonte: Nuovo Sistema Informativo Sanitario (N.S.I.S.) – Min.San.

Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati privati ex art.26, Legge n.833/1978 sono n.5, per complessivi n.320 posti letto residenziali e n.161 posti letto semiresidenziali.

Relativamente all'Assistenza Primaria, l'Azienda opera mediante n.849 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 1.077.833 persone, e n.157 pediatri di libera scelta che assistono complessivamente una popolazione pari a 126.517 persone.

7.1 Assistenza Distrettuale – Dati di attività

Il riordino della rete ospedaliera ed il trasferimento dei livelli di assistenza dall'ospedale al territorio hanno comportato la necessità di potenziare l'assistenza sanitaria territoriale da realizzarsi soprattutto attraverso il consolidamento della sua attività.

Gli obiettivi prioritari posti alle macrostrutture territoriali sono stati elaborati con lo scopo di sostenere la fase di completa ripresa delle attività assistenziali dopo le rilevanti criticità create dall'emergenza sanitaria pandemica, e, tra l'altro, hanno riguardato:

- il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva
- il potenziamento assistenza domiciliare
- il potenziamento degli screening oncologici
- il potenziamento dell'offerta nell'Assistenza Sanitaria Territoriale nell'ambito degli obiettivi previsti dal P.N.R.R.
- il potenziamento delle attività mirate all'integrazione Ospedale-Territorio

Il perseguimento di tali obiettivi ha consentito un miglioramento complessivo della qualità dell'offerta sanitaria e della gestione del rischio clinico, con importanti ricadute in termini di efficacia ed efficienza.

A livello distrettuale tra il 2022 ed il 2023 si rileva un sensibile incremento nel valore delle prestazioni erogate al netto di quelle di Patologia clinica che risultano diminuite anche nel numero a causa della rimodulazione delle attività dei laboratori analisi distrettuali, alcuni dei quali sono stati dismessi, con trasferimento delle stesse attività presso le strutture ospedaliere di riferimento.

Attività ambulatoriale Distrettuale	2019		2022		2023			
	Num.	Valore	Num.	Valore	Num.	Valore	Num.	Valore
Visite specialistiche	391.009	€ 6.872.023,07	288.011	€ 4.969.070,34	307.749	€ 5.268.142,19	6,9%	6,0%
Prestazioni Patologia clinica	936.402	€ 3.198.953,39	473.736	€ 1.702.324,99	373.519	€ 1.351.843,46	-21,2%	-20,6%
Prestazioni Diagnostica per immagini	117.422	€ 4.348.874,77	108.563	€ 4.370.333,58	107.630	€ 4.459.723,03	-0,9%	2,0%
Altre prestazioni	288.007	€ 3.786.066,42	301.452	€ 3.008.449,91	318.977	€ 3.214.723,03	5,8%	6,9%
Day Service	11.450	€ 5.781.707,31	11.014	€ 5.661.070,94	12.651	€ 6.017.377,05	14,9%	6,3%
Totale	1.744.290	€ 23.987.624,96	1.182.776	€ 19.711.249,76	1.120.526	€ 20.311.808,76	-5,3%	3,0%

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

7.2 Salute Mentale – Dati di attività

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

Il D.S.M., giusta D.D.G.n.n.446/2024, si articola in n.7 Centri di Salute Mentale, n.1 U.O di Psicologia Clinica, n.1 U.O. per la cura dei Disturbi del comportamento alimentare (DCA), il Servizio di Salute Mentale Penitenziaria, n.1 U.O. Esordi psicotici e n.3 Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) presso l'Ospedale della Murgia, l'Ospedale "San Paolo" di Bari e l'Ospedale di Putignano.

- **Dati sull'utenza del DSM**

Nell'anno 2023 al DSM sono afferiti n.17.395 pazienti adulti affetti da patologia psichiatrica (n.3.672 sono stati gli utenti al primo contatto con i servizi) dei quali: 8.953 gli utenti che hanno usufruito del percorso assistenziale (presa in carico), 5.811 gli utenti che hanno usufruito dell'assunzione in cura, 1.451 sono state le consulenze richieste alle varie strutture del DSM, mentre 1.180 sono i "non definiti" cioè prestazioni in fase di approfondimento o incongrue.

Le prestazioni erogate in totale sono state 275.502; di queste a domicilio del pz. sono state 26.755 a rinforzo della vocazione territoriale caratteristica dei CSM.

Il numero di utenti si riferisce a pazienti afferiti ai diversi Centri di Salute Mentale come di seguito riportato insieme al totale delle prestazioni erogate (comprendenti visite psichiatriche ordinarie ed urgenti e psicodiagnostiche, interventi di rete, interventi riabilitativi sul territorio, certificazioni e consulenze, psicoterapia) negli anni 2022 e 2023:

ANNO 2022							
C.S.M.	Comuni di competenza	Popolazione	Utenti afferiti	Di cui nuovi contatti	Prestazioni erogate	Utenti in carico/Popolaz. resid.	Prestazioni erogate per utente
C.S.M. Area 1	Molfetta: Giovinazzo, Corato, Ruvo di Puglia, Terlizzi	174.976	2.136	549	34.630	1,2%	16
C.S.M. Area 2	Altamura, Acquaviva delle Fonti, Gravina in Puglia, Poggiorsini, Santeramo in Colle, Cassano delle Murge, Toritto, Binetto, Sannicandro, Grumo Appula	207.063	2.928	519	76.010	1,4%	26
C.S.M. Area 3	Modugno, Bitetto, Bitritto, Bitonto, Palo Del Colle	133.777	1.877	452	36.238	1,4%	19
C.S.M. Area 4	Bari	315.948	3.981	736	41.431	1,3%	10
C.S.M. Area 5	Mola di Bari, Rutigliano, Noicattaro, Conversano, Monopoli, Polignano	160.445	2.313	508	45.702	1,4%	20
C.S.M. Area 6	Triggiano, Adelfia, Capurso, Cellamare, Valenzano, Gioia Del Colle, Casamassima, Turi, Sammichele di Bari	146.334	1.839	350	26.019	1,3%	14
C.S.M. Area 7	Putignano, Castellana Grotte, Alberobello,	88.241	1.208	306	11.638	1,4%	10
	Totale	1.226.784	16.282	3.420	271.668	1,3%	17

Fonte: Dati S.I.S.M. - Dipartimento di Salute Mentale

ANNO 2023							
C.S.M.	Comuni di competenza	Popolazione	Utenti afferiti	Di cui nuovi contatti	Prestazioni erogate	Utenti in carico/Popolaz. resid.	Prestazioni erogate per utente
C.S.M. Area 1	Molfetta: Giovinazzo, Corato, Ruvo di Puglia, Terlizzi	174.476	2.338	629	36.444	1,3%	16
C.S.M. Area 2	Altamura, Acquaviva delle Fonti, Gravina in Puglia, Poggiorsini, Santeramo in Colle, Cassano delle Murge, Toritto, Binetto, Sannicandro, Grumo Appula	206.701	3.169	638	80.653	1,5%	25
C.S.M. Area 3	Modugno, Bitetto, Bitritto, Bitonto, Palo Del Colle	133.320	2.193	491	36.316	1,6%	17
C.S.M. Area 4	Bari	316.736	4.276	840	42.916	1,4%	10
C.S.M. Area 5	Mola di Bari, Rutigliano, Noicattaro, Conversano, Monopoli, Polignano	159.991	2.250	437	38.736	1,4%	17
C.S.M. Area 6	Triggiano, Adelfia, Capurso, Cellamare, Valenzano, Gioia Del Colle, Casamassima, Turi, Sammichele di Bari	145.754	1.953	377	24.833	1,3%	13
C.S.M. Area 7	Putignano, Castellana Grotte, Alberobello,	88.070	1.216	260	15.604	1,4%	13
	Totale	1.225.048	17.395	3.672	275.502	1,4%	16

Fonte: Dati S.I.S.M. - Dipartimento di Salute Mentale

- Le strutture residenziali e semiresidenziali

Di seguito è riportato il numero dei pazienti transitati nelle diverse tipologie di struttura con le specifiche di inserimenti e dimissioni per il 2023:

Tipo Struttura	Utenti assistiti nella tipologia di struttura	Ammissioni	Dimissioni
C.R.A.P. (assist. h24)	359	81	79
C.R.A.P. dedicate ad autori di reato	37	12	11
Comunità Alloggio (assist. h12)	100	13	13
Gruppi Appartamento	68	0	7
Centri Diurni Riabilitativi	364	78	66
Totale	928	184	176

Fonte: Dipartimento di Salute Mentale

- Interventi riabilitativi ambulatoriali dei CSM del DSM

Molti interventi riabilitativi specifici vengono effettuati ambulatorialmente nei CSM.

Ogni CSM, accanto alle attività di prevenzione secondaria e terziaria attraverso valutazioni cliniche e psicoterapie ha delle specificità di intervento che puntano alla riabilitazione psichiatrica finalizzata alla prevenzione primaria e a obiettivi di *recovery* con percorsi gruppali, di inclusione socio-lavorativa e coinvolgimento delle famiglie degli utenti e molto altro

Ogni CSM esprime attività riabilitative elettive specifiche sulla base dei bisogni del territorio e della peculiare formazione degli operatori.

Le tabelle riportano le attività ambulatoriali riabilitative, svolte negli ambiti più diversi, da parte dei CSM del DSM e che totalmente riguardano circa 600 pazienti appartenenti a tutti i CSM.

Nello specifico:

Nel corso dell'anno 2023 presso il CSM Area 1, CSM Area 4, CSM Area 5 e CSM Area 6 sono state erogate n. 1697 prestazioni nell'ambito degli interventi di rimedio cognitivo,

apprendimento di abilità, interventi psicoeducativi e social skill training come di seguito riportato:

Interventi di Training delle Competenze	190
Interventi Psicoeducativi	694
Rimedio Cognitivo	74
Interventi Supporto/Formazione Lavoro	187
Attività socializzanti/ espressive	552
Totale	1697

Fonte: Dipartimento di Salute Mentale

Lotta allo Stigma e inclusione sociale

Tutti i CSM sono impegnati nelle campagne di Lotta allo Stigma e inclusione sociale, anche attraverso l'organizzazione delle giornate di sensibilizzazione della "Salute Mentale" (10 ottobre). Nel 2023 sono stati organizzati in tutto l'ambito del DSM nel mese di ottobre 24 eventi per la campagna di lotta allo stigma ed inclusione sociale.

Un lavoro importante nell'area dell'inclusione sociale viene effettuata attraverso "lo Sport integrato" coinvolgente tutti i CSM, con partecipazione di numerosi utenti, attraverso l'esercizio del calcio anche in modo agonistico con la partecipazione e l'organizzazione di campionati regionali e nazionali e di altre attività sportive nello schema sottostante evidenziate.

SPORT INTERGRATO 2023	
GRUPPO INTEGRO	25 incontri
	12 partecipanti
GRUPPO CAMMINAMENTI - CAMMINATA SPORTIVA E MINDFULNESS	24 incontri
	25 partecipanti
GINNASTICA DOLCE	40 incontri
	20 partecipanti
BARI IN FORMA	13 incontri
	60 partecipanti
GRUPPO CALCIO	93 incontri
	148 partecipanti
GRUPPO TENNIS E PADDLE	31 incontri
	16 partecipanti
TENNIS TAVOLO	31 incontri
	62 partecipanti

Fonte: Dipartimento di Salute Mentale

Il Progetto MENS e l'inclusione sociale e lavorativa

Presso il CSM Area 1 e CSM Area 3 è stato attivato **il Progetto MeNS (Multidisciplinarietà e Nuove Strategie)** nell'ambito del quale è stato avviato lo **Sportello per l'Inclusione Sociale e Lavorativa**.

Attraverso l'attività dello Sportello sono stati realizzati interventi mirati ad un effettivo inserimento sociale e lavorativo dei pazienti psichiatrici. Sono stati predisposti progetti personalizzati con l'attivazione di Tirocini formativi che promuovono l'inclusione sociale

attraverso inserimenti lavorativi e/o percorsi formativi presso aziende locali. Progetto MENS: utenti attualmente in carico n.148.

- **L'assistenza psichiatrica penitenziaria**

Le attività della UOSVD di Psichiatria Penitenziaria consistono in interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dell'utente affetto da patologia psichiatrica detenuto presso gli Istituti Penitenziari insistenti nel territorio della ASL BA, quali la Casa Circondariale di Bari, Casa di Reclusione di Altamura, Casa di Reclusione di Turi, Istituto per Minori di Bari.

L'équipe del DSM, all'interno della Casa Circondariale di Bari, è multidisciplinare, comprendendo, oltre agli psichiatri, anche psicologi e terapisti della riabilitazione psichiatrica per la messa a punto di interventi riabilitativi e psicoeducativi rivolti agli utenti detenuti.

La frequenza e l'intensità assistenziale è stabilita sulla base delle necessità dell'assistito e in linea con il modello organizzativo dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali e può contemplare una vera e propria presa in carico da parte dell'équipe intramuraria o presa in cura effettuata dal solo psichiatra o psicologo, o di sola consulenza per l'inquadramento diagnostico.

Nell'anno 2023 l'équipe del DSM ASL BA ha effettuato gli interventi per utenti detenuti come di seguito riportato:

TOTALE PRESTAZIONI ANNO 2023				
	Casa Circondariale Bari	Casa Reclusione Altamura	Casa Reclusione Turi	Istituto Minorile Fornelli
Pazienti in consulenza	1586	170	200	230
Pazienti in cura	165	25	20	0
Pazienti in carico	173	5	5	96
Totale pazienti valutati	1924	200	225	326

Fonte: Dipartimento di Salute Mentale

La UOSVD di Psichiatria Penitenziaria del DSM, inoltre, si occupa

- dell'assistenza degli utenti autori di reato del DSM, affidati all'assistenza territoriale dei CSM competenti, in quanto sottoposti a misure di sicurezza detentive e non;
- dell'attività di coordinamento di tutti i PTRI delle équipes territoriali e tiene conto delle liste d'attesa delle CRAP stesse, media i rapporti tra le équipes delle CRAP dedicate e quelle dei CSM, autorizza gli ingressi in CRAP e gestisce il budget di spesa per le CRAP Autori di Reato;
- dei rapporti tra CSM e Casa circondariale e delle progettualità alternative a quelle detentive in uscita dal carcere su disposizione della Magistratura. Gestisce i rapporti con la Magistratura mediante interlocuzione e riscontro relativamente agli inserimenti nelle strutture dedicate agli autori di reato, come si evince dalla seguente tabella

Utenti ASL Bari transitati nelle CRAP dedicate nel 2023				
	Presenze al 01/01/2023	Ingressi 2023	Dimissioni 2023	Tot. al 31/12/2023
DOMUS	5	6	5	11
PHOENIX	9	6	6	15
PROMETEO	6	0	0	6
CHIRONE	2	0	0	2
PANDORA	1	0	0	1
SOLLEVANTE	1	0	0	1
ALDA	1	0	0	1
TOTALE	25	12	11	37

Fonte: Dipartimento di Salute Mentale

- **I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.)**

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è stato istituito con la legge 180 del 1978, successivamente confluita nella 833/78, inizialmente concepito come luogo di ricovero per le condizioni di acuzie sintomatologiche (scompensi psicotici), una volta chiusa l'accettazione negli ospedali psichiatrici.

Nel tempo, l'utenza degli SPDC è divenuta poliedrica e complessa e oltre alle tradizionali patologie (psicosi schizofreniche, disturbi bipolari), il bisogno di ricovero e cura in ambiente specialistico coinvolge soggetti in comorbidità per abuso di sostanze, affetti da disturbi di personalità, anziani con disturbi del comportamento, giovani nella fase dell'esordio psicotico e del neurosviluppo.

Il DPR del 7 aprile 1994 descriveva gli SPDC come reparti dotati di 15 posti letto e indicava in un posto ogni 10.000 abitanti il fabbisogno di posti letto in SPDC, per ciascun Dipartimento di Salute Mentale.

Il DPR 10 novembre 1999 definiva gli SPDC come una delle Unità Complesse del Dipartimento di Salute mentale e sottolineava il loro ruolo nel fornire consulenze ai reparti e Pronto Soccorso e collegamento con i Centri di Salute Mentale, nell'ottica di presa in carico e continuità terapeutica. Particolare attenzione nel buon funzionamento degli SPDC è data alla qualità intrinseca della loro vivibilità, alla sicurezza dei degenti e operatori, alla diversità delle condizioni psichiche delle persone ricoverate e loro bisogni, alla durata della degenza.

I ricoveri in SPDC avvengono in regime volontario e in alcuni casi in modalità di trattamento sanitario obbligatorio; a livello nazionale la percentuale di questi ultimi è tra le più basse in Europa, attestandosi intorno all'otto per cento dei ricoveri.

L'utilizzo della terapia farmacologica mira alla remissione della sintomatologia in acuzie, segue le indicazioni della letteratura scientifica accreditata e del monitoraggio clinico appropriato, e offre la possibilità di progettare percorsi diagnostico-terapeutici, integrati con interventi psicosociali, da proseguire presso i Centri di Salute Mentale.

La valutazione del rischio auto e etero-aggressivo, insieme all'applicazione di pratiche di de-escalation, consente di coniugare sicurezza per degenti e operatori nell'ottica dei principi etici di autonomia e beneficiabilità dei pazienti.

Tra SPDC e Centri di Salute Mentale nel DSM ASL Bari è privilegiata la comunicazione al fine di rendere continua e efficace la presa in carico degli utenti e ridurre il fenomeno del *revolving door*.

Di seguito si riportano alcuni dati di attività degli SPDC dell'ASL Bari relativi al triennio 2021-2023:

	2021			2022			2023		
	Num. Ricov. Ord.	Deg. Media	Occupaz.	Num. Ricov. Ord.	Deg. Media	Occupaz.	Num. Ricov. Ord.	Deg. Media	Occupaz.
DSM - SPDC Altamura	186	20,4	83%	250	20,0	91%	251	20,2	92%
DSM - SPDC Putignano	270	16,0	79%	221	14,4	71%	236	17,4	92%
DSM - SPDC San Paolo (dal 07/2022)				108	16,2	64%	248	19,5	89%

Fonte: Elaborazioni CdG su dati SiSR EDOTTO

7.3 Dipendenze Patologiche – Dati di attività

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

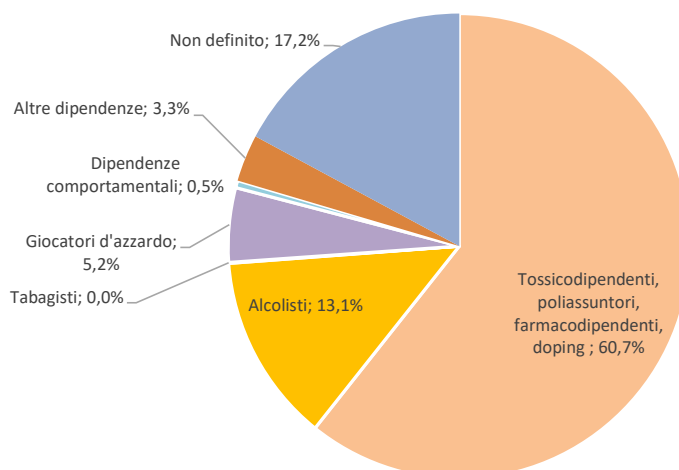
Il DDP si articola in n.2 Unità Operative: Nord Barese e sud Barese.

- **Dati sull'utenza del DDP**

I tossicodipendenti (da sostanze illegali)

Di seguito sono rappresentati i dati di attività del D.D.P. con riferimento all'utenza ed alle prestazioni erogate nel 2023:

Gruppi diagnostici	Utenti in carico anno 2023	%
Tossicodipendenti, poliassuntori, farmacodipendenti, doping	2655	60,7%
Alcolisti	573	13,1%
Tabagisti	2	0,0%
Giocatori d'azzardo	226	5,2%
Dipendenze comportamentali	22	0,5%
Altre dipendenze	143	3,3%
Non definito	751	17,2%
Totale	4372	100,0%



Incidenza % utenti in carico per Gruppi diagnostici – ANNO 2023

Fonte: D.D.P. - Sistema Informativo Dipendenze patologiche

L'accesso ai Ser.D dei minorenni

Un aggregato di utenti da considerare (tendenzialmente in aumento) è quello dei minorenni. Si tratta di interventi che possiamo classificare come prevenzione secondaria, ovvero selettiva o indicata, in quanto nella maggioranza dei casi non si riscontra la presenza di abuso o dipendenza, ma soltanto un uso ricreativo di sostanze, foriero di possibili sviluppi negativi se non intercettato e trattato per tempo. Pertanto il Dipartimento effettua con gli utenti alcuni interventi di gruppo di tipo psico-socio educativo e terapeutico.

Si riporta, di seguito, la situazione degli utenti già in carico prima dell'anno 2023 e quelli entrati nel corso dello stesso anno

SEDI SERD	< 18 ANNI		18-24 ANNI	
	UTENTI IN CARICO PRIMA DEL 2023	UTENTI IN CARICO NEL 2023	UTENTI IN CARICO PRIMA DEL 2023	UTENTI IN CARICO NEL 2023
Bari	6	12	63	52
Giovinazzo	3	10	13	14
Carcere Bari	0	0	0	0
Carcere Altamura	0	0	0	2
Carcere Turi	0	0	1	0
Modugno	2	0	19	9
Rutigliano	3	6	18	15
Bitonto	3	8	34	19
Ruvo	1	7	21	13
Altamura	0	7	35	27
Acquaviva	0	0	11	13
Grumo Appula	0	0	3	6
Gioia del Colle	0	0	0	0
Monopoli	5	3	13	10
Putignano	3	2	21	25
Conversano	0	0	5	5
TOTALE	26	55	257	210

Fonte: D.D.P. - Sistema Informativo Dipendenze patologiche

Inoltre le Famiglie segnalate dal Tribunale dei minorenni per fenomeni di trascuratezza genitoriale o di violenza esercitata in presenza di minorenni, correlati ad abuso di sostanze o gioco d'azzardo patologico, nel 2023 sono state n.156 mentre nel 2022 erano state n.164.

Utenti con “doppia diagnosi”

Con l'espressione doppia diagnosi (DD) s'intende la presenza nella stessa persona di un comportamento tossicomane spesso con abuso di più sostanze e di un disturbo psichiatrico (PD). Nel 2016 tra il DDP e il DSM è stato sottoscritto un protocollo di collaborazione per la gestione dei pazienti in doppia diagnosi. La coesistenza di due disturbi nella stessa persona rappresenta un elemento di grandissima complessità e di difficoltà operativa oltre che un elevato carico assistenziale. Il protocollo di collaborazione prevede, quindi, una presa in carico integrata, ove gli specialisti di entrambi i servizi intervengono, ciascuno per la propria specifica competenza sullo stesso paziente.

Nel 2023 è stato deliberato il protocollo operativo DSM/DDP per la gestione congiunta delle persone con problemi di Doppia Diagnosi in età adulta (over 18 anni)

Il database informatico adottato dalla Regione (SIND) non prevede l'inserimento del dato relativo alla doppia diagnosi. Per tale ragione non è possibile estrapolare un dato certo di sistema. L'unico dato certo riguarda la popolazione di pazienti in DD del DDP inseriti in CT Doppia Diagnosi, complessivamente nel 2023 n.25 pazienti. (fonte DDP)

Le dipendenze comportamentali

La denominazione dei servizi coordinati dal DDP, nel 2014, è stata modificata da SerT a SerD per sottolineare la precisazione della mission definita dalla L. n.79/2014 che ha ampliato la competenza dei DDP dalle “tossicodipendenze” alle “dipendenze patologiche”.

I LEA prevedono il trattamento del disturbo d'azzardo.

Nel 2023 i pazienti assistiti per “GAP” (Gioco Azzardo Patologico) sono stati 226, in AUMENTO rispetto al 2022, che ha censito n. 191 pazienti assistiti. Anno 2021 n. 202

Gli utenti inviati dalla Prefettura

Un'altra tipologia di utenti che accedono ai Ser.D. sono i soggetti inviati dalla Prefettura in quanto sottoposti a sanzione amministrativa, perché trovati in possesso di sostanze stupefacenti dalle forze dell'ordine.

Possiamo definire questi utenti come “provvisori”, poiché sono invitati a sottoporsi ad analisi tossicologiche e a colloqui medici, psicologici e sociali che si configurano come procedure diagnostiche tese ad accertare l'esistenza di un'eventuale stato di abuso o di tossicodipendenza; in caso di conferma di una siffatta diagnosi, vengono invitati, previo consenso, a seguire un programma terapeutico.

Spesso l'iter procedurale diagnostico si conclude con l'accertamento della non esistenza dello stato di tossicodipendenza, oppure i soggetti, benché invitati, non si presentano al servizio. Il conteggio di tali soggetti ci dà la misura della presenza di un'area di consumo di sostanze illegali che si affianca a quella del consumo problematico, configurabile come abuso o dipendenza.

Per migliorare il servizio nel senso di sensibilizzare sempre di più i consumatori occasionali di sostanze ad uno stile di vita più sano e sicuro l'équipe del DDP e l'équipe del NOT (Nucleo Operativo Tossicodipendenze presso la Prefettura) hanno negli anni passati predisposto un protocollo che mette in sinergia gli operatori dei due enti.

• Eventi sentinella - Aggressioni

La sicurezza e la dignità degli operatori rappresentano categorie di fondamentale importanza, al pari della sicurezza e della dignità degli utenti.

È noto che i tossicodipendenti sono, molto spesso, vicini al mondo criminale e manifestano frequentemente comportamenti minacciosi, aggressivi e non si può escludere il passaggio all'atto.

Sin dal 2010 il DDP della ASL Bari si è preoccupato di interpretare, i fenomeni di violenza nei confronti degli operatori e, conseguentemente, di adottare procedure finalizzate ad aumentare la sicurezza.

La violenza nei SerD è effetto di:

- psicopatologie frequenti (disturbi B.L. di personalità, antisociali e esplosivi intermittenti);
- attitudini personali di pazienti abituati a vivere in maniera violenta;
- mancanza o carenza di coerenza nei o fra i servizi;
- isolamento di alcuni servizi o di alcuni operatori nei servizi.

Le forme della violenza sono generalmente verbali (insulti e minacce) non spesso la violenza prima che agli operatori è rivolta ad altri utenti (vecchi rancori tra famiglie ma anche forme di razzismo o classismo).

La gestione della violenza richiede unanimemente i seguenti elementi:

- chiara condivisione degli obiettivi del lavoro nel SerD fra gli operatori;
- chiara condivisione delle procedure di lavoro fra gli operatori del SerD;
- potenziamento della capacità empatica;
- dialogo con le Forze dell'Ordine e con gli altri servizi del territorio.

Utenti Pericolosi nei SerT	2020	2021	2022	2023
Segnalazioni (eventi sentinella)	8	2	6	1
Infortuni da "aggressioni"	0	0	1	2

• Gli utenti in Comunità Terapeutica

Si riporta un quadro riassuntivo degli utenti inviati presso le Comunità terapeutiche per tossicodipendenti

	Anno 2022	Anno 2023
Utenti totali in Comunità terapeutiche	228	259

7.4 Analisi dei dati di attività rispetto al P.I.A.O. 2023-2025

Le attività e gli indicatori relativi all'Assistenza Territoriale vengono di seguito analizzati rispetto alle Macroaree di riferimento dell'albero della performance considerate in fase di assegnazione degli obiettivi 2023 alle diverse UU.OO..

Macroarea "Assistenza Sanitaria Territoriale"

La legislazione nazionale e regionale attribuisce al Distretto Socio Sanitario, quale articolazione organizzativa dell'ASL, un ruolo fondamentale nello sviluppo dell'assistenza territoriale in particolare a quanti sono in condizioni di fragilità e/o bisognosi di cure con elevato grado di complessità.

Attraverso il ciclo di gestione della performance viene, quindi, sostenuta l'efficacia degli interventi, nel rispetto degli indirizzi e delle strategie delineate dallo Stato, dalla Regione e dalla Direzione Strategica dell'ASL, in modo da soddisfare i bisogni e le aspettative di salute, di prevenzione e di assistenza socio-sanitaria dell'utenza. In tale senso vanno interpretate le azioni poste in essere nel corso del 2023 dal livello di Assistenza Territoriale alcune delle quali sono:

- monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva con consequenziali incontri formativi tra medici prescrittori, specialisti ospedalieri e farmacisti dell'Area Farmaceutica al fine di condividere i comportamenti prescrittivi corretti ribadendo l'importanza dell'uso di specialità medicinali equivalenti a minor costo e a pari efficacia in luogo dei farmaci *brand*.
- ottimizzazione dell'appropriatezza della presa in carico del paziente con la ricezione della domanda di assistenza presso la Porta Unica d'Accesso (P.U.A.), la successiva valutazione multidimensionale in sede di U.V.M., l'elaborazione del Piano di Assistenza Individuale (PAI) per concludersi con l'accesso ai Servizi e alle cure richieste / programmate;
- semplificazione nell'informazione al cittadino e facilitazione nell'accesso integrato ai Servizi socio-sanitari previsti dai LEA territoriali definendo percorsi assistenziali domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali chiari, adeguati e di provata efficacia;
- miglioramento continuo della continuità assistenziale che risulta determinante quando il paziente si trova nella necessità clinica di passare da un livello o *setting* assistenziale ad un altro (c.d. dimissioni protette);
- standardizzazione di protocolli amministrativi per la gestione dell'accesso dei pazienti alla Rete assistenziale semiresidenziale e residenziale;
- riconoscimento del ruolo centrale della Medicina di base (M.M.G e P.L.S.) quale snodo imprescindibile di ogni azione sanitaria e socio-sanitaria;
- monitoraggio delle cronicità e attuazione delle necessarie azioni assistenziali
- potenziamento della prevenzione svolgendo attività di promozione e protezione della salute attraverso l'adozione di stili di vita non a rischio;
- potenziamento della rete delle cure domiciliari in tutte le sue forme e rivolta ad una platea sempre più ampia di potenziali beneficiari, con particolare attenzione all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI sanitaria e socio-sanitaria), al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio degli assistiti, contrastando sia il ricorso inappropriato al ricovero ospedaliero, sia il ricorso eccessivo al ricovero in residenze assistenziali. Si riportano, a tal proposito, alcuni dati relativi all'assistenza domiciliare:

Percentuale di popolazione anziana (età >=65) in cure domiciliari:

	2021	2022	2023
Num. utenti in Cure Domiciliari età >=65 anni	15.066	14.367	22.735
Popolazione residente età >=65 anni	276.781	279.852	284.516
Incidenza =>	5,4%	5,1%	8,0%

Fonte: Elaborazioni C.d.G. su dati Edotto DISAR

La percentuale di popolazione anziana (età >= 65 anni) in cure domiciliari riporta un sensibile incremento passando dal 5,1% del 2022 al 8,0% del 2023.

Il rapporto tra il numero Piani Assistenziali Individuali con numero di accessi corrispondenti a quanto previsto ed il numero di P.A.I. totali subisce una leggera contrazione passando dal 64% del 2022 al 63% del 2023 tuttavia si rileva un deciso incremento nel numero di P.A.I. totali tra i due anni passando da circa n.7.500 ad oltre n.29.000.

DISTRETTO	2021			2022			2023		
	N. PAI Totali	N. PAI CON NUMERO ACCESSI CORRISPONDENTI A QUANTO PREVISTO	% PAI	N. PAI Totali	N. PAI CON NUMERO ACCESSI CORRISPONDENTI A QUANTO PREVISTO	% PAI	N. PAI Totali	N. PAI CON NUMERO ACCESSI CORRISPONDENTI A QUANTO PREVISTO	% PAI
Totale ASL BA	7.671	4.832	63%	7.557	4.863	64%	29.351	18.305	62%
Distretto S.S. Bari	2.268	1.541	68%	2.141	1.510	71%	6.968	4.319	62%
Distretto S.S. n. 1	183	131	72%	202	169	84%	1.737	1.339	77%
Distretto S.S. n. 2	493	344	70%	542	379	70%	2.550	1.643	64%
Distretto S.S. n. 3	467	349	75%	388	309	80%	2.057	1.423	69%
Distretto S.S. n. 4	1.159	490	42%	1.202	569	47%	4.005	2.038	51%
Distretto S.S. n. 5	767	349	46%	738	241	33%	2.205	1.264	57%
Distretto S.S. n. 9	330	179	54%	381	267	70%	1.496	957	64%
Distretto S.S. n. 10	578	479	83%	574	467	81%	1.589	1.185	75%
Distretto S.S. n. 11	355	262	74%	345	261	76%	1.866	1.011	54%
Distretto S.S. n. 12	286	220	77%	257	207	81%	1.637	1.225	75%
Distretto S.S. n. 13	248	178	72%	229	173	76%	1.067	681	64%
Distretto S.S. n. 14	537	310	58%	558	311	56%	2.174	1.220	56%

Macroarea “Assistenza Farmaceutica”

- Spesa Farmaceutica convenzionata

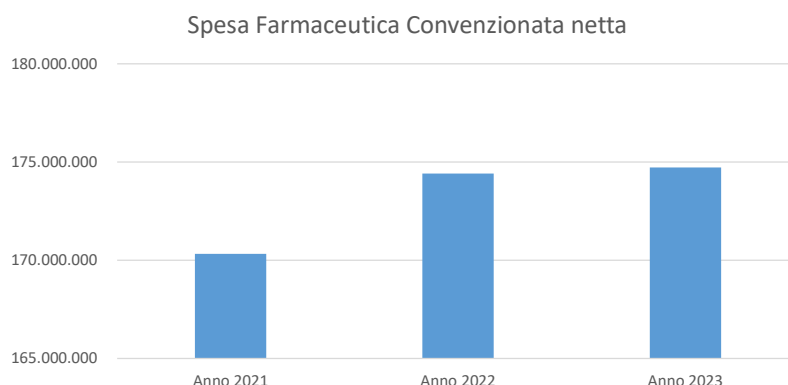
La spesa per Farmaceutica Convenzionata (al netto dei ticket a carico dei cittadini) è rimasta sostanzialmente invariata nel 2023 rispetto al 2022 (+0,17%). Di seguito si riporta la matrice riepilogativa per Distretto Socio Sanitario del confronto tra i due esercizi:

Distretto	Farmaceutica convenzionata 2022	Farmaceutica convenzionata 2023	Differenza 2023-2022	Scostam.
Distretto S.S. n. 1	11.874.203	11.843.903	- 30.300	-0,26%
Distretto S.S. n. 2	14.365.032	14.381.975	16.944	0,12%
Distretto S.S. n. 3	11.046.686	11.120.494	73.808	0,67%
Distretto S.S. n. 4	17.568.739	17.621.831	53.091	0,30%
Distretto S.S. n. 5	9.564.135	9.332.095	- 232.040	-2,43%
Distretto S.S. Unico - Bari	46.813.991	46.462.515	- 351.475	-0,75%
Distretto S.S. n. 9	8.586.621	8.725.026	138.406	1,61%
Distretto S.S. n. 10	11.219.968	11.240.519	20.551	0,18%
Distretto S.S. n. 11	9.156.128	9.292.596	136.469	1,49%
Distretto S.S. n. 12	12.461.723	12.917.355	455.631	3,66%
Distretto S.S. n. 13	9.779.114	9.595.016	- 184.099	-1,88%
Distretto S.S. n. 14	11.978.726	12.173.939	195.213	1,63%
Totale	174.415.066	174.707.264	292.197	0,17%

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

L'andamento della spesa farmaceutica convenzionata degli ultimi tre anni è di seguito rappresentato:

	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
Spesa Farmaceutica Convenzionata netta	170.324.173,46	174.415.066,35	174.707.263,74
Scostamento rispetto all'anno precedente		4.090.892,89	292.197,39



Fonte: Elaborazioni C.d.G.

- Uso ospedaliero appropriato dei beni sanitari

Anche nel 2023 è stato assicurato dalle Direzioni Amministrative dei Presidi Ospedalieri aziendali, congiuntamente al Dipartimento Aziendale di Gestione del Farmaco, il monitoraggio semestrale della spesa per beni sanitari. Tale monitoraggio ha visto il coinvolgimento diretto dei Direttori delle UU.OO. e dei Direttori di Dipartimento Ospedaliero in incontri periodici dedicati all'andamento della spesa in questione.

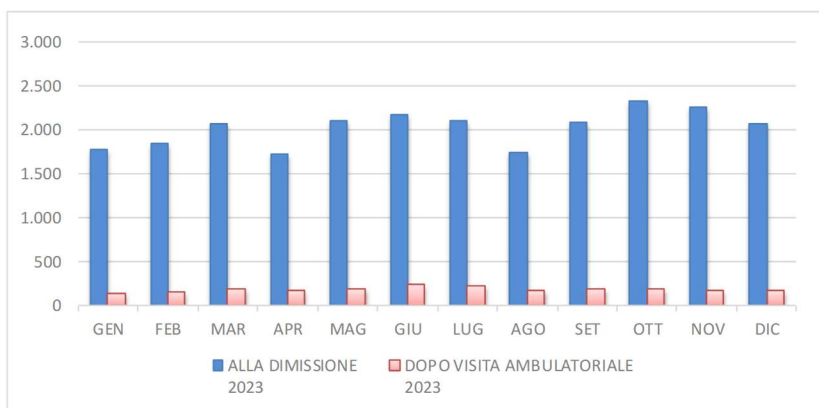
- Monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva, relazioni trimestrali sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati e adesione dei piani terapeutici alle linee guida nazionali e regionali in materia di appropriatezza prescrittiva

Al fine di monitorare i comportamenti prescrittivi dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS), non in linea con le medie attese dato il persistente scostamento del tetto di spesa farmaceutica convenzionata della Regione Puglia dal valore definito in ambito nazionale, sono stati elaborati dall'Area Gestione Farmaceutica Territoriale report trimestrali a seguito di analisi effettuate sui medici convenzionati che, nelle prescrizioni, si sono discostati maggiormente dalle medie nazionali sia in termini di spesa che di consumi.

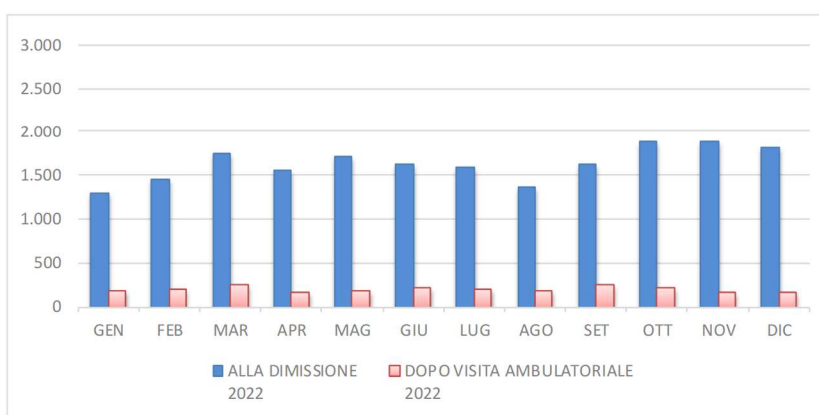
- Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto ed Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale

L'andamento delle erogazioni di farmaci in distribuzione diretta nelle farmacie della ASL Bari, a seguito di prescrizioni del primo ciclo di terapia sul Sistema Informativo Sanitario Regionale EDOTTO, nel corso degli anni 2022 e 2023 è di seguito rappresentato:

Prescrizioni per primo ciclo di terapia		
Anno 2023	ALLA DIMISSIONE 2023	DOPO VISITA AMBULATORIALE 2023
GEN	1.773	139
FEB	1.851	167
MAR	2.066	191
APR	1.733	181
MAG	2.113	197
GIU	2.169	250
LUG	2.103	235
AGO	1.740	176
SET	2.085	188
OTT	2.332	198
NOV	2.267	177
DIC	2.075	172
Totale 2023	24.307	2.271



Anno 2022	ALLA DIMISSIONE 2022	DOPO VISITA AMBULATORIALE 2022
GEN	1.294	177
FEB	1.448	205
MAR	1.740	248
APR	1.555	174
MAG	1.711	186
GIU	1.618	210
LUG	1.595	194
AGO	1.358	190
SET	1.628	246
OTT	1.885	210
NOV	1.888	159
DIC	1.815	171
Totale 2022	19.535	2.370



Prescrizioni per primo ciclo di terapia
Fonte: Sistema Informativo Sanitario Regionale - EDOTTO.

8. Assistenza negli ambienti di vita e nei luoghi di lavoro

8.1 Dati di struttura

Con la Deliberazione del Direttore Generale n.706 del 29/04/2013 è stato recepito il Regolamento Regionale 18/12/2012 n.30, che modifica ed integra il precedente R.R. 30/06/2009 n.13, relativo alla organizzazione del Dipartimento di Prevenzione. In particolare, il territorio di competenza, ovvero quello riferibile alla ex Provincia di Bari, è stato suddiviso in tre aree territoriali (Area Nord, Area Metropolitana e Area Sud) seguendo il criterio dei potenziali carichi di lavoro.

Alla luce di quanto previsto nella citata D.D.G. n.706/2013 e di quanto indicato nella D.D.G. n.446/2024, relativa alla ridefinizione dell'assetto dipartimentale dell'ASL Bari, le strutture presenti all'interno di ciascuna delle tre macroaree sono di seguito elencate:

- Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP),
- Servizio Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPESAL),
- Servizio Igiene degli alimenti e della nutrizione (SIAN),
- Servizio Veterinario Sanità animale (SIAV AREA A),
- Servizio Veterinario Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (SIAV AREA B),
- Servizio Veterinario Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (SIAV AREA C);

Altre strutture del Dipartimento di Prevenzione sono:

- Sezione Provinciale COMIMP
- Igiene Industriale
- Epidemiologia, malattie cronico-degenerative, Registro tumori, ReNCaM e Centro Screening
- Screening colon retto - Endoscopia Digestiva
- Screening mammario - Radiodiagnostica Senologica
- Screening cervice uterina
- Randagismo
- Medicina Legale – Territorio
- Servizio Tecnico di Prevenzione
- Direzione Amministrativa

8.2 Dati di attività

Di seguito si riportano le principali attività svolte nel corso del 2023 dai diversi servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione:

Servizio di Igiene e Sanità Pubblica:

- adeguamento dei protocolli operativi di igiene ambientale;
- offerta attiva del vaccino anti HPV alle donne al 25° anno di vita;
- adozione del nuovo vaccino antimeningococcico tipo B;
- coordinamento attività programmi di screening;
- potenziamento attività di controllo di strutture sanitarie non accreditate ed autorizzate

- per attività di diagnostica per immagini, FTK e riabilitazione, laboratorio di analisi;
- potenziamento attività di controllo di strutture socio sanitarie e socio assistenziali.

Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione:

- campionamento di verifica del contenuto e delle proprietà dei prodotti fitosanitari (DGR n.788/11 scheda 5);
- potenziamento attività di controllo locali di deposito ed esercizio rivendita prodotti fitosanitari;
- controlli ispettivi e documentali e prelievo campioni secondo numeri e matrici previsti per ogni territorio dai piani regionali;
- promozione della sicurezza nutrizionale ai fini della riduzione dei disordini da carenza iodica;
- potenziamento della formazione professionale in materia di celiachia ed alimentazione senza glutine.

Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di Lavoro:

- potenziamento attività di controllo locali di deposito ed esercizio rivendita prodotti fitosanitari;
- potenziamento dei controlli nelle aziende agricole con dipendenti;
- ottimizzazione delle procedure su interventi congiunti con la Procura della Repubblica;
- attività di prevenzione infortuni mortali ed invalidanti in edilizia;
- potenziamento delle attività ispettive nei cantieri bonifica amianto.

Servizio Veterinario Area A - Sanità Animale

- attività di controllo e contenimento del randagismo: cattura cani randagi, identificazione ed iscrizione all'Anagrafe Canina Regionale;
- attività di profilassi per il controllo degli allevamenti per TBC – LEB - BR bovina
- attività di profilassi per il controllo degli allevamenti per BR ovicaprina
- attività di profilassi per il controllo degli allevamenti per MVS

Servizio Veterinario Area B – Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati

- implementazione del sistema per la sorveglianza e il controllo delle patologie dell'uomo causate da Anisakis con verifiche degli Operatori del Settore Alimenti in materia di vendita e somministrazione di pesce crudo o praticamente crudo;
- controlli ufficiali del latte crudo negli stabilimenti lattiero-caseari svolti in conformità dell'allegato IV° del Reg. CE n.854/2004;
- controlli ispettivi e documentali e prelievo campioni secondo numeri e matrici previsti per ogni territorio dal PRIC;
- controllo sulla protezione degli animali destinati alla macellazione, durante il trasporto.

Servizio Veterinario Area C – Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

- potenziamento del controllo ufficiale sui mangimifici e determinazione del profilo di rischio dei relativi stabilimenti;
- potenziamento dei controlli ufficiali sui depositi di mangimi;
- potenziamento dei controlli ufficiali sui depositi di medicinali veterinari;
- potenziamento dei controlli ufficiali sulle strutture di cure veterinarie;
- attuazione del Piano dell'Alimentazione Animale;
- attuazione del Piano Nazionale Residui.

8.3 Analisi dei dati di attività rispetto al P.I.A.O. 2023-2025

Le attività e gli indicatori relativi all'Assistenza negli ambienti di vita e nei luoghi di lavoro vengono di seguito analizzati rispetto alla Macroarea di riferimento dell'albero della performance considerate in fase di assegnazione degli obiettivi 2023 alle diverse UU.OO..

Macroarea "Prevenzione"

Principali dati relativi agli screening oncologici

Relativamente all'estensione ed alla adesione della popolazione target dell'Area Metropolitana di Bari per gli screening oncologici, sono di seguito rappresentate le relative percentuali riferite al periodo 2020-2023 (i dati riferiti a quest'ultimo sono in fase di consolidamento):

SCREENING DEL CARCINOMA CERVICO-UTERINO

	2020	2021	2022	2023*
Estensione	53,4%	84,4%	96,9%	102,7%
Adesione	36,0%	38,0%	38,4%	39,7%

Fonte: Dipartimento di Prevenzione

* dati in fase di consolidamento

SCREENING DEL CARCINOMA MAMMARIO

	2020	2021	2022	2023*
Estensione	22,2%	45,6%	82,8%	80,5%
Adesione	45,3%	58,4%	48,0%	60,7%

Fonte: Dipartimento di Prevenzione

* dati in fase di consolidamento

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

SCREENING DEL COLON RETTO

	2020	2021	2022	2023*
Estensione	11,4%	31,7%	52,7%	101,3%
Adesione	18,4%	18,6%	18,3%	17,8%

Fonte: Dipartimento di Prevenzione

* dati in fase di consolidamento

Principali dati relativi alla copertura vaccinale

Nel quadriennio 2020-2023 la copertura vaccinale della popolazione residente nell'ambito dell'Area Metropolitana di Bari, viene di seguito rappresentata:

	2020	2021	2022	2023*
Esavalente (24 mesi)	95,20%	95,19%	94,72%	90,51%
MPR (24 mesi)	93,00%	93,91%	93,32%	90,75%
Meningococco ACYW	66,00%	60,09%	85,74%	82,50%
Pneumococco	93,00%	92,88%	93%	88%
HPV	60,00%	41,63%	61%	54%
Influenza (anziani)	62,60%	52,47%	59,98%	50,39%

Fonte: Dipartimento di Prevenzione

* dati in fase di consolidamento

9. Altri obiettivi strategici

Macroarea "Sanità Digitale"

- Diffusione dei servizi online sul portale regionale della salute

Il Portale Regionale della Salute, ovvero il sito istituzionale della ASL Bari, è gestito, dal punto di vista tecnico, da InnovaPuglia S.p.a.. La gestione editoriale avviene, a cura dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico, con aggiornamenti e modifiche dei dati sull'organizzazione aziendale, in sezioni dedicate, e con la redazione di news oltre ad altre informazioni di pubblica utilità. La verifica dell'uso del portale da parte dei cittadini/utenti consente di riepilogare, sinteticamente, alcuni dati significativi:

	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
Visualizzazioni di pagine in navigazione sul sito	12.026.417	8.443.734	3.537.043
Visualizzazioni di singola pagina sul sito	8.262.961	6.001.448	2.263.383
Accessi	3.122.004	2.308.753	619.898

Fonte: Ufficio Relazioni con il Pubblico

Inoltre la diffusione dei servizi online sul portale regionale della salute è stata effettuata anche attivando sin dal 2016 le operazioni di prenotazione, disdetta e pagamento sul portale della ASL Bari

In riferimento alla qualità dei servizi erogati è da rilevare che la ASL, per il tramite del Servizio di Informazione e comunicazione istituzionale, a cui afferisce l'Ufficio Stampa e l'Ufficio Relazioni con il Pubblico e Comunicazione, gestisce da qualche anno una pagina Facebook, sulla quale vengono postati notizie, video e spot dedicati alle campagne di informazione e sensibilizzazione legate ai principali aspetti legati alla tutela della salute, alla prevenzione e all'educazione ai corretti stili di vita, che consente di comprendere il livello di soddisfazione e i bisogni/desideri del paziente-utente attraverso il numero e le tipologie di

interazioni. Attualmente risultano attivi anche i profili Twitter, Instagram, Messenger e LinkedIn. Nella successiva tabella si riportano i principali dati di attività degli ultimi anni della pagina Facebook:

	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
Post pubblicati	1.097	433	358
Followers	34.809	40.056	45.800

- Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata

Dai dati rilevati dal Sistema Tessera Sanitaria (T.S.) relativi agli anni 2017-2023 si riscontra un progressivo incremento del numero di prescrizioni dematerializzate rispetto a quelle cartacee, come di seguito riportato:

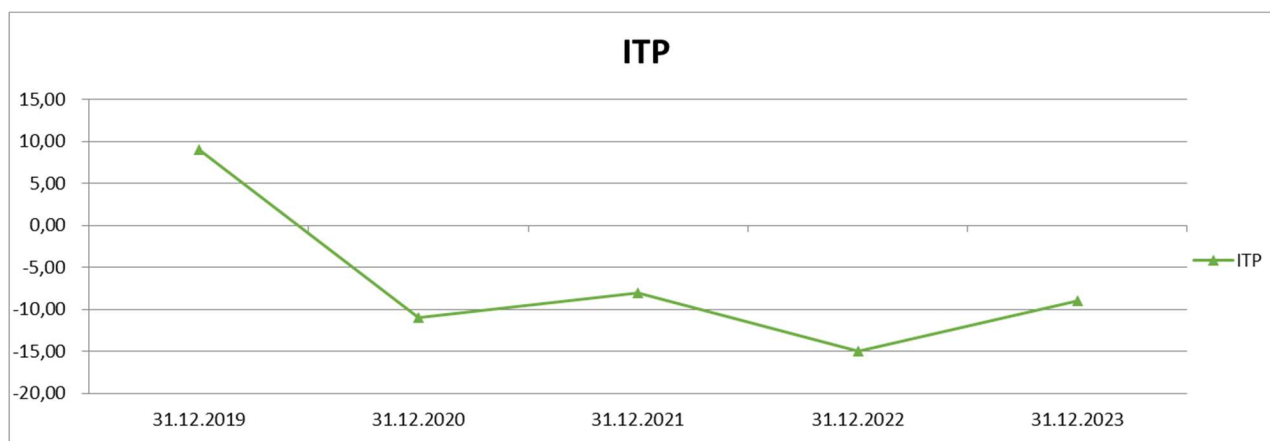
Anno	TOTALE	Dematerializzate		Cartacee	
		N.	%	N.	%
2017	3.116.044	1.608.290	52%	1.507.754	48%
2018	3.183.348	1.994.641	63%	1.188.707	37%
2019	2.971.761	1.993.047	67%	978.714	33%
2020	2.602.219	2.107.151	81%	495.068	19%
2021	3.111.423	2.741.309	88%	370.114	12%
2022	3.226.688	2.943.373	91%	283.315	9%
2023	3.472.972	3.223.169	93%	249.803	7%

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

Macroarea “Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa”

- Tempi di Pagamento dei fornitori

Il trend di miglioramento della performance aziendale, con riferimento ai tempi di pagamento dei fornitori, è stato confermato dapprima nel 2021 (-8), successivamente nel 2022 (-15) e anche nel 2023 con una performance pari a -9, a dimostrazione che l'Azienda, allo stato attuale, paga i suoi fornitori mediamente con un anticipo di 9 giorni rispetto alla scadenza.



Fonte: A.G.R.F.

- Costo assistenza ospedaliera

Di seguito si riporta il riepilogo dei Ricavi e dei Costi di tutti gli Ospedali aziendali a gestione diretta riferiti agli esercizi 2022 e 2023.

	ANNO 2023	ANNO 2022	Confronto 2023-2022	
			N.	%
<u>RICAVI OPERATIVI</u>	343 853 653	346 494 837	-2 641 184	-1%
<i><u>Ricoveri</u></i>	<i>162 328 749</i>	<i>148 013 108</i>	<i>14 315 641</i>	<i>10%</i>
Ricoveri Ordinari	145 007 753	131 566 050	13 441 703	10%
Ricoveri in Lungodegenza	1 393 300	1 264 001	129 298	10%
Ricoveri in Riabilitazione	1 070 518	919 364	151 154	16%
Ricoveri in Terapia Intensiva	10 620 722	10 317 957	302 765	3%
Ricoveri in Nido	3 280 247	3 192 965	87 282	3%
Ricoveri in day Hospital	956 210	752 771	203 439	27%
<i><u>Prestazioni Ambulatoriali</u></i>	<i>148 238 925</i>	<i>142 651 400</i>	<i>5 587 525</i>	<i>4%</i>
Prestazioni ad interni	51 732 154	54 367 675	-2 635 521	-5%
Prestazioni ad esterni	76 745 387	71 239 478	5 505 909	8%
Prestazioni di Pronto Soccorso	19 761 384	17 044 247	2 717 137	16%
<i><u>Somm. Diretta Farmaci</u></i>	<i>9 898 929</i>	<i>9 420 708</i>	<i>478 221</i>	<i>5%</i>
<i><u>Cessione Emoderivati</u></i>	<i>2 028 775</i>	<i>2 354 915</i>	<i>-326 140</i>	<i>-14%</i>
<i><u>Altri Ricavi</u></i>	<i>21 358 275</i>	<i>44 054 706</i>	<i>-22 696 431</i>	<i>-52%</i>
<u>COSTI OPERATIVI</u>	488 281 171	519 152 168	-30 870 997	-6%
<i><u>Personale</u></i>	<i>283 454 816</i>	<i>298 709 422</i>	<i>-15 254 606</i>	<i>-5%</i>
Ruolo Sanitario	248 537 215	243 247 800	5 289 415	2%
Ruolo Professionale	0	0		
Ruolo Tecnico	11 169 959	31 918 062	-20 748 103	-65%
Ruolo Amministrativo	6 124 321	6 326 554	-202 233	-3%
IRAP	17 623 322	17 217 006	406 316	2%
<i><u>Acquisti di materiale</u></i>	<i>99 497 286</i>	<i>90 909 153</i>	<i>8 588 133</i>	<i>9%</i>
<i><u>Materiale Sanitario</u></i>	<i>97 399 566</i>	<i>88 700 375</i>	<i>8 699 192</i>	<i>10%</i>
Farmaci	19 590 547	17 518 495	2 072 051	12%
Sieri e vaccini	759	235	524	222%
Sangue ed Emoderivati	240 164	332 139	-91 975	-28%
Materiale diagn. Laboratori	26 610 403	25 246 639	1 363 764	5%
Materiale per Radiologia	1 820 612	1 611 834	208 778	13%
Presidi chir. e materiale sanitario	26 419 849	23 781 454	2 638 395	11%
Materiale protesico	16 329 555	14 098 829	2 230 727	16%
Materiale per Emodialisi	2 888 481	2 856 705	31 776	1%
Altro materiale sanitario	3 499 197	3 254 044	245 153	8%
<i><u>Materiale non Sanitario</u></i>	<i>2 097 720</i>	<i>2 208 778</i>	<i>-111 059</i>	<i>-5%</i>
<i><u>Manutenzioni</u></i>	<i>16 134 230</i>	<i>13 668 516</i>	<i>2 465 714</i>	<i>18%</i>
<i><u>Servizi non sanitari</u></i>	<i>14 168 743</i>	<i>16 309 022</i>	<i>-2 140 279</i>	<i>-13%</i>
<i><u>Altri Costi</u></i>	<i>30 377 280</i>	<i>55 965 467</i>	<i>-25 588 188</i>	<i>-46%</i>
<i><u>Prestaz. ambulat. per interni</u></i>	<i>44 648 817</i>	<i>43 590 589</i>	<i>1 058 228</i>	<i>2%</i>
<u>DIFFERENZA</u>	-144 427 518	-172 657 331	28 229 813	16%

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

I Ricavi operativi tra il 2022 ed il 2023 al netto degli “Altri ricavi” (prevalentemente Ammortamenti) aumentano del 6,6% passando da €.302.440.131 ad €.322.495.378 grazie alla ripresa delle attività ambulatoriali esterne, quelle di ricovero programmato e le attività chirurgiche in elezione. Diminuiscono Costi operativi per assunzioni di personale (-5%), mentre aumentano quelli per acquisti di materiale sanitario (+10%) e per Manutenzioni (+18%), mentre diminuiscono significativamente i costi per acquisto di servizi non sanitari (-13%) e per materiale non sanitario (-5%). Diminuiscono anche gli “Altri costi” in cui sono ricompresi sia i costi di personale per prestazioni aggiuntive dedicate alla campagna vaccinale straordinaria anti CoVID-19 del 2022 sia le quote di ammortamento per attrezzature tecnico-sanitarie destinate alle UU.OO. impegnate a fronteggiare l'emergenza pandemica del 2022.

Potenziamento delle attività nell'ambito del Rischio Clinico

L'UOC Medicina Forense, Gestione Rischio Clinico, Sistema Qualità e Formazione, nonostante l'andamento pandemico, ha svolto nell'anno 2023 le seguenti principali attività:

- monitoraggio trimestrale, tramite format da compilare a carico delle Unità Operative dei Punti Nascita secondo la procedura aziendale di implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali n.6 e n.16 adottate nel 2019. Gli esiti sono stati trasmessi alla Direzione Strategica per le azioni correttive e migliorative di competenza. Tale azione è stata posta in essere per promuovere condotte di messa in sicurezza nelle Unità Operative coinvolte nella gestione delle gravidanze;
- monitoraggio trimestrale, tramite format da compilare a carico delle UU.OO. secondo la procedura aziendale di implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 4 adottata nel 2022. Gli esiti sono stati trasmessi alla Direzione Strategica per le azioni correttive e migliorative di competenza. Tale azione è stata posta in essere per promuovere condotte di messa in sicurezza nelle Unità Operative coinvolte nella gestione del rischio suicidario del paziente in ambito ospedaliero;
- redazione di n.36 valutazioni medico-legali su richiesta della SBL, in gran parte per richieste di risarcimento danni per presunta *malpractice*. I pareri hanno consentito sia di strutturare il Fondo Rischi 2023, sia di consentire al CVS di definire richieste risarcitorie in ambito extragiudiziario e di contenzioso giudiziario;
- promozione di corsi base per la Gestione del Rischio Clinico: 13 edizioni con la formazione di n. 289 Referenti del Rischio delle UUOO che hanno partecipato
- promozione e attuazione di audit, soprattutto reattivi a eventi avversi, con promozione di una prassi relazionale di gruppo fortemente incidente sulla sicurezza delle cure. Gli esiti sono stati trasmessi alla Direzione Strategica per le azioni correttive e migliorative di competenza
- elaborazione e deliberazione della Procedura Aziendale sulla *checklist* di Sala Operatoria, giusta D.D.G.n.389 del 24/02/2023
- elaborazione e deliberazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione Ministeriale n.8, giusta D.D.G.n.2488 del 13/12/2023, sulla prevenzione e gestione delle aggressioni al personale sanitario
- promozione di un'indagine Conoscitiva sulla Raccomandazione n.1 attraverso un questionario somministrato ai Referenti del Rischio di ciascuna UO in cui la Raccomandazione è implementabile. Gli esiti sono stati trasmessi alla Direzione Strategica per le azioni correttive e migliorative di competenza.

Realizzazione del Piano degli Investimenti

Il Piano degli investimenti 2023-2025 è stato elaborato dai Direttori dell'Area Gestione Tecnica, dell'Area Gestione del patrimonio, della U.O.C. Ingegneria Clinica e della U.O.C. Analisi e Sviluppo del Sistema Informativo Aziendale ed approvato, quale allegato del "Bilancio Economico Preventivo e Budget generale per l'esercizio 2023", con DDG.n.2559 del 30/12/2022.

Pari opportunità

Il Piano delle Azioni Positive, allegato al Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025, approvato con D.D.G.n.212 del 31/01/2023 prevede, tra l'altro, all'azione 12 del paragrafo sulle "Pari opportunità", l'elaborazione del terzo bilancio di genere aziendale.

Con D.D.G.n.2512 del 18/12/2023 è stato approvato il terzo Bilancio di Genere dell'ASL Bari riferito all'esercizio 2022.

Leggere i bilanci degli enti pubblici in chiave di genere è un importante strumento di *mainstreaming* che consente di analizzare e contribuire a ridurre le disuguaglianze di genere attraverso un esercizio di trasparenza, democrazia e rendicontazione della gestione e distribuzione delle risorse pubbliche, a vantaggio dell'intera collettività.

In tal modo, gli amministratori possono essere maggiormente consapevoli delle conseguenze su donne e uomini del loro agire, per poter condurre una azione politica non solo più equa, ma anche più efficace ed efficiente.

Il Bilancio di Genere dell'ASL Bari non si limita, comunque, ad analisi esclusivamente economico-finanziarie bensì introduce forme di raccordo informativo tra queste e gli esiti delle attività svolte dai principali attori aziendali cui sono istituzionalmente attribuiti compiti funzionali al perseguimento di obiettivi sanitari specifici, tanto ospedalieri che territoriali, nonché obiettivi trasversali volti al progressivo miglioramento quali-quantitativo dei servizi erogati e al raggiungimento di maggiori livelli di trasparenza e *accountability*.

Prevenzione della corruzione e Trasparenza amministrativa

La ASL di Bari, in ottemperanza alle norme in tema di anticorruzione e trasparenza (legge delega n. 190/2012 e decreto delegato in tema di trasparenza n.33/2013, come aggiornato con d. lgs. 97/2016), con deliberazione n.212 del 31.01.2023 ha adottato il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2023/2025 nel cui ambito è stata ricompresa la sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" che include – come esplicitamente previsto a seguito delle modifiche introdotte nel 2016, apposita sezione "Trasparenza", in relazione al triennio 2023/2025.

La rispondenza della programmazione assicurata dall'Azienda con il detto Piano, rispetto alle indicazioni fornite dall'ANAC con i PNA succedutisi nel tempo, trova una prima conferma nella valutazione indipendente del Piano stesso, la quale ha evidenziato – nel più ampio contesto del Forum per l'Integrità in Sanità, organizzato da Transparency Italia ed a cui la ASL ha aderito sin dal 2020 – risultati superiori alla media di aziende/enti del S.S.R.

Anche a livello di obiettivi operativi di budget per l'anno 2023, approvati unitamente al P.I.A.O. 2023-2025 con la citata DDG n.212/2023, si conferma la previsione specifica di un obiettivo trasversale in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza, idoneo a garantire il necessario raccordo con il ciclo di gestione della performance.

L'anzidetto obiettivo trasversale è stato ulteriormente suddiviso, all'atto della declinazione in "Piani Operativi" contenenti indicazione anche della équipe coinvolta per ciascuna articolazione aziendale nelle attività programmate, in due azioni con le quali le Macrostrutture aziendali vengono chiamate a garantire:

- a. sia l'attuazione delle misure di contenimento del rischio di corruzione, così come previste ed assegnate dalla sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del P.I.A.O. 2023-2025 per l'anno 2023 ed oggetto di elencazione puntuale alla tabella delle misure anticorruzione, allegata sub 1) al P.I.A.O. 2023-2025;
- b. sia il corretto rispetto degli obblighi di trasparenza di cui tanto al D.Lgs.n.33/2013 quanto agli ulteriori provvedimenti normativi che abbiano introdotto obblighi di pubblicazione, secondo quanto previsto dalla sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del P.I.A.O. 2023-2025 e di cui alla tabella ivi sub 2).

Si segnala che, in continuità di quanto iniziato nell'anno precedente, anche per l'anno 2023, oltre alla bipartizione anzidetta tra obiettivo anticorruzione e obiettivo trasparenza:

1. viene estesa la platea dei Direttori/Responsabili destinatari degli obiettivi in materia di integrità, a seguito dell'aggiornamento delle attività esposte a rischio corruttivo, secondo quanto previsto dal PNA 2019 e del completamento della valutazione e trattamento dei rischi specifici per le Amministrazioni sanitarie, oggetto dell'Aggiornamento 2015 PNA e del PNA 2016, oltre che a seguito della previsione di una puntuale misura trasversale relativa ai rapporti con la società in-house Sanitaservice ASL BA;
2. talune misure di trattamento del rischio corruttivo vengono previste anche quali obiettivi di budget, così da rafforzare la responsabilizzazione dei Dirigenti alla loro attuazione.

Relativamente all'attività in capo all'OIV di audit e attestazione sull'assolvimento da parte dell'Amministrazione degli adempimenti in materia di trasparenza, *rectius* degli obblighi di pubblicazione obbligatoria, previsti dal citato d. lgs. 33/2013, in virtù della delibera ANAC n.213 del 23.04.2024 il termine per l'adempimento è stato, per l'anno 2024, previsto per il 15.07.2024. Gli esiti dell'attività di verifica ed attestazione svolta dall'OIV saranno pubblicati entro la medesima data sulla sezione "Amministrazione Trasparente/Controlli e rilievi sull'amministrazione/OIV", del sito web aziendale, e riportano il conseguimento di risultati largamente positivi (<https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari/organismi-indipendenti-di-valutazione-nuclei-di-valutazione-o-altri-organismi-con-funzioni-analoghe>).

10.Obiettivi annuali

Si rendicontano, nell'Allegato 1, i risultati ottenuti, con riferimento ai singoli obiettivi annuali, dalle Aree di Gestione, Uffici di Staff, Distretti Socio-Sanitari, Dipartimenti Ospedalieri e Territoriali, Direzioni Amministrative PP.OO. della Asl Bari.

11. Performance organizzativa complessiva ed individuale

Sulla base della valutazione espressa dall'O.I.V., si riportano nella successiva tabella i dati riepilogativi, raggruppati per fasce percentuali, del grado di raggiungimento degli obiettivi di **performance organizzativa anno 2023**:

% Raggiungimento	Numero U.O.	%
≥80%	195	90%
40%-79%	22	10%
<40%	0	0%
TOTALE	217	100%

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

Le schede di budget valutate sono state inviate ai Direttori/Responsabili delle Strutture Aziendali per la dovuta informazione e per consentire eventuali istanze di revisione.

Si riportano inoltre il numero di valutazioni di performance individuale, raggruppati per categorie di personale oggetto della valutazione e i dati riepilogativi, raggruppati per fasce di valutazione, del grado di raggiungimento degli obiettivi di **performance individuale**. La procedura risulta ancora in corso alla data di approvazione della presente relazione.

	DIRIGENZA	COMPARTO	TOTALE
Valutati	2.233	7.819	10.052
Non Valutati	8	16	24
Non Valutabili	47	163	210
TOTALE	2.288	7.998	10.286

	DIRIGENZA	COMPARTO	TOTALE
Ottimo	2.188	7.735	9.923
Buono	37	66	103
Sufficiente	3	15	18
Insoddisfacente	5	3	8
TOTALE	2.233	7.819	10.052

Fonte: Elaborazioni C.d.G. su dati A.G.R.U.

12. Processo di misurazione e valutazione

Nel periodo ottobre - dicembre 2022, in applicazione delle disposizioni di cui al SMVP approvato con D.D.G.n.285/2020 (artt. 3-7) la Direzione Strategica, con il supporto tecnico della STP, ha dato avvio, con il coinvolgimento della dirigenza apicale ed in coerenza con gli obiettivi strategici medio tempore in via di definizione (art. 6, c. 1, lett. b, SMVP), alla fase di negoziazione degli obiettivi operativi 2023 da assegnare alle articolazioni aziendali (Dipartimenti, UOC, UOSVD, UOS e Aree in staff), giusta nota prot.n.66465 del 13/10/2022.

In tale contesto, la STP ha tenuto, anche con modalità a distanza, specifici incontri con i Direttori/Responsabili delle articolazioni aziendali predette, presentando proposte di obiettivi di budget operativo, formulate sulla base degli indirizzi strategici aziendali formalmente approvati in data 06/12/2022 (D.D.G.n.2349), degli obiettivi di mandato e di quelli assegnati dalla Regione allo stato conosciuti, utilizzando i dati presenti nei report direzionali periodici ed approfondendo, all'occorrenza, l'analisi di alcuni di essi attraverso ulteriori specifiche elaborazioni necessarie per la corretta individuazione degli indicatori e dei target da attribuire a ciascun obiettivo anche relativamente a quelli proposti dai Direttori/Responsabili delle strutture aziendali.

All'esito di tale attività, la STP ha effettuato, con il supporto dell'UOC Controllo di gestione e dell'RPCT, per gli obiettivi trasversali in materia di integrità e trasparenza (art. 10, c. 3, d. lgs. 33/2013), l'analisi delle proposte degli obiettivi operativi 2023 per garantire la coerenza con la programmazione aziendale e la sostenibilità economica e tecnica, per la successiva revisione/approvazione della Direzione Strategica Aziendale, ai fini della formale assegnazione degli obiettivi programmati ai Direttori/Responsabili. La STP ha inoltre effettuato, d'intesa con il CUG e l'Area Gestione Risorse Umane, per le attività previste dalle Linee Guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), la rilevazione dello stato dell'arte in tema di lavoro agile e la programmazione di proposte di sviluppo per il triennio 2023/2025 ai fini della redazione del medesimo POLA.

Al fine di concludere la fase di negoziazione degli obiettivi operativi di budget, con nota prot.n.83857 del 28/12/2022, il Direttore Generale ha invitato i Direttori/Responsabili delle articolazioni aziendali destinatari degli obiettivi in questione alla sottoscrizione delle relative schede di budget dell'anno 2023. In tale occasione è stato precisato a tutti i Responsabili convocati che il raggiungimento degli obiettivi assegnati, come riportato nelle schede sottoscritte, riguarda l'intera equipe (Dirigenza e Comparto) e che il Direttore/Dirigente Responsabile è tenuto a comunicare e discutere gli obiettivi con tutto il personale assegnato alla propria Unità Operativa, formalizzando l'incontro con apposito verbale e definendo, con l'equipe stessa, il Piano Operativo per il raggiungimento degli obiettivi medesimi.

Con D.D.G. n.212 del 31/01/2023 sono stati assegnati formalmente gli obiettivi operativi di budget per l'anno 2023 contestualmente alla approvazione del citato Piano Integrato di Attività ed Organizzazione 2023/2025.

A seguito delle disposizioni contenute nella Delibera di Giunta Regionale n.412 del 28/03/2023 e nelle successive deliberazioni di Giunta Regionale di attuazione della stessa n.511, n.512 e n.513, tutte del 17/04/2023, sono stati assegnati, d'ufficio dalla Direzione Strategica, obiettivi di performance organizzativa integrativi e/o rimodulati rispetto a quelli originariamente approvati con la citata DDG.n.212/2023 al fine del contenimento della spesa per l'assistenza farmaceutica Convenzionata, della spesa per acquisti di Dispositivi Medici e di quella per acquisti diretti di farmaci e gas medicali. Tali obiettivi integrativi e/o rimodulati sono stati assegnati con note prot.n.38147, n.38151 e n.38154 tutte del 04/05/2023.

Con comunicazione del 04/07/2023 (prot.n.54137), la Direzione Strategica ha dato avvio al procedimento finalizzato alla rimodulazione degli obiettivi, demandando alla STP, con il supporto tecnico della UO Controllo di Gestione, l'analisi preliminare e propedeutica a tale ridefinizione, da svolgere in condivisione con i Direttori dei Dipartimenti territoriali ed ospedalieri, i Direttori DSS, i Direttori Amministrativi PP.OO., i Direttori delle Aree di gestione e i Direttori/Responsabili delle Strutture di staff. All'esito di tale analisi congiunta, svolta nei mesi da luglio a settembre 2023 con il coordinamento della STP e la partecipazione dei vertici di tutte le Macrostrutture ed articolazioni interne coinvolte, la Direzione Strategica ha proceduto a definire la rimodulazione degli obiettivi per l'anno 2023 e, conseguentemente, con nota del 28/09/2023 (prot.73408), il coordinatore STP ha proceduto alle convocazioni per la sottoscrizione delle nuove schede di budget successivamente confluite nella D.D.G.n.1931 del 29/09/2023.

Per l'anno 2023 sono stati individuati oltre n.400 indicatori per la valutazione degli obiettivi di budget operativo. Di questi una parte consistente è stata misurata dal Controllo di Gestione sulla base di dati estratti dai Sistemi Informativi Regionali ed Aziendali e riportati trimestralmente nella reportistica direzionale pubblicata sulla *Intranet* aziendale. La misurazione dei restanti obiettivi specifici è avvenuta o sulla base di certificazioni fornite dalle Aree/Uffici proponenti gli stessi obiettivi o dalle Relazioni finali sulle attività svolte per il raggiungimento degli obiettivi supportate da riscontri informativi oggettivi e prodotte dalle UU.OO..

L'istruttoria propedeutica alla valutazione della Performance Organizzativa da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione è stata svolta dalla Struttura Tecnica Permanente così come previsto dal Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (S.M.V.P.).

L'O.I.V. nel corso dei mesi di aprile e maggio 2024 ha effettuato la valutazione della Performance Organizzativa complessiva annuale attraverso il grado di raggiungimento dei singoli obiettivi delle oltre n.200 UU.OO. dell'ASL Bari, concludendo i lavori entro il termine previsto dal S.M.V.P. giusta verbale del 27/05/2024 (acquisito al prot. aziendale n.38656/2024).

Occorre precisare, inoltre, che la Direzione Strategica, con la nota prot.n.23844 del 26/03/2024, ha inteso effettuare una valutazione specifica sugli obiettivi assegnati di ufficio con le citate note n.38147 e n.38151 del 04/05/2023 relativi al contenimento della spesa rispettivamente per acquisti di Dispositivi Medici e per acquisti Diretti di Farmaci e Gas medicali. Infatti è stato rilevato il costante incremento della produttività aziendale iniziato sin dal 2022, ovvero nel primo periodo post-pandemico, e consolidatosi poi nel 2023 non solo raggiungendo ma superando i livelli qualitativi del 2019, così come peraltro era stato disposto con D.G.R.n.412/2023. Tale aumento di attività ha inevitabilmente provocato l'incremento di costi dei relativi fattori produttivi impiegati per l'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Nell'analisi del rapporto tra i due valori (Costo beni sanitari/Ricavi da attività sanitaria) che sono alla base degli indicatori riferiti agli obiettivi di cui trattasi, è stato rilevato che:

- l'incremento dei costi in questione è stato determinato non solo dall'aumento della produttività aziendale ma anche dall'incremento dei prezzi dei diversi articoli afferenti alle diverse tipologie di beni sanitari generato dall'aumento dei prezzi delle materie prime che, nel corso del 2022 e del 2023, hanno subito un iniziale rialzo per la ripresa economica iniziata nel 2021 per poi riportare un ulteriore rincaro a causa del conflitto Russia-Ucraina che ha di fatto stabilizzato i costi ad un livello generalmente superiore rispetto al periodo pre-guerra;
- il valore delle prestazioni sanitarie erogate non ha seguito l'andamento incrementale dei costi dei relativi fattori produttivi atteso che le tariffe di riferimento sono rimaste le medesime nel corso di tutti gli anni oggetto della presente analisi.

Atteso, perciò, che obiettivo prioritario dell'ASL è quello di produrre salute, evitando gli sprechi, assicurando la corretta erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza anche nell'ottica dell'abbattimento delle liste di attesa, che nel periodo pandemico avevano inevitabilmente subito un

allungamento, la Direzione Strategica ha ritenuto di dover considerare come “*non valutabili*” gli obiettivi di performance organizzativa assegnati di ufficio con le citate note n.38147 e n.38151 del 04/05/2023.

Inoltre la Direzione Strategica, con nota prot.n.38840 del 28/05/2024, ha valutato come “*non valutabili*” alcuni obiettivi relativi alle UU.OO. di Medicina e Chirurgia di accettazione e d’urgenza a causa del verificarsi di fattori esogeni quali la carenza di personale contestuale all’incremento degli accessi presso i Pronto Soccorsi aziendali.

A seguito della ricezione di talune osservazioni e richieste di rettifica delle valutazioni è stata effettuata, inoltre, da parte dell’OIV con il supporto della STP, l’attività finalizzata all’esame delle osservazioni/richieste ricevute, nel rispetto della disciplina contenuta nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance aziendale, rivedendo e/o confermando il giudizio inizialmente espresso, giusta verbale del 20/06/2024 (acquisito al prot. ASL BA n.45859/2024).

In riferimento all’obiettivo più stringente sul contenimento della spesa Farmaceutica Convenzionata, assegnato di ufficio con la citata nota prot.n.38154 del 04/05/2023, la ASL Bari, con il Dipartimento Assistenza Territoriale, ha adottato, nel corso del 2023 numerosi provvedimenti volti al contenimento della spesa in questione, a mero titolo esemplificativo e non esaustivo, il potenziamento del Primo Ciclo Terapeutico dopo dimissione da ricovero/visita specialistica ambulatoriale e della distribuzione diretta dei farmaci a pazienti in ADI/RSA/RSSA, in attuazione delle disposizioni di cui all’art. 8, comma 1, lett. b) e c) della L. 405/2001 e s.m.i., del R.R. n.3/2013 e del R.R. n.17/2017. A seguito di tale attività la ASL Bari ha rispettato, quale obiettivo base, il tetto della spesa farmaceutica convenzionata assegnato, con uno scostamento percentuale del -2,09%. Considerato che l’obiettivo più sfidante, di ulteriore abbattimento della spesa farmaceutica convenzionata, giusta DGR.n.511/2023, è stato assegnato quasi alla metà dell’anno 2023, la Direzione Strategica ha ritenuto di valutare lo stesso come “*non valutabile*” giusta nota prot.n.46294 del 24/06/2024.

All’interno del Ciclo della performance la *performance organizzativa* è correlata ed integrata alla *performance individuale*.

Il processo di valutazione della *performance individuale* è a cura dei Direttori/Responsabili delle Strutture/UU.OO. ed è caratterizzato da due profili valutativi:

- a) il livello di conseguimento degli obiettivi concordati con il dirigente responsabile della Struttura (complessa o a valenza dipartimentale);
- b) il livello di professionalità espresso da ogni singolo operatore nell’attività di servizio.

Dalla duplice valutazione analitica dei risultati complessivi della Performance Organizzativa e della Performance Individuale si giunge ad una valutazione di sintesi della prestazione individuale direttamente connessa alla gestione del sistema premiante nel rispetto dei principi stabiliti nel CCNL della dirigenza e del comparto e della regolamentazione aziendale.

La valutazione della performance individuale avviene attualmente tramite l’utilizzo di una piattaforma informatica da parte di tutti i Direttori/Dirigenti valutatori e impiegato, successivamente, dall’Area Gestione Risorse Umane per il calcolo della Retribuzione di Risultato dell’Area della Dirigenza e della Premialità dell’Area di Comparto.

Questa Relazione conclude il Ciclo della Performance per l’anno 2023 e rappresenta un importante strumento di miglioramento gestionale per il perfezionamento del ciclo stesso, per la riprogrammazione degli obiettivi e la riallocazione delle risorse, nonché uno strumento di approccio responsabile nella comunicazione, a tutti i portatori di interessi interni ed esterni, dei risultati raggiunti nel periodo di riferimento e degli eventuali scostamenti rispetto agli obiettivi programmati.

Allegato 1 – Obiettivi annuali

Obiettivo	Indicatore	N. UO	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
Analisi epidemiologiche	Aggiornamento dell'analisi, per singolo DSS, della cronicità per coorti di pazienti in base alla complessità e relativo setting assistenziale	1			100,0%
Analisi epidemiologiche	Analisi Mobilità Passiva Ambulatoriale	1			100,0%
Analisi epidemiologiche	Analisi Mobilità Passiva Ospedaliera	1			100,0%
Analisi epidemiologiche	Relazione sullo Stato di Salute della popolazione della ASL BA	1			100,0%
Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	Report semestrale sulle attività svolte	1	100,0%		
Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	Controllo appropriatezza cartella clinica/congruità SDO ex art 56 (Strutture Osped. Private - IRCCS Maugeri e EE Miulli): numero SDO verificate/numero SDO prodotte	1			100,0%
Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	Controllo dell'appropriatezza dei ricoveri in IRCCS Maugeri - EEMiulli: numero SDO verificate/numero SDO prodotte	1			100,0%
Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	Controllo dell'appropriatezza dei ricoveri/congruità SDO in Strutture Osped. Private: numero SDO verificate/numero SDO prodotte	1			100,0%
Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	Controllo su ricoveri con T.C., con protesi, DRG potenz. Inappr. e trattam. con cyberknife e gammaknife in Strutture Osped. Private, IRCCS Maugeri - EEMiulli: numero SDO verificate/numero SDO prodotte	1			100,0%
Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	Controllo su ricoveri per COVID-19 presso le Strutture COVID (EE Miulli, Gruppo GVM)	1	100,0%		
Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	Report semestrale sulle attività di controllo analitico casuale sul 10% delle cartelle cliniche	7			100,0%
Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	Riabilitazione ex art 26 (Strutture private): Verifica correttezza procedure autorizzative - Aderenza al piano riabilitativo	1			100,0%
Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	Riabilitazione ex art.25 L 833/1978: appropriatezza prescrittiva: N° prescrizione/Tot prescrizioni	1			100,0%
Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	Verifica congruità protocollo Regionale IMA-SCA in Strutture Private e EEMiulli: verbale di congruità	1			100,0%
Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	Verifica di prestazioni ambulatoriali in Day Service SDA in Strutture Osped. Private, IRCCS Maugeri - EEMiulli: numero SDA verificate/numero SDA prodotte	1			100,0%
Appropriatezza prescrittiva	Numero di schede di monitoraggio sulla piattaforma AIFA relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	2			100,0%
Appropriatezza prescrittiva	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica	12			100,0%
Appropriatezza prescrittiva	Report trimestrale sui casi di inappropriata prescrittiva dei MMG riscontrati e comunicati alla Direzione Generale e ai Direttori di Distretto	1			100,0%
Appropriatezza setting assistenziale	% pazienti presi in carico e/o rivalutati nel 2023 con applicazione protocollo di valutazione con scale standardizzate riconosciute nei DCA	1			100,0%

Obiettivo	Indicatore	N. UO	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
Appropriatezza setting assistenziale	Avvio Pannelli NGS per malattie Neurodegenerative (Parkinson, SLA, Alzheimer)	1			100,0%
Appropriatezza setting assistenziale	Contenzione meccanica: realizzazione di evento formativo e monitoraggio eventi	3		33,3%	66,7%
Appropriatezza setting assistenziale	Gestione dei casi difficili in collaborazione con gli SPDC Riduzione del fenomeno Revolving Door	7			100,0%
Appropriatezza setting assistenziale	Gestione dei casi difficili in collaborazione con i CSM - Monitoraggio del fenomeno Revolving Door intraziendale (% nuovo ricovero entro 7gg e 30 gg)	3			100,0%
Appropriatezza setting assistenziale	Numero di gravidanze gemellari moncoriali normali e complicate gestite presso la UOC	1			100,0%
Appropriatezza setting assistenziale	Organizzazione di gruppi terapeutici psicoeducativi Offerta di interventi specifici di gruppo per popolazioni specifiche di pazienti	1			100,0%
Appropriatezza setting assistenziale	Percentuale aberrazioni genomiche diagnosticate alla diagnosi invasiva mediante prelievo di villi coriali (villocentesi)	2			100,0%
Appropriatezza setting assistenziale	Progetto Esoma - Studio NGS di casi clinici con sospetto per causa genetica	1			100,0%
Appropriatezza setting assistenziale	Report semestrale sui dati di attività	1			100,0%
Appropriatezza setting assistenziale	Report trimestrale su tipologia acuta e cronica e n. pazienti trattati secondo le LG della società scientifica SIMSI	1			100,0%
Appropriatezza setting assistenziale	Utilizzo della Scheda redatta nel 2021 dal DSM nelle attività di verifica delle Strutture Riabilitative	7			100,0%
Appropriatezza setting assistenziale	Utilizzo scala standardizzata BPRS di valutazione degli esiti a livello territoriale	9			100,0%
Appropriatezza setting assistenziale	Valutazione e predisposizione con monitoraggio di PTR residenziali riabilitativi DCA di competenza ASL BA (comprese proroghe)	1			100,0%
Attività di vigilanza e controllo	Numero di aziende da verificare e controllare sul totale di attività produttive con almeno un dipendente presenti sul territorio	1	100,0%		
Attività di vigilanza e controllo	Numero di aziende da verificare e controllare sul totale di attività produttive con almeno un dipendente (n. 13.860) presenti sul territorio	1			100,0%
Attività di vigilanza e controllo	Numero di aziende da verificare e controllare sul totale di attività produttive con almeno un dipendente (n. 14380) presenti sul territorio	1			100,0%
Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	59			100,0%
Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	33			100,0%
Attuazione Piano Nazionale Alimentazione Animale	n. campionamenti effettuati/tot. campionamenti previsti	2			100,0%
Attuazione Piano Nazionale Alimentazione Animale	n. campionamenti PNAA effettuati/numero campionamenti previsti	1			100,0%
Attuazione Piano Nazionale Residui	n. campionamenti effettuati / tot. campionamenti previsti	2			100,0%
Attuazione PNRR	Attività di supporto ai RUP nei rapporti con i progettisti esterni	1			100,0%

Obiettivo	Indicatore	N. UO	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
Certificazione animali morti	Controlli su invio a smaltimento degli animali morti	1			100,0%
Certificazione dei Bilanci	Completamento del Percorso Attuativo Certificabilità dei Bilanci	1			100,0%
Clinical governance	% codici Gialli presi in carico entro 30 minuti	7	71,4%		28,6%
Clinical governance	Incremento dei punti di offerta diagnostico-operativa per lo screening	1			100,0%
Clinical governance	% Abbandoni da P.S.	7	57,1%		42,9%
Clinical governance	% Accessi seguiti da ricovero	7			100,0%
Clinical governance	% di ricoveri per Gastroenterite	4			100,0%
Clinical governance	% Dimissioni volontarie	66	4,5%	9,1%	86,4%
Clinical governance	% IMA non provenienti da altre Strutture trattati con PTCA entro 2 gg	3			100,0%
Clinical governance	% parti cesarei depurati (NTSV)	5		20,0%	80,0%
Clinical governance	% parti vaginali con Episiotomia	5		20,0%	80,0%
Clinical governance	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48 ore dal ricovero in regime ordinario in pazienti > 65 anni	10			100,0%
Clinical governance	% Ricoveri da P.S. in Reparti chirurgici con DRG Chirurgico alla dimissione	7			100,0%
Clinical governance	% ricoveri in regime di urgenza nelle UU.OO. di Area Medica attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza	7	14,3%		85,7%
Clinical governance	Ambulatorio generale: N. pazienti/mese	1			100,0%
Clinical governance	Attivazione del Laboratorio provinciale di Microbiologia e Virologia	1			100,0%
Clinical governance	Attivazione del processo di transition - Numero pazienti che hanno completato il percorso di transition verso Strutture dell'adulto	1			100,0%
Clinical governance	Attivazione del sistema di telemedicina Resmed Airview per la gestione di pazienti con OSA in trattamento con CPAP	1			100,0%
Clinical governance	Attivazione della Rete aziendale per le cure dell'insufficienza respiratoria acuta, acuta su cronica e cronica	3			100,0%
Clinical governance	Attivazione della Rete dei Laboratori della ASL BA secondo il modello Hub-Spoke	6			100,0%
Clinical governance	Attivazione rete ambulatoriale multispecialistica intra ed extraaziendale per pazienti affetti da epilessie rare e complesse - Numero pazienti reclutati	1			100,0%
Clinical governance	Attività chirurgica per ipertrofia prostatica benigna: N. ricoveri ordinari	4		25,0%	75,0%
Clinical governance	Degenza Media	18	16,7%	5,6%	77,8%
Clinical governance	Degenza Media Pre Operatoria	18		5,6%	94,4%
Clinical Governance	Diffusione di scale di valutazione sull'autolesionismo per pazienti individuati e successiva elaborazione dei dati raccolti	1		100,0%	
Clinical governance	Elaborazione del Protocollo operativo sulla Prevenzione delle cadute dei pazienti	1			100,0%
Clinical governance	Elaborazione di due protocolli assistenziali relativi alle principali patologie in carico, sia in regime residenziale che assistenziale	3	66,7%	33,3%	
Clinical governance	Elaborazione di percorso assistenziale relativo al processo di transition per pazienti affetti da Encefalopatia epilettica rara	1			100,0%
Clinical governance	Elaborazione di percorso di consulenza di cure palliative nelle Strutture Ospedaliere della ASL Bari	1			100,0%

Obiettivo	Indicatore	N. UO	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
Clinical governance	Elaborazione Protocollo di esecuzione indagine Risonanza Magnetica a pazienti portatori di dispositivi cardiaci impiantabili	1			100,0%
Clinical governance	Elaborazione Protocollo Prescrizione Esami Radiologici	1			100,0%
Clinical governance	Elaborazione/revisione procedura aziendale ospedaliera del paziente con Ictus	11			100,0%
Clinical governance	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	15		33,3%	66,7%
Clinical governance	Implementazione di un protocollo interno di gestione medico-infermieristico della nutrizione nel neonato pretermine VLBW (< 1500 gr.)	1			100,0%
Clinical governance	Implementazione e/o potenziamento attività di Day Service nefrologici autorizzati dalla Regione Puglia (es. PAC 26, 27, 28, 29, 73; PCB 26)	4			100,0%
Clinical governance	Importo attività ambulatoriale	2			100,0%
Clinical governance	Indice Chirurgico	28			100,0%
Clinical governance	Inizio applicazione delle procedure di Lean Organization nella Rete dei Laboratori della ASL BA	6			100,0%
Clinical governance	Istituzione di uno sportello di ascolto e sostegno di supporto al personale sanitario all'interno della UOC di Medicina Penitenziaria	1		100,0%	
Clinical governance	Monitoraggio dei punti nascita secondo la procedura aziendale di implementazione Racc. Ministeriali n. 6 e n.16 adottate nel 2019	1			100,0%
Clinical governance	Monitoraggio implementazione procedura per la presentazione dell'istanza di autorizzazione dei farmaci e/o trattamenti extra-LEA a carico del SSN/SSR per i pazienti affetti da MR	1			100,0%
Clinical governance	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	64	4,7%	31,3%	64,1%
Clinical governance	N. di Tracheotomie chirurgiche	3			100,0%
Clinical governance	N. prestazioni di Day Service	1	100,0%		
Clinical governance	Numero di pazienti residenti presso il Centro di Accoglienza per Richiedenti Asilo (CARA) arruolate per contraccezione	1			100,0%
Clinical governance	Numero inserimento IUD post IVG	1			100,0%
Clinical governance	Numero pazienti inviate ai consultori post IVG	2			100,0%
Clinical governance	Numero pazienti reclutate dai consultori	2			100,0%
Clinical governance	Numero sedute IVG farmacologiche	1			100,0%
Clinical governance	Numero sedute IVG farmacologiche per IVG e Aborti spontanei	1			100,0%
Clinical governance	Organizzazione attività riabilitativa presso CC Bari con monitoraggio degli esiti	1			100,0%
Clinical Governance	Osservatorio suicidio e autolesionismo Raccolta tramite schede dei casi di suicidi, TS e autolesionismo per una valutazione quantitativa e qualitativa dei fenomeni nel DSM	1		100,0%	
Clinical governance	Percentuale Colecistectomie Laparoscopiche con D.M. postop. <3gg	6	33,3%	16,7%	50,0%
Clinical governance	Percentuale di interventi chirurgia colo-rettale in laparoscopia	1			100,0%
Clinical governance	Peso medio DRG	8			100,0%
Clinical governance	Potenziamento attività endoscopica presso il P.O. della Murgia: N.prestazioni endoscopiche	1			100,0%

Obiettivo	Indicatore	N. UO	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
	esterne ed interne				
Clinical governance	Potenziamento attività ERCP presso il P.O. della Murgia: N.prestazioni di ERCP	1			100,0%
Clinical governance	Potenziamento attività ERCP presso il P.O. San Paolo: N.prestazioni di ERCP	1		100,0%	
Clinical governance	Presa in carico dei pazienti in Doppia Diagnosi Revisione Protocollo DSM - DDP	13			100,0%
Clinical governance	Prevenzione delle recidive di IVG con contraccezione orale o meccanica: N. pazienti	1			100,0%
Clinical governance	Prevenzione e Gestione Integrata dei fenomeni di marginalità e inclusione sociale - Organizzazione incontri con Enti (Servizi Socio-Sanitari, Comuni, Forze dell'Ordine ecc)	7			100,0%
Clinical governance	Procedura assistenziale complessa per malati rari con Epilessia rara	3			100,0%
Clinical governance	Procedura per il percorso delle pazienti prese in carico dalla PMA di Conversano ai fini della preservazione della fertilità per motivi non oncologici (social freezing)	1		100,0%	
Clinical governance	Programma strutturato di Psicoeducazione per familiari di soggetti con DCA in carico alla UOSVD DCA	1			100,0%
Clinical governance	Protocollo di azioni congiunte tra Psichiatria Penitenziaria e Medicina Penitenziaria per la gestione del paziente detenuto con patologia psichiatrica	2			100,0%
Clinical governance	Protocollo operativo per la corretta gestione dei campioni biologici destinati alle UU.OO. di Patologia Clinica	6			100,0%
Clinical governance	Protocollo operativo per la corretta gestione dei campioni Microbiologici	1			100,0%
Clinical governance	Protocollo operativo per la esecuzione di indagini con radiofarmaci neurotropi	1			100,0%
Clinical governance	Protocollo operativo per la preparazione e controlli di qualità sui radiofarmaci neurotropi	1			100,0%
Clinical governance	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatelyzza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatelyzza in regime ordinario	32		15,6%	84,4%
Clinical governance	Realizzazione di progetti psicoeducativi rivolti a pazienti dell'SPDC e loro familiari	3			100,0%
Clinical governance	Realizzazione Incontri di gruppo con intervento riabilitativo DCA con Like Skill e Cognitive Remediation Realizzazione Therapy a soggetti area DCA restrittiva	1			100,0%
Clinical governance	Redazione di una Procedura aziendale per la gestione dell'emergenza intraospedaliera	7			100,0%
Clinical governance	Revisione procedure operative per la prevenzione e gestione dello stravasamento da mezzo di contrasto	5			100,0%
Clinical governance	Screening Carcinoma del Carcinoma del Colon-Retto: potenziamento dell'attività di II livello	1			100,0%
Clinical governance	Screening Carcinoma della cervice uterina: potenziamento dell'attività di II livello	6	16,7%	16,7%	66,7%
Clinical governance	Screening pre-eclampsia	1			100,0%
Clinical governance	Standardizzazione delle procedure di utilizzo del M.d.C. in relazione alle reazioni avverse.	3			100,0%
Clinical governance	Utilizzazione di trascheoscopia diagnostica	1			100,0%

Obiettivo	Indicatore	N. UO	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
	domiciliare nello studio dei pazienti con patologia neurovegetativa				
Clinical governance	Valutazione Clinica mediante l'uso di scale standardizzate	1			100,0%
Comunicazione istituzionale	Gestione dei reclami/segnalazioni ed elogi	1			100,0%
Comunicazione istituzionale	Gestione diretta dei Social Network aziendali Facebook, Twitter, Instagram	1			100,0%
Comunicazione istituzionale	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	28			100,0%
Comunicazione istituzionale	Organizzazione di eventi aziendali	1			100,0%
Comunicazione istituzionale	Standardizzazione dei dati e delle informazioni per l'aggiornamento delle pagine web sul Portale Istituzionale Aziendale	1			100,0%
Controlli sugli allevamenti	allevamenti controllati annualmente per BR bovina / tot.allev.bovini	1			100,0%
Controlli sugli allevamenti	allevamenti controllati per BR ovi-caprina / tot.allevamenti ovi-caprini	1			100,0%
Controlli sugli allevamenti	allevamenti controllati per BR ovi-caprina / tot.allevamenti ovi-caprini soggetti a programma	2			100,0%
Controlli sugli allevamenti	allevamenti controllati per TBC e LEB bovina / tot.allev. Bovini	1			100,0%
Controlli sugli allevamenti	allevamenti controllati per TBC e LEB bovina / tot.allev. Bovini soggetti a programma	2			100,0%
Controlli sugli allevamenti	allevamenti controllati semestralmente per BR bovina / tot.allev.bovini soggetti a programma	2			100,0%
Controlli sugli allevamenti	allevamenti equini controllati / tot. allevamenti equini presenti in anagrafe	1			100,0%
Controlli sugli allevamenti	allevamenti equini controllati / tot. allevamenti equini presenti in anagrafe soggetti al programma	2			100,0%
Controlli sugli allevamenti	allevamenti ovini controllati per Scrapie classica / tot.allevamenti ovini	1			100,0%
Controlli sugli allevamenti	allevamenti ovini controllati per Scrapie classica / tot.allevamenti ovini soggetti a programma	2			100,0%
Controlli sugli allevamenti	Genotipizzaz. del EST (Scrapie) per le quote da rimonta degli allevam. iscritti ai libri genealogici e razze autoctone in via di estinzione, ai fini della salvaguardia del patrimonio genetico ovino, per le Aziende aderenti volontariamente al controllo	1			100,0%
Controlli sugli allevamenti	Genotipizzazione del EST (Scrapie) per le quote da rimonta degli allevamenti iscritti ai libri genealogici e razze autoctone in via di estinzione, ai fini della salvaguardia del patrimonio genetico ovino	1	100,0%		
Controlli sugli allevamenti	Genotipizzazione del EST (Scrapie) per le quote da rimonta degli allevamenti iscritti ai libri genealogici e razze autoctone in via di estinzione, ai fini della salvaguardia del patrimonio genetico ovino, per le aziende che aderiscono al controllo	1	100,0%		
Controlli sugli allevamenti	Gestione e funzionamento anagrafe equidi secondo il sistema I&R e sue finalità. Riallineamento allevamenti equidi della ASLBA Decreto Ministero Salute 30/09/2021	2			100,0%
Controlli sugli allevamenti	Gestione e funzionamento anagrafe equidi secondo il sistema I&R e	1			100,0%

Obiettivo	Indicatore	N. UO	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
	sue finalità. Riallineamento allevamenti equidi della ASLBA Decreto Ministero Salute 30/09/2021				
Controlli sugli allevamenti	Monitoraggio, censimento e riallineamento degli allevamenti apistici della ASL BA, presenti in BDN. (Aspetti della L.R. 14/11/2014, n. 45)	1			100,0%
Controlli sugli allevamenti	Monitoraggio, censimento e riallineamento degli allevamenti apistici di tipo commerciale della ASL BA, presenti in BDN. (Aspetti della L.R. 14/11/2014, n. 45)	2			100,0%
Controllo della spesa	Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni effettuate da medici prescrittori aziendali per l'incremento dell'utilizzo di farmaci biosimilari nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali	7			100,0%
Controllo della spesa	Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni effettuate da medici prescrittori aziendali per l'incremento dell'utilizzo di farmaci biosimilari o comunque a più basso costo nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali	1			100,0%
Controllo della Spesa	Mobilità Passiva extraregionale Assistenza Specialistica relativa alla Neuropsichiatria Infantile	1			100,0%
Controllo della spesa	Monitoraggio della spesa annua per residenzialità riabilitativa per DCA rispetto al budget assegnato	1			100,0%
Controllo della spesa	Monitoraggio della spesa dell'Assistenza Riabilitativa per malati e disturbati mentali da privato	1			100,0%
Controllo della spesa	Monitoraggio delle competenze accessorie per il personale dell'area di Comparto	2			100,0%
Controllo della spesa	Monitoraggio timbrature per prestazioni aggiuntive	2			100,0%
Controllo dell'implementazione delle procedure di servizio	Supervisione in campo del personale dirigente e controllo a posteriori dei TDP	2			100,0%
Controllo e contenimento randagismo	Cani randagi catturati identificati ed iscritti Anagrafe Canina Regionale / cani randagi catturati	1			100,0%
Controllo e contenimento randagismo	Iscrizione in BDR sistemaSIRAAF di tutte le Colonie feline conosciute	1			100,0%
Controllo scorte farmaci in allevamento	Allevamenti controllati per la corretta gestione delle scorte di medicinali / N. totale allevamenti	1			100,0%
Deflazionamento del contenzioso	Conclusione della piena applicazione della DDG 1607/2021 e azzeramento del contenzioso per prestazioni aggiuntive pregresse relative alla cessione di acche di sangue all'esterno	2			100,0%
Deflazionamento del contenzioso	Conclusione della piena applicazione della DDG 1607/2021 e azzeramento del contenzioso per prestazioni aggiuntive pregresse relative alla cessione di sacche di sangue all'esterno	5			100,0%
Donazione Organi e/o Tessuti	N. donazioni/N. accertamenti morte cerebrale	5	40,0%		60,0%
Efficienza operativa	Analisi della movimentazione in ingresso/uscita degli utenti dalle strutture sociosanitarie, con indicazione dei relativi periodi di permanenza e di eventuale cambio tipologia di Assistenza con creazione di database, anche anonimizzato	1			100,0%
Efficienza operativa	Attivazione di Ambulatori di Terapia del Dolore e Cure Palliative	1			100,0%

Obiettivo	Indicatore	N. UO	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
Efficienza operativa	Attività di prevenzione – screening HCV sulla popolazione detenuta afferente alla UOC di Medicina Penitenziari	1		100,0%	
Efficienza operativa	Avvio attività di Poligrafia: Numero prestazioni	1			100,0%
Efficienza operativa	Avvio della produzione di Emocomponenti ad uso non trasfusionale	5	100,0%		
Efficienza operativa	Collaborazione con STP alla Redazione del PIAO 2023-2025 relativamente alle parti di competenza	1			100,0%
Efficienza operativa	Collaborazione con STP nella stesura della Relazione annuale sulla Performance	1			100,0%
Efficienza operativa	Controllo di qualità su apparecchiature radiologiche: Numero apparecchiature controllate/apparecchiature installate	1			100,0%
Efficienza operativa	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	3			100,0%
Efficienza operativa	Implementazione Ambulatorio Cefalee: Numero visite	1			100,0%
Efficienza operativa	Ispezioni presso le farmacie pubbliche e private convenzionate, parafarmacie e distributori all'ingrosso Monitoraggio e verifica del rispetto della normativa vigente nazionale e regionale in materia di vigilanza ispettiva	1			100,0%
Efficienza operativa	N. Valutazioni medico legali per responsabilità professionali su richieste SBL redatti entro 180 giorni sul totale delle visite medico-legali eseguite	1			100,0%
Efficienza operativa	N.ro misure di esposizioni ambientali/N.ro diagnostiche radiologiche	1			100,0%
Efficienza operativa	N.ro schede personali dosimetriche aggiornate/ N.ro schede totali	1			100,0%
Efficienza operativa	Potenziamento Ambulatorio Potenziali Evocati: Numero prestazioni	1			100,0%
Efficienza operativa	Predisposizione Atti relativi al Progetto screening mammografico giusta D.D.G. 2336/2022	1			100,0%
Efficienza operativa	Predisposizione di lettere per interruzione dei termini di prescrizione con riferimento al contenzioso relativo all'applicazione della DGR 1037/2012	1			100,0%
Efficienza operativa	Produzione unità di plasma da destinare alla lavorazione industriale	5			100,0%
Efficienza operativa	Recupero crediti cessione emazie a CBH, come da disposizioni della Direzione Strategica	1			100,0%
Efficienza operativa	Relazione check list rischi ambientali	1			100,0%
Efficienza operativa	Report trimestrale sulle patologie trattate con indicazione indilazionabili urgenti e primarie distinte per tipologia e provenienza ASL del paziente	1			100,0%
Efficienza operativa	Sottoscrizione accordi contrattuali con le Strutture Accreditate in conformità alle disposizioni regionali	1			100,0%
Efficienza operativa	Sottoscrizione accordi contrattuali con le Strutture Sociosanitarie in conformità alle disposizioni regionali	1			100,0%
Efficienza operativa	Supporto all'OIV e STP per la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget annuale	1			100,0%
Efficienza operativa	Unità di sangue raccolte	5			100,0%
Efficienza operativa	Utilizzo del software gestionale per la sorveglianza sanitaria presso tutte le sedi e	1			100,0%

Obiettivo	Indicatore	N. UO	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
	unificazione degli archivi				
Efficienza organizzativa	Adeguamento di 9 file per la rendicontazione delle attività soggette a tariffazione del D.Lvo 32/2021 sezioni da 1 a 9 per l'impiego uniforme su tutto il territorio	2			100,0%
Efficienza organizzativa	Aggiornamento dei DVR , P.E., dei Dipartimenti Territoriali	1	100,0%		
Efficienza organizzativa	Aggiornamento dei DVR , P.E., dei Distretti	1			100,0%
Efficienza organizzativa	Aggiornamento dei DVR , P.E., dei PP.OO	1	100,0%		
Efficienza organizzativa	Aggiornamento delle procedure amministrative per l'accesso dei pazienti alle Strutture Sociosanitarie alla luce delle nuove Disposizioni Regionali	1			100,0%
Efficienza organizzativa	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS comprensivo di personale dipendente e convenzionato	12		8,3%	91,7%
Efficienza organizzativa	Applicazione del protocollo operativo delle attività propedeutiche all'attivazione delle apparecchiature radiologiche per la parte di competenza	1			100,0%
Efficienza organizzativa	Attivazione del nuovo software di Gestione del Laboratorio dei Laboratori Analisi Hub e Spoke	5			100,0%
Efficienza organizzativa	Attivazione del nuovo software di Gestione del Laboratorio di Analisi HUB del "Di Venere"	1			100,0%
Efficienza organizzativa	Attivazione della Piattaforma AppIO - Implementazione della messaggistica per l'invio del promemoria di appuntamento su sistema CUP	1		100,0%	
Efficienza organizzativa	Attivazione recupero somme nei confronti dei Comuni morosi	1	100,0%		
Efficienza organizzativa	Avvio recupero quote retroattive rivenienti da allineamento MEF-MMG-PLS	1			100,0%
Efficienza organizzativa	Azioni propedeutiche per il monitoraggio delle Macrostrutture sull'attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	1			100,0%
Efficienza organizzativa	Completamento della Contrattazione Integrativa per l'utilizzo dei Fondi Aziendali del Comparto	1			100,0%
Efficienza organizzativa	Completamento installazione apparecchiature Radiologiche di cui alla procedura di gara aggiudicata con DDG n. 1161/2019	2			100,0%
Efficienza organizzativa	Controlli ispettivi presso le UU.OO. Ospedaliere mediante l'utilizzo di check list validate dal Direttore del Dipartimento Gestione del Farmaco	7			100,0%
Efficienza organizzativa	Effettuazione esami e refertazione di TC e RM, ove presente entro 72 h. dalla richiesta per pazienti ricoverati	7			100,0%
Efficienza organizzativa	Elaborazione di una Istruzione Operativa per la gestione delle assenze a vario titolo del personale di Comparto	1			100,0%
Efficienza organizzativa	Espletamento convocazione a visita del personale di prossima quiescenza ai sensi del DL 81/2008 e s.m.i.	1			100,0%
Efficienza organizzativa	Espletamento delle procedure di conferimento di incarico di direzione di strutture complesse	1			100,0%
Efficienza organizzativa	Espletamento Gare sotto soglia dopo la ricezione dei capitolati tecnici (DDG 2161/2016), in seguito ad assegnazione della	1	100,0%		

Obiettivo	Indicatore	N. UO	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
	Direzione Amministrativa Aziendale				
Efficienza organizzativa	Espletamento visite obbligatorie del personale neo assunto (visite preventive in fase preassuntiva)	1			100,0%
Efficienza organizzativa	Fatturato prestazioni	1			100,0%
Efficienza organizzativa	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	13	30,8%	7,7%	61,5%
Efficienza organizzativa	Gestione amministrativa e giuridica del personale assegnato all'UOC Medicina Penitenziaria e UOC Cure Palliative	1			100,0%
Efficienza organizzativa	Gestione centralizzata e budgetizzazione di contributi erogati ad assistiti aventi diritto (Es. Adattamenti agli strumenti di guida,...)	1			100,0%
Efficienza organizzativa	Gestione dei turni informatizzati presso i Presidi Ospedalieri	1			100,0%
Efficienza organizzativa	Implementazione del Single Sign-On (SSO) - Integrazione delle applicazioni aziendali con LDAP	1			100,0%
Efficienza organizzativa	Implementazione PIAO per la parte di competenza dell'AGRU	1			100,0%
Efficienza organizzativa	Implementazione procedura di pagamento delle prestazioni attive esclusivamente tramite il sistema PagoPA	3	100,0%		
Efficienza organizzativa	Indizione Procedura di Gara per il Contact Center CUP	1			100,0%
Efficienza organizzativa	Indizione procedure di gara per l'acquisizione degli arredi non sanitari per il Nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano	3			100,0%
Efficienza organizzativa	Indizione procedure di gara per l'acquisizione delle Apparecchiature medicali ed arredi sanitari per il Nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano	3	33,3%		66,7%
Efficienza organizzativa	Intervallo di tempo tra richiesta Documento Unico di Valutazione Rischi da Interferenze e consegna dello stesso alle Strutture competenti	1			100,0%
Efficienza organizzativa	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	15	80,0%		20,0%
Efficienza organizzativa	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dell'attività in ALPI dei volumi di attività istituzionale	1			100,0%
Efficienza organizzativa	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi operativi di budget delle UOC E UOSVD al 30 giugno, come da singoli obiettivi assegnati alle UOC e UOSVD	1			100,0%
Efficienza Organizzativa	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget	25			100,0%
Efficienza organizzativa	Monitoraggio del rispetto dei vincoli di finanza pubblica in occasione dei CE trimestrali	1			100,0%
Efficienza organizzativa	Monitoraggio delle attività delle associazioni di volontariato	1	100,0%		
Efficienza organizzativa	Monitoraggio PNRR	1			100,0%
Efficienza organizzativa	Numero di prestazioni Ecotomografiche	1			100,0%
Efficienza organizzativa	Numero prestazioni ambulatoriali esterne	1			100,0%
Efficienza organizzativa	Organizzazione di gruppo di lavoro dipartimentale su ADI, UVM e Semplificazione delle procedure	12			100,0%
Efficienza organizzativa	Organizzazione di gruppo di lavoro dipartimentale su Percorso Nascita	12			100,0%

Obiettivo	Indicatore	N. UO	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
Efficienza organizzativa	Organizzazione di incontri periodici con le singole UU.OO. Sull'andamento della spesa per beni sanitari	16			100,0%
Efficienza organizzativa	P.N.R.R.: Supporto al gruppo di lavoro aziendale per le attività richieste dalla Regione	3			100,0%
Efficienza organizzativa	Percentuale di Unità di sangue eliminate per cause tecniche	5	20,0%		80,0%
Efficienza organizzativa	Piano di Migrazione dei Dati su CED di Classe A	1	100,0%		
Efficienza organizzativa	Predisposizione Atti di Gara per l'acquisizione di sistema per la Chirurgia Robotica	1			100,0%
Efficienza organizzativa	Predisposizione di sistema per la redazione uniforme ed automatizzata della Determina di liquidazione trimestrale per le Commissioni Invalidi Civili, da adeguarsi alle nomine da riferirsi alla DDG 1395/2021	1			100,0%
Efficienza organizzativa	Predisposizione documentazione tecnica per Attivazione Procedura di Gara per il Contact Center CUP	1			100,0%
Efficienza organizzativa	Predisposizione protocollo operativo per la gestione dei provvedimenti monitori	2	50,0%	50,0%	
Efficienza organizzativa	Predisposizione protocollo operativo per la gestione del contenzioso del lavoro	2			100,0%
Efficienza organizzativa	Predisposizione Regolamento Aziendale per le procedure di rivalsa e recupero ticket/costo prestazioni (codici bianchi P.S., mancato ritiro referto...)	2			100,0%
Efficienza organizzativa	Procedura per la definizione delle azioni e responsabilità dell'avvio a visita sanitaria di cui al D.L. 81/2008 e s.m.i.	1		100,0%	
Efficienza organizzativa	Procedure di Gara sotto soglia per fabbisogno di fornitura di beni/servizi per fabbisogno ospedaliero ASL aggregato	2			100,0%
Efficienza organizzativa	Produzione di linee di indirizzo per l'adeguamento alla realtà locale ed ai prodotti tipici del territorio provinciale, delle procedure di rilascio certificazione export e preexport prodotti a base latte per i Paesi Terzi	2			100,0%
Efficienza organizzativa	Produzione di un documento su: Autopsia virtuale indirizzi tecnici e organizzativi	8			100,0%
Efficienza organizzativa	Promozione di attività di informazione/formazione in merito alla vaccinazione antinfluenzale (obbligatoria) per il personale sanitario della ASL BA, inserimento su portale GIAVA, comunicazioni siti istituzionali	1			100,0%
Efficienza organizzativa	Raccolta relazioni degli obiettivi operativi di budget delle UOC e UOSVD al 31 dicembre	1			100,0%
Efficienza organizzativa	Realizzazione di audit fra UOC e C.T. sulla modalità di gestione dei casi complessi nel setting comunitario e audit fra UOC sui casi clinici in doppia diagnosi	2			100,0%
Efficienza organizzativa	Redazione Bilancio di Genere 2022	3			100,0%
Efficienza Organizzativa	Redazione documento annuale sul raggiungimento degli obiettivi di budget	24			100,0%
Efficienza Organizzativa	Redazione protocollo operativo concordato con UU.OO.CC. SIAV A Area Metropolitana, Nord, Sud e UOSVD Randagismo per la disciplina azioni da svolgere congiuntamente o di esclusiva competenza della UOSVD	1			100,0%
Efficienza organizzativa	Regolamentazione locale delle linee guida regionali in materia di gestione dei cinghiali	2			100,0%

Obiettivo	Indicatore	N. UO	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
	oggetto di caccia in relazione alle patologie zoonotiche ed alla ispezione delle carni				
Efficienza organizzativa	Rendicontazione degli interventi di cui all'Art.2 decreto Legge n. 34/2020 (Decreto rilancio)	2			100,0%
Efficienza organizzativa	Revisione della Procedura per la gestione dei pignoramenti mobiliari presso terzi	1			100,0%
Efficienza organizzativa	Revisione ed adeguamento dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento, in funzione del sistema PagoPA	1			100,0%
Efficienza organizzativa	Revisione ed adeguamento delle schede di rendicontazione dei flussi informativi relativi alle attività svolte, in funzione della suddivisione di compiti fra alcune UOC e UOSVD	1			100,0%
Efficienza organizzativa	Rispetto dei target di spesa per la Rendicontazione dei Fondi Europei	1			100,0%
Efficienza organizzativa	Svincolo delle somme vincolate per pignoramenti	2			100,0%
Efficienza organizzativa	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	28			100,0%
Efficienza organizzativa	Tempi di attesa per visite di genetica medica programmabili	1			100,0%
Efficienza organizzativa	Trasferimento e attivazione del Laboratorio per la diagnostica della Tubercolosi presso la U.O.S.V.D.	1			100,0%
Efficienza organizzativa	Trasmissione mensile entro 10 gg. dalla fine del mese di riferimento alla Direzione Amministrativa di Presidio dei dati necessari alla fatturazione mensile da parte delle ditte fornitrici dei servizi di Lavanderia e Mensa	7			100,0%
Efficienza organizzativa	Verifica sulla corretta esecuzione dei contratti affidati a fornitori per servizi complessi (inerenti l'assistenza territoriale) e ad alta rilevanza strategica, in qualità di DEC.	1			100,0%
Formazione	Organizzazione eventi formativi in presenza e/o on line in materia di privacy	1			100,0%
Formazione	Aggiornamento professionale in materia di Radioprotezione Medica e Fisica ai sensi del D. lgs 101/2020 e s.m.i.	2			100,0%
Formazione	Attività formativa e di tutoraggio sull'utilizzo dei cruscotti direzionali online	1			100,0%
Formazione	Comportamento violento - Realizzazione di un evento (con > 2 edizioni) sulla prevenzione, riduzione e gestione del Rischio di comportamenti violenti verso operatori sanitari	1			100,0%
Formazione	Conseguimento di almeno 80% dei crediti ECM nel corso dell'anno 2003, di almeno l'80% del Personale	1			100,0%
Formazione	Eventi formativi per lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione dell'emergenza nei luoghi di lavoro	1			100,0%
Formazione	Formazione di Dirigenti Medici e del personale afferente a diverse professioni sanitarie all'interno di specifici ambiti di interesse nurzionale	1			100,0%
Formazione	Formazione di Dirigenti Medici e Tecnici della Prevenzione	3			100,0%

Obiettivo	Indicatore	N. UO	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
Formazione	Formazione di Dirigenti Medici, Veterinari e Tecnici della Prevenzione sulla Listeriosi	3			100,0%
Formazione	Formazione operatori di settore Alimentare (OSA)	3			100,0%
Formazione	Formazione sulla sicurezza sul lavoro per il personale della UOC: organizzazione di eventi su nuovi temi	1			100,0%
Formazione	Organizzazione Congresso sullo Screening Cervic	1			100,0%
Formazione	Organizzazione corsi di rianimazione neonatale per personale infermieristico e ostetrico	1			100,0%
Formazione	Organizzazione corsi per la Gestione avanzata delle vie aeree per le UU.OO. dei Presidi Ospedalieri	1			100,0%
Formazione	Organizzazione corsi per PTC avanzato per personale del 118 e delle UU.OO. Ospedaliere	1			100,0%
Formazione	Organizzazione di Congresso Nazionale GISMA	1			100,0%
Formazione	Organizzazione di corso di formazione aziendale sulla prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza in Terapia Intensiva e Subintensiva	18	5,6%		94,4%
Formazione	Organizzazione di corso di formazione ECM sull'utilizzo dell'O.T.I come terapia adiuvante nelle patologie acute e croniche rivolto ai MMG	1			100,0%
Formazione	Organizzazione di corso formativo/informativo sui temi relativi alla ristorazione scolastica LG regionale e Nazionali, normativa sui CAM, igiene degli alimenti e della nutrizione, presentazione dei dati su studi di sorveglianza, spreco alimentare)	1			100,0%
Formazione	Organizzazione di eventi formativi per i Referenti aziendali (referenti distrettuali e farmacisti territoriali) della Rete Malattie Rare	1			100,0%
Formazione	Organizzazione di eventi formativi per il personale di Comparto attinenti alla programmazione sanitaria	1			100,0%
Formazione	Organizzazione di evento formativo audit interdisciplinare (Neuro, NCH, P.S.) sulla "Stroke unit", per il trattamento dei disturbi cerebrovascolari acuti rivolto al personale medico e di comparto	3			100,0%
Formazione	Organizzazione di evento formativo aziendale rivolto ai MMG e Farmacisti	1			100,0%
Formazione	Organizzazione di evento formativo rivolto a personale medico e di comparto della ASL	1			100,0%
Formazione	Organizzazione di evento formativo su tematiche di Medicina di Laboratorio	6			100,0%
Formazione	Organizzazione di evento formativo su tematiche di Microbiologia e Virologia	1			100,0%
Formazione	Organizzazione di incontri formativi sul PEIMAF per il personale del P.O.	7			100,0%
Formazione	Organizzazione di un evento formativo Dipartimentale su: a) Il danno renale e i suoi fattori di rischio dei M.d.C. b) Logica e logistiche del radiofarmaco	6			100,0%
Formazione	Organizzazione evento Formativo "La Radiologia del Territorio: criticità, sfide, strategie"	1			100,0%

Obiettivo	Indicatore	N. UO	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
Formazione	Organizzazione evento formativo ECM in ambito della sicurezza chimica rivolto a operatori addetti alle attività di tatuaggio e trucco permanente	1			100,0%
Formazione	Organizzazione evento formativo ECM in ambito della sicurezza chimica rivolto a operatori dei Dipartimenti di Prevenzione	1			100,0%
Formazione	Organizzazione evento formativo per il personale della Stroke Unit: "Gestione del paziente con ictus emorragico"	1			100,0%
Formazione	Organizzazione Evento formativo per il personale medico e infermieristico delle UU.OO. della ASL	6			100,0%
Formazione	Piano di formazione obbligatoria biennale BLSD e ALS per le UU.OO. del Dipartimento di Emergenza-Urgenza e per il personale delle Sale Operatorie	1			100,0%
Formazione	Promozione corsi di formazione sulla Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18	1			100,0%
Formazione	Promozione di corsi di formazione base per la Gestione del rischio clinico	1			100,0%
Formazione	Realizzazione di Evento dipartimentale di lotta allo stigma	1			100,0%
Formazione	Realizzazione di un evento (con >2 edizioni) sulla prevenzione, riduzione e gestione del Rischio di comportamenti violenti verso operatori sanitari	15			100,0%
Formazione	Realizzazione percorso formativo per personale medico, psicologico e comparto per la presi in carico di pazineti con Disturbi alimentari	3			100,0%
Governance aziendale	Adozione Manuale di Gestione Documentale	1			100,0%
Governance aziendale	Gestione istanze esercizio di diritti e data-breach	1			100,0%
Governance aziendale	Gestione istanze sperimentazioni cliniche	1			100,0%
Governance aziendale	Aggiornamento del Documento Aziendale sulle Dimissioni Protette	1	100,0%		
Governance aziendale	Coordinamento, organizzazione e gestione attività rete referenti URP	1			100,0%
Governance aziendale	Procedura aziendale per il trattamento dei dati personali nell'ambito delle Sperimentazioni Cliniche	1			100,0%
Governance aziendale	Realizzazione Programma annuale Audit 2023 presso le strutture aziendali individuate nel Piano di Audit	1			100,0%
Governo delle liste di attesa	Predisposizione del Piano dei fabbisogni per adozione nuovo sistema CUP	1	100,0%		
Governo delle liste di attesa	Produzione di Reporting con analisi dei tempi di attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio sulla base dei dati delle settimane indice forniti dalla Regione Puglia	1			100,0%
Implementazione Piano Regionale CC.UU. di residui di prodotti fitosanitari	Controlli ispettivi e documentali e prelievo campioni operati/totale controlli ispettivi e documentali e prelievo campioni	1			100,0%
Integrazione Ospedale-Territorio	Immissione di nuovi pazienti in dialisi peritoneale	4			100,0%
Integrazione Ospedale-Territorio	Numero di visite effettuate a pazienti dimessi dai Centri Hub per Sindrome Coronarica Acuta o Scompensio Cardiaco	7	14,3%		85,7%

Obiettivo	Indicatore	N. UO	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
Lotta allo stigma e inclusione sociale	Effettuazione eventi di lotta allo stigma e/o promozione della salute rivolto a popolazione target a rischio DCA e/o operatori socio-sanitari	1			100,0%
Lotta allo stigma e inclusione sociale	Evento dipartimentale di lotta allo stigma	10			100,0%
Mantenimento standard adeguati di sicurezza alimentare	Revisione ed adeguamento delle analisi del rischio degli stabilimenti riconosciuti CE	3			100,0%
Miglioramento della qualità assistenziale	Apertura di ambulatori specialistici per la patologia del piede e per la patologia protesica di anca e ginocchio	6			100,0%
Miglioramento della qualità assistenziale	Audit sulla sicurezza operatori (eventi sentinella)	1			100,0%
Miglioramento della qualità assistenziale	Avvio attività Potenziali Evocati in Rianimazione	1			100,0%
Miglioramento della qualità assistenziale	Avvio Protocollo di studio con metodologia NGS dei casi di Cardiomiopatia	1			100,0%
Miglioramento della qualità assistenziale	Completamento della Rete di II Livello - Attivazione Centro di Santeramo in Colle	1	100,0%		
Miglioramento della qualità assistenziale	Elaborazione della procedura per la gestione del paziente critico che necessita di O.T.I.	2			100,0%
Miglioramento della qualità assistenziale	Elaborazione della procedura relativa all'accesso alle prestazioni ambulatoriali degli utenti	1			100,0%
Miglioramento della qualità assistenziale	Elaborazione di protocollo per la gestione del servizio di counselling fertilità per le coppie desiderose di prole	1		100,0%	
Miglioramento della qualità assistenziale	Indice di Ricostruzione immediata post-Mastectomia (età <= 55 aa)	2			100,0%
Miglioramento della qualità assistenziale	Inizio terapia medica oncologica dalla data della diagnosi conclusiva discussa in MMD	2			100,0%
Miglioramento della qualità assistenziale	Intervento chirurgico dopo chemioterapia neoadiuvante entro 30 giorni dall'ultimo ciclo di terapia	2			100,0%
Miglioramento della qualità assistenziale	Intervento di sensibilizzazione sul disagio giovanile e gli interventi precoci Incontri di formazione rivolti ai docenti e incontri di sensibilizzazione per genitori, docenti e studenti	1			100,0%
Miglioramento della qualità assistenziale	N° procedure invasive per la presenza di malformazioni fetali	1			100,0%
Miglioramento della qualità assistenziale	Percentuale di parti vaginali con Partoanalgesia	10			100,0%
Miglioramento della qualità assistenziale	Percentuale di pazienti avviate a chemioterapia neoadiuvante dopo discussione in MMD	2			100,0%
Miglioramento della qualità assistenziale	Posizionamento di clip amagnetica per riconoscimento di lesioni tumorali in pazienti arruolate in Breast Unit e candidate alla chemioterapia neoadiuvante	2			100,0%
Miglioramento della qualità assistenziale	Redazione di protocollo interno di intervento/valutazione nella diagnosi e trattamento ADHD	2			100,0%
Miglioramento della qualità assistenziale	Redazione e attivazione di protocollo di interventi alternativi e secondo linee guida per i disturbi dello spettro autistico.	2			100,0%
Miglioramento della qualità assistenziale	Screening Carcinoma della cervice uterina: Percentuale di adesione della popolazione bersaglio	13	7,7%	15,4%	76,9%
Miglioramento della qualità	Screening Carcinoma della mammella:	1			100,0%

Obiettivo	Indicatore	N. UO	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
assistenziale	Percentuale di adesione della popolazione bersaglio				
Miglioramento della qualità assistenziale	Screening Neonatale per la Atrofia Muscolare Spinale	1			100,0%
Miglioramento della qualità assistenziale	Tempi medi di esecuzione di esame di II livello avanzato	1			100,0%
Miglioramento della qualità assistenziale	Utilizzo del Sistema di Sequenziamento NGS per test DNA fetale per la analisi genomica ad ampio spettro (previo counselling)	1			100,0%
Miglioramento della qualità percepita	Realizzazione di almeno un progetto e somministrazione di questionari sulla qualità percepita dai famigliari di utenti in carico al Ser.D. per ogni UOC	2			100,0%
Misure per il contenimento della spesa farmaceutica	% erogazioni effettive del primo ciclo di terapia rispetto alle prescrizioni.	7	71,4%		28,6%
Misure per il contenimento della spesa farmaceutica	Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria	73	100,0%		
Misure per il contenimento della spesa farmaceutica	Costo Mat. Diagn. Laboratori / Ricavi da attività sanitaria	14	100,0%		
Misure per il contenimento della spesa farmaceutica	Costo Materiale per emodialisi / Ricavi da attività sanitaria	4	100,0%		
Misure per il contenimento della spesa farmaceutica	Costo Materiale per radiologia / Ricavi da attività sanitaria	9	100,0%		
Misure per il contenimento della spesa farmaceutica	Costo Materiale protesico / Ricavi da attività sanitaria	27	100,0%		
Misure per il contenimento della spesa farmaceutica	Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria	77	100,0%		
Misure per il contenimento della spesa farmaceutica	Monitoraggio, Analisi e Controllo per DSS dei costi della farmaceutica convenzionata per ATC con scostamento rispetto all'esercizio precedente	1			100,0%
Misure per il contenimento della spesa farmaceutica	Monitoraggio, Analisi e Controllo per DSS dei costi per beni sanitari (farmaci e dispositivi) con scostamento rispetto all'esercizio precedente	1			100,0%
Misure per il contenimento della spesa farmaceutica	Prescrizione di farmaci aventi brevetto scaduto nei pazienti "naive" nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali	1			100,0%
Misure per il contenimento della spesa farmaceutica	Spesa farmaceutica convenzionata (al lordo del payback ed al netto del ticket) per popolazione pesata normalizzata OSMED	12	91,7%		8,3%
Misure per la razionalizzazione degli acquisti di beni sanitari	Inventario entro il mese di Settembre e di Dicembre del deposito farmaceutico della U.O. Farmacia e delle singole UU.OO. del Presidio secondo le indicazione del Direttore del Dipartimento	7			100,0%
Misure per la razionalizzazione degli acquisti di beni sanitari	Inventario entro il mese di Settembre e di Dicembre secondo le indicazione del Direttore del Dipartimento	1			100,0%
Monitoraggio attività libero professionale	Predisposizione CE ALPI 1 Semestre 2023	2			100,0%
Monitoraggio attività libero professionale	Relazione trimestrale per il raffronto dei dati dei volumi di attività istituzionale / dati dei volumi di attività in ALPI e verifica del rispetto dello svolgimento di quest'ultima nella fascia oraria autorizzata	2			100,0%
Monitoraggio attività libero professionale	Supporto alla Direzione Strategica per la riorganizzazione dell'ALPI	1			100,0%
Monitoraggio della spesa	Monitoraggio della spesa dell'Assistenza Riabilitativa residenziale/semiresidenziale per	1			100,0%

Obiettivo	Indicatore	N. UO	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
	tossicodipendenti da privato				
Obblighi informativi	Redazione Report attività I e II livello per gli anni 2020-2021-2022-2023	1			100,0%
Obblighi informativi	Redazione Report su nati vivi da tecnica di inseminazione semplice e di II e III livello 2019-2020-2021-2022	1			100,0%
Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	16			100,0%
Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	Trasmissione prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dip.come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	3			100,0%
Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025	Attività di formazione	3			100,0%
Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP3	Elaborazione di n. 1 Piano Mirato di Prevenzione relativo agli obiettivi ridefiniti del PRP: PP3 Luoghi di lavoro che promuovono salute	2	50,0%		50,0%
Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP3	Intervento di promozione della salute nell'ambito del PP3 finalizzato al miglioramento della salute dei lavoratori nelle categorie esposte a rischio per cui vige l'obbligo di vaccinazione antitetanica	1			100,0%
Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP6	Elaborazione di n. 1 Piano Mirato di Prevenzione relativo agli obiettivi predefiniti del PP6: comparti diversi da Edilizia e Agricoltura	2			100,0%
Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP7	Attività di vigilanza nell'ambito del PP7- Prevenzione in Edilizia e in Agricoltura	1	100,0%		
Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP7	Elaborazione di n. 1 Piano Mirato di Prevenzione relativo agli obiettivi predefiniti del PP7: comparto Edilizia	1			100,0%
Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP7	Elaborazione di n. 1 Piano Mirato di Prevenzione relativo agli obiettivi predefiniti del PP7: comparto Edilizia o Agricoltura	1			100,0%
Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP7	Numero di aziende da ispezionare nel settore agricoltura	2			100,0%
Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP7	Percentuale di cantieri amianto ispezionati sul territorio aziendale/Tot. Piani di lavoro amianto presentati ex art. 256, comma 2 del D.Lgs. 81/08 nell'annualità di riferimento	3		66,7%	33,3%
Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP7	Percentuale di cantieri ispezionati sul territorio aziendale/Tot. Cantieri notificati sul territorio aziendale nell'anno precedente	2		100,0%	
Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP7	Percentuale di cantieri ispezionati sul territorio aziendale/Tot. Cantieri notificati sul territorio aziendale nell'anno precedente	1			100,0%
Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP8	Controlli su sostanze e miscele classificate cancerogene su iniziativa dello SPESAL Area Metropolitana	1			100,0%
Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP8	Elaborazione di n. 1 Piano Mirato di Prevenzione del rischio cancerogeno professionale	2			100,0%
Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP8	Elaborazione di n. 1 Piano Mirato di Prevenzione del rischio stress correlato	3			100,0%

Obiettivo	Indicatore	N. UO	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP8	Elaborazione di n. 1 Piano Mirato di Prevenzione delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico	2			100,0%
Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP8	Realizzazione e completamento di n. 2 PMP relativi all'obiettivo PP8	1			100,0%
Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP9	Controlli in materia di sicurezza chimica trasversali agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato. Realizzazione annuale del Programma regionale di controllo REACH e CLP	1			100,0%
Piano regionale finalizzato all'eradicazione della Malattia di Aujeszky	allevamenti controllati per Aujeszky / tot.allevamenti suini	1			100,0%
Piano regionale finalizzato all'eradicazione della Malattia di Aujeszky	allevamenti controllati per Aujeszky / tot.allevamenti suini soggetti al programma	2			100,0%
Potenziamento attività di Sorveglianza e Prevenzione Malattie Infettive Trasmissibili	Vaccinazione antimeningococco B: completamento 2' dose su Coorte 2022	3			100,0%
Potenziamento attività di Sorveglianza e Prevenzione Malattie Infettive Trasmissibili	Vaccinazione antimeningococco Tetravalente Coorte 2010	3		33,3%	66,7%
Potenziamento attività di controllo	Attività verificate ad alto rischio ex D.Lgs 222/2016/totale attività ad Alto rischio ex D.Lgs 222/2016	3			100,0%
Potenziamento attività di controllo	N. controlli su Piscine Pubbliche o Private espletati / N. richieste di controllo Piscine Pubbliche o Private pervenute	3			100,0%
Potenziamento attività di controllo della sicurezza alimentare	Allevamenti galline ovaiole con annesso centro di imballaggio uova - controlli semestrali/totale centri di imballaggio	2			100,0%
Potenziamento attività di controllo della sicurezza alimentare	N. Az. agricole in regime di condizionalità ispezionate/ N. Az. agricole in regime di condizionalità da ispezionare (su indicazioni di AGEA)	2	100,0%		
Potenziamento C.U. sui depositi di farmaci veterinari	Depositi controllati/totale depositi	1			100,0%
Potenziamento controlli ufficiali sul benessere animale in allevamento	Allevamenti controllabili/Allevamenti controllati	2			100,0%
Potenziamento controlli ufficiali sull'impiego dei medicinali veterinari	n. scorte proprie del veterinario per attività zootriche/ 33% del totale delle scorte proprie del veterinario per attività zootriche	1			100,0%
Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare	Controllo dei caseifici riconosciuti e registrati	3			100,0%
Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare	Controllo semestrale dei Centri di imballaggio uova	1			100,0%
Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare	Piano di monitoraggio armonizzato sulla resistenza agli antimicrobici (AMR) dei batteri zoonotici e commensali	3			100,0%
Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare	Programmazione ed esecuzione di controlli congiunti con il SIAN sulla ristorazione scolastica e socioassistenziale	3			100,0%
Potenziamento del controllo ufficiale sui mangimifici e determinazione del profilo di rischio dello stabilimento	mangimifici controllati/totale mangimifici in anagrafica aggiornata	1			100,0%
Potenziamento dell'attività di prevenzione del rischio correlato alle attività lavorative	Monitoraggio delle prescrizioni/limitazioni dei giudizi di idoneità per ogni P.O.	1			100,0%

Obiettivo	Indicatore	N. UO	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
Potenziamento screening oncologici	Campagna di comunicazione per la diffusione degli screening oncologici (cervice, mammella e colon) e delle vaccinazioni	1			100,0%
Potenziamento screening oncologici	Screening Carcinoma Cervice Uterina: Applicazione delle procedure di controllo di qualità interno ed esterno previste dal GISCI per il nuovo algoritmo di screening	1			100,0%
Potenziamento screening oncologici	Screening Carcinoma Cervice Uterina: Monitoraggio della mancata applicazione delle indicazioni della DGR 748/22 da parte delle Strutture afferenti	1			100,0%
Potenziamento screening oncologici	Screening Carcinoma Cervice Uterina: Tempo di refertazione della diagnostica HPV primario	1			100,0%
Potenziamento screening oncologici	Screening Carcinoma del Colon retto: Percentuale di estensione della popolazione bersaglio	1			100,0%
Potenziamento screening oncologici	Screening Carcinoma del colon-retto: potenziamento dell'attività di II livello	1			100,0%
Potenziamento screening oncologici	Screening Carcinoma della cervice uterina: Percentuale di estensione della popolazione bersaglio	1			100,0%
Potenziamento screening oncologici	Screening Carcinoma della mammella: Percentuale di estensione della popolazione bersaglio	1			100,0%
Prevenzione primaria delle dipendenze	Incontri di prevenzione primaria con studenti/familiari/docenti presso scuole dell'obbligo utilizzando format autorizzato da Direzione DDP	2			100,0%
Promozione della sicurezza alimentare	Controlli congiunti con SIAV B su ristorazione scolastica e socio assistenziale	2			100,0%
Promozione della sicurezza alimentare	Controlli mirati sull'utilizzo del sale iodato nella ristorazione collettiva e nelle attività di vendita	1			100,0%
Promozione della sicurezza alimentare	Controlli su attività di deposito produzione e commercializzazione MOCA	1			100,0%
Promozione della sicurezza alimentare	Effettuazione di AUDIT congiunti con SIAV B Nord su ristorazione scolastica e socio assistenziale	1			100,0%
Promozione della sicurezza alimentare	Effettuazione di ispezioni congiunte con SIAN su ristorazione scolastica e socio assistenziale per sorveglianza e prevenzione della Listeriosi	1			100,0%
Promozione della sicurezza alimentare	Effettuazione di ispezioni congiunte con SIAV B su ristorazione scolastica e socio assistenziale per sorveglianza e prevenzione della Listeriosi	1			100,0%
Qualità flussi informativi	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	19		5,3%	94,7%
Qualità flussi informativi	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti/totale flussi informativi di competenza	1			100,0%
Qualità flussi informativi	Modello FLS 18 Assistenza Sanitaria Collettiva: Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti/totale flussi informativi di competenza	1			100,0%
Qualità flussi informativi	Ricezione, correzione, validazione ed invio dei flussi ministeriali di competenza UOSE nel rispetto delle scadenze (Modelli NSIS)	1			100,0%
Qualità flussi informativi	Rispetto delle scadenze per l'invio informatico dei flussi ministeriali di competenza UOSE Art.50 ex legge n.326/2003 su Sistema TS	1			100,0%
Qualità flussi informativi	Rispetto dello scadenziario di ogni flusso informativo richiesto dalla direzione DDP	2			100,0%
Qualità flussi informativi	Scheda nazionale A Rilevazione attività:	1			100,0%

Obiettivo	Indicatore	N. UO	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti/totale flussi informativi di competenza				
Qualità flussi informativi	Scheda nazionale B Rilevazione attività: Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti/totale flussi informativi di competenza	1			100,0%
Qualità flussi informativi	Verifica della validazione, con rilevazione di eventuali anomalie, dei flussi regionali di competenza UOSE nel rispetto delle scadenze (CEDAP, SDO, ISTAT D.11, ISTAT D.12, ISTAT D.14)	1			100,0%
Razionalizzazione della spesa farmaceutica	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	17	11,8%		88,2%
Registro regionale delle malformazioni	N° casi comunicati	2			100,0%
Revisione delle Procedure Aziendali	Presentazione di progetto intra-aziendale Asl Bari e inter-aziendale Asl Bari/IRCCS Oncologico per il trasporto dei campioni di pertinenza anatomopatologica e trasmissione dei relativi referti	1			100,0%
Rispetto dei tempi di pagamento	Tempo medio annuo di pagamento delle fatture dopo la liquidazione delle stesse	1			100,0%
Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	Misurazione agenti fisici in ambienti di vita e di lavoro	1			100,0%
Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	Relazione annuale sullo stato di salute dei lavoratori della ASL BA	1			100,0%
Sanità digitale	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	58	17,2%	13,8%	69,0%
Sanità digitale	% di prestazioni ambulatoriali con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	2	50,0%		50,0%
Sanità digitale	Completamento attivazione Software di Gestione della Rete Trasfusionale	10			100,0%
Sanità digitale	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	34	5,9%	8,8%	85,3%
Sorveglianza BSE dei Bovini di età 48 mesi morti in allevamento	prelievi obex/sul totale prelevabile	3	33,3%		66,7%
Sorveglianza TSE ovini/caprini di età ≥ 18 mesi morti in allevamento	prelievi obex/sul totale prelevabile	3			100,0%
Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	Monitoraggio mensile delle presenze di utenti in comunità	2			100,0%
Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	Monitoraggio per DSS dei tempi di pagamento delle fatture con peggiore performance e conseguente incontro con il personale addetto	1			100,0%
Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	40	25,0%	10,0%	65,0%
Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	Trasmissione bolle caricate in Eusis alla Direzione Amministrativa di Presidio nei modi e tempi utili alla liquidazione entro 40 giorni	7			100,0%

PROFILI CONTABILI☐ RILEVANTE, a valere su:☒ NON rilevante**ONERI DI PUBBLICAZIONE OBBLIGATORIA EX D. LGS. 33/2013:**☒ SOGGETTA a pubblicazione☐ NON soggetta a pubblicazione

Sottosezione di Primo Livello	Sottosezione di Secondo Livello	Riferimento Normativo
Performance	Relazione sulla Performance	Art. 10, comma 8, lettera b, d.lgs. 33/2013

ONERI DI RISERVATEZZA:☐ CONTIENE dati personali da NON pubblicare☒ NON contiene dati personali**DESTINATARI NOTIFICA/TRASMISSIONE**

PROPOSTA N.RO 20240001529 APPROVATA CON DELIBERAZIONE N.RO 20240001332 DEL 27/06/2024

Con la sottoscrizione in calce al presente provvedimento, i firmatari di cui sopra, ciascuno in relazione al proprio ruolo come indicato e per quanto di rispettiva competenza, attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della normativa regionale e nazionale applicabile e che il provvedimento predisposto è conforme alle risultanze istruttorie agli atti d'ufficio.

I medesimi soggetti dichiarano, inoltre, di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, della vigente sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, D.L.gs. 165/2001.

RUOLO	NOME E COGNOME	FIRMA
Componente STP	Puntillo Lino Andrea	 Firmato digitalmente il 26/06/2024 17:10
Componente STP	Zanframundo Vittorio	 Firmato digitalmente il 26/06/2024 17:11
Coordinatore STP	Bratta Pasquale	 Firmato digitalmente il 26/06/2024 17:16