



AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. <u>0819</u>
Del <u>25 GIU. 2020</u>

OGGETTO: Relazione sulla Performance ASL di Bari anno 2019. Approvazione.

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la Deliberazione n.1492/DG del 05.09.2018, 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. 502/1992 e s.m.i. "*Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 L. 23/10/1992 n. 421*", ed, in particolare, l'art. 3, comma 6;
- il D.Lgs. 165/2001 e s.m.i. "*Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche*";
- il D.Lgs. n. 150/2009 e s.m.i., "*In materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni*", ed, in particolare, l'art. 10, comma 1, lett. b) e l'art. 14, comma 4, lett. c);
- la Legge regionale 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, ed, 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;

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;

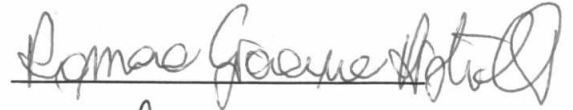
Dato atto che:

- con d.D.G. n. 1870 del 30/11/2018 è stato approvato il Bilancio Economico Preventivo e Budget generale d' Esercizio 2019 ed il Bilancio pluriennale di previsione per gli esercizi 2019-2020-2021;
- con d.D.G. n. 1919 del 30/11/2018 sono stati definiti gli obiettivi generali di budget per l'anno 2019;
- con d.D.G. n. 2025 del 21/12/2018 sono stati assegnati dalla Direzione Generale gli obiettivi operativi di budget per l'anno 2019;
- con d.D.G. n. 127 del 31/01/2019, questa Azienda ha approvato il Piano della Performance 2019/2021, documento programmatico triennale mediante il quale, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale e dei vincoli di bilancio, sono individuati gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi, delle varie articolazioni organizzative dell'ASL Bari;
- in data 22/05/2020, l'OIV ha completato l'attività di valutazione della performance espressa dalle strutture aziendali, in attuazione degli obiettivi loro assegnati con il Piano della Performance 2019/2021, di cui innanzi;
- sulla base della valutazione della performance organizzativa di cui sopra, la STP ha predisposto la Relazione sulla Performance per l'anno 2019, ai sensi dell'art. 10, comma 1, lettera b) del D.Lgs. 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 DFP;

Ritenuto, pertanto, di dover procedere ad approvare formalmente la Relazione sulla Performance per l'anno 2019, allegata *sub A*) al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale, ai fini della successiva trasmissione all'OIV;

Il Dirigente amministrativo – componente STP:
Romana Giovanna Piscitelli



Il Dirigente analista – componente STP:
Vittorio Zanframundo



Il Coordinatore STP:
Pasquale Bratta



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 2019", 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, la Relazione sulla Performance per l'anno 2019, approvata al punto che precede, sul sito istituzionale dell'ASL di Bari nella sezione "Amministrazione Trasparente" - sotto sezione "Performance", valevole quale informativa alle OO.SS. del comparto e della dirigenza, nonché a tutto il personale dipendente;
3. di trasmettere la "Relazione sulla Performance per l'anno 2019", approvata al precedente punto n. 1, all'OIV, ai fini della successiva validazione;
4. di dare atto che dal presente provvedimento non derivano oneri di spesa a carico del bilancio aziendale;
5. di inviare il presente provvedimento al Collegio Sindacale e al CUG.



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 2019

R

Sommaro

1. Finalità e principi generali della relazione sulla performance	3
2. Contesto esterno di riferimento.....	4
3. Generalità sulla struttura organizzativa aziendale	9
4. Analisi delle risorse.....	10
5. Assistenza Ospedaliera.....	18
5.1 Dati di struttura	18
5.2 Dati di attività e indicatori	19
5.3 Analisi dei dati di attività rispetto al Piano della Performance 2019-2021	22
6. Assistenza Territoriale	25
6.1 Assistenza Distrettuale – Dati di attività.....	26
6.2 Salute Mentale – Dati di attività	27
6.3 Dipendenze Patologiche – Dati di attività.....	29
6.4 Analisi dei dati di attività rispetto al Piano della Performance 2019-2021	31
7. Assistenza negli ambienti di vita e nei luoghi di lavoro.....	36
7.1 Dati di struttura	36
7.2 Dati di attività	36
7.3 Analisi dei dati di attività rispetto al Piano della Performance 2019-2021	46
8. Altri obiettivi strategici	48
9. Obiettivi annuali	54
10. Performance organizzativa complessiva ed individuale.....	55
11. Processo di misurazione e valutazione	56
<i>Allegato 1 – Obiettivi annuali.....</i>	<i>58</i>

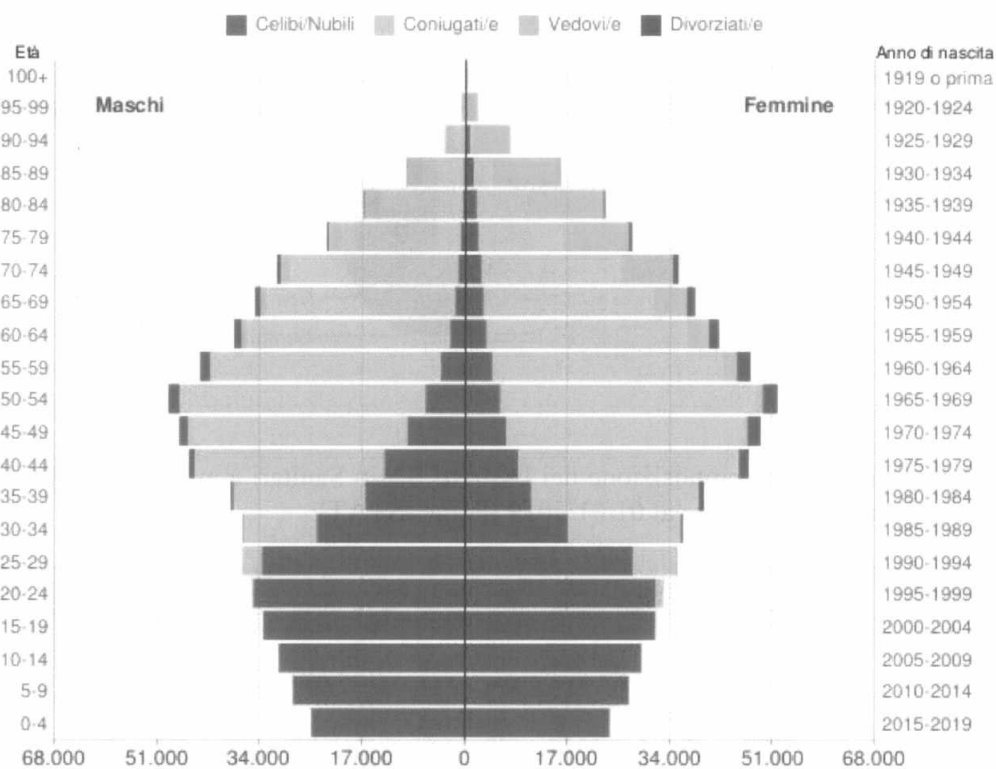
1. Finalità e principi generali della relazione sulla performance

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 2019, concludendo in tal modo il Ciclo della Performance.

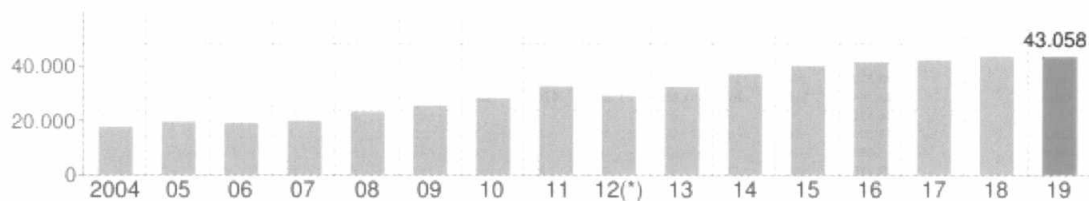
Pertanto, il presente documento si propone lo scopo di fornire puntuali elementi di valutazione in ordine all'andamento della gestione aziendale, con riferimento alle dinamiche economiche e gestionali relative al perseguimento degli obiettivi strategici, di mandato, dei piani operativi e degli obiettivi delle singole UU.OO. oltre che alle attività erogate e le strategie perseguite nel corso del 2019.

Il contesto generale all'interno del quale si è operata la gestione dell'ASL Bari nel 2019 è stato caratterizzato dal perdurare, sia a livello nazionale che a livello regionale, delle politiche di razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria, quale misura necessaria per garantire la sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale, e delle derivanti necessità di procedere nei piani di riordino ospedaliero e delle reti. L'obiettivo dell'equilibrio di bilancio, senza pregiudizio per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (monitorati da un set di indicatori raccolti nella *griglia L.E.A.* del Ministero della Salute), è stata la sfida a cui sono stati chiamati tutti gli attori della Sanità regionale confermando l'impegno a proseguire sulla strada già tracciata negli anni precedenti, caratterizzata da scelte di politica economica e sanitaria orientate fondamentalmente al recupero dei possibili spazi di razionalizzazione ed ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse impegnate, con contestuale miglioramento dell'offerta sanitaria.





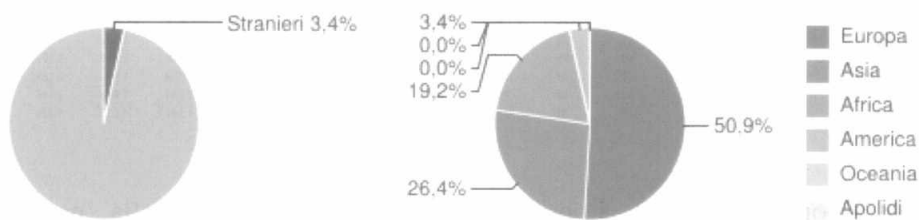
Gli stranieri residenti nella Città Metropolitana di Bari al 01/01/2019 sono n.43.058 e rappresentano il 3,4% della popolazione residente complessiva.



Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2019

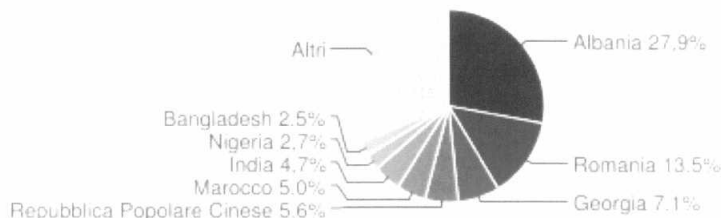
CITTÀ METROPOLITANA DI BARI - Dati ISTAT 1° gennaio 2019 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento



Handwritten signature

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



Di seguito si riporta la composizione dei Distretti Socio Sanitari con i Comuni di competenza e la relativa popolazione residente al 01/01/2019 (Fonte ISTAT):

Distretto	Comune	Fascia d'età		0		1 - 4		5 - 14		15 - 44		45 - 64		65 - 74		75 ed oltre	
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Totale	Totale	1 251 994	4 839	4 512	20 601	19 408	59 422	56 291	227 262	222 047	178 804	189 711	66 157	73 193	53 771	75 976	
	Totale	79 564	309	271	1 276	1 178	3 514	3 385	13 846	13 605	10 919	11 900	4 774	5 214	3 961	5 412	
DSS 1	Govinazzo	20 273	88	67	297	294	908	828	3 535	3 514	2 827	3 099	1 234	1 370	943	1 269	
	Molfetta	59 291	221	204	979	884	2 606	2 557	10 311	10 091	8 092	8 801	3 540	3 844	3 018	4 143	
	Totale	100 396	402	350	1 690	1 654	5 127	4 740	18 996	18 650	14 077	14 812	5 134	5 612	3 771	5 381	
DSS 2	Corato	48 233	198	165	852	774	2 594	2 341	9 064	9 127	6 714	7 193	2 333	2 675	1 713	2 490	
	Ruvo di Puglia	25 280	112	94	391	441	1 208	1 188	4 723	4 498	3 480	3 683	1 327	1 470	1 118	1 547	
	Terlizzi	26 883	92	91	447	439	1 325	1 211	5 209	5 025	3 883	3 936	1 474	1 467	940	1 344	
	Totale	75 924	328	288	1 347	1 239	3 951	3 719	14 471	14 368	10 916	11 442	3 801	3 933	2 551	3 570	
DSS 3	Bitonto	54 626	235	200	959	905	2 786	2 617	10 420	10 310	7 888	8 300	2 721	2 846	1 835	2 604	
	Palo del Colle	21 298	93	88	388	334	1 165	1 102	4 051	4 058	3 028	3 142	1 080	1 087	716	966	
	Totale	142 394	609	608	2 722	2 548	7 734	7 487	28 959	27 741	19 009	19 741	6 166	6 662	5 081	7 327	
DSS 4	Altamura	70 667	302	326	1 481	1 357	3 981	3 904	14 464	13 993	9 342	9 785	2 852	3 139	2 241	3 500	
	Gravina in Puglia	43 816	208	180	787	726	2 378	2 308	9 027	8 552	5 815	6 031	1 882	2 033	1 655	2 234	
	Poggiorsini	1 472	3	3	26	16	54	50	387	246	202	205	55	69	72	84	
	Santeramo in Colle	26 439	96	99	428	449	1 321	1 225	5 081	4 950	3 650	3 720	1 377	1 421	1 113	1 509	
	Totale	68 256	287	268	1 179	1 087	3 247	3 015	12 929	12 353	9 640	10 051	3 647	3 723	2 891	3 939	
	Acquaviva delle Fonti	20 523	76	66	322	298	923	850	3 628	3 587	2 891	3 158	1 142	1 237	954	1 391	
	Binetto	2 226	17	10	42	40	118	95	444	426	314	329	114	110	78	89	
	Totale	14 760	67	60	294	265	727	662	2 784	2 764	2 056	2 175	799	766	553	788	
DSS 5	Cassano delle Murge	12 638	47	54	204	189	643	562	2 478	2 297	1 803	1 774	655	704	540	688	
	Sannicandro di Bari	9 883	46	41	193	155	487	455	2 020	1 781	1 448	1 419	480	466	390	502	
	Toritto	8 226	34	37	124	140	349	391	1 575	1 498	1 128	1 196	457	440	376	481	
	Totale	320 862	1 089	1 057	4 631	4 488	14 113	13 382	54 640	52 889	46 435	51 047	17 769	20 898	15 459	22 965	
DSS Bari	Bari	320 862	1 089	1 057	4 631	4 488	14 113	13 382	54 640	52 889	46 435	51 047	17 769	20 898	15 459	22 965	
	Totale	61 456	291	252	1 115	1 085	3 190	3 090	11 368	11 317	8 740	9 111	3 244	3 506	2 259	2 888	
DSS 9	Bitetto	11 975	53	58	225	230	689	676	2 301	2 274	1 631	1 654	591	589	422	582	
	Bitritto	11 278	69	52	221	190	578	589	2 093	2 101	1 703	1 824	547	527	346	438	
	Modugno	38 203	169	142	669	665	1 923	1 825	6 974	6 942	5 406	5 633	2 106	2 390	1 491	1 868	
	Totale	83 244	311	307	1 380	1 283	4 081	3 861	14 823	15 050	12 353	12 965	4 393	4 757	3 261	4 419	
	Adelfia	16 822	58	69	252	238	806	752	3 011	2 980	2 536	2 615	854	940	727	974	
	Capurso	15 598	66	62	277	310	781	728	2 770	2 852	2 249	2 332	848	899	635	789	
	Cellamare	5 826	28	22	102	109	333	333	1 123	1 157	887	919	233	213	154	213	
	Triggiano	27 175	100	103	464	391	1 307	1 249	4 876	4 958	4 010	4 191	1 439	1 609	1 015	1 463	
	Valenzano	17 823	59	51	285	235	854	789	3 043	3 103	2 671	2 908	1 019	1 096	730	980	
	Totale	70 165	288	241	1 202	1 116	3 331	3 047	13 007	12 705	10 200	10 566	3 777	3 846	2 959	3 880	
DSS 11	Mola di Bari	25 311	104	71	372	337	1 137	999	4 392	4 252	3 712	3 835	1 531	1 624	1 277	1 668	
	Noicattaro	26 322	104	98	508	454	1 309	1 253	5 077	5 005	3 864	3 970	1 300	1 274	901	1 205	
	Rutigliano	18 532	80	72	322	325	885	795	3 538	3 448	2 624	2 761	946	948	781	1 007	
	Totale	92 922	348	306	1 544	1 389	4 122	4 026	16 618	16 334	13 755	14 234	4 865	5 521	4 159	5 701	
DSS 12	Conversano	26 175	109	88	468	404	1 194	1 213	4 732	4 646	3 792	3 963	1 307	1 525	1 240	1 494	
	Monopoli	48 822	166	155	799	708	2 123	2 035	8 601	8 432	7 362	7 610	2 623	2 942	2 137	3 129	
	Polignano a Mare	17 925	73	63	277	277	805	778	3 285	3 256	2 601	2 661	935	1 054	782	1 078	
	Totale	66 756	276	242	1 170	1 033	3 099	2 941	11 921	11 613	9 568	9 955	3 545	3 963	3 132	4 298	
DSS 13	Casamassima	19 809	89	92	386	348	1 039	976	3 673	3 676	2 910	3 010	911	974	747	978	
	Goia del Colle	27 573	109	90	479	366	1 250	1 142	4 855	4 626	3 880	4 082	1 626	1 785	1 352	1 931	
	Sammichele di Bari	6 336	20	20	90	83	251	211	1 070	1 003	859	931	372	471	408	547	
	Turi	13 038	58	40	215	236	559	612	2 323	2 308	1 919	1 932	636	733	625	842	
	Totale	90 055	301	322	1 345	1 308	3 913	3 598	15 684	15 422	13 192	13 887	5 042	5 558	4 287	6 196	
	Alberobello	10 654	31	31	160	147	421	437	1 872	1 785	1 506	1 607	605	683	559	810	
	Castellana Grotte	19 570	69	85	310	310	889	847	3 477	3 518	2 839	3 027	1 055	1 153	819	1 172	
	Locorotondo	14 186	61	63	226	215	640	571	2 527	2 474	1 992	2 181	763	802	686	985	
	Noci	19 045	62	62	264	261	811	716	3 324	3 254	2 840	2 946	1 033	1 171	915	1 386	
	Putignano	26 600	78	81	385	375	1 152	1 027	4 484	4 391	4 015	4 126	1 586	1 749	1 308	1 843	

Si riportano, inoltre, i principali indici demografici della popolazione della Città Metropolitana di Bari, calcolati sulla base delle rilevazioni ISTAT.

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	91,9	47,1	79,6	81,8	10,3	7,8
2003	95,3	47,4	81,6	83,5	10,2	8,0
2004	98,3	47,4	81,3	85,1	10,1	7,2
2005	101	47,4	81,4	87,1	9,6	7,6
2006	104,7	47,8	82,2	90,6	9,3	7,6
2007	108,3	47,9	86,7	93,6	9,3	8,0
2008	111,6	47,9	90,5	96,3	9,3	8,0
2009	114,6	48,0	98,4	99,4	9,2	8,1
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	9,0
2019	163,0	53,1	123,6	129,3	n.d.	n.d.

*** Indice di vecchiaia**

Rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero degli ultrasessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni. *Ad esempio, nel 2018 l'indice di vecchiaia per la città metropolitana di Bari dice che ci sono 157,4 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).

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

Rappresenta il rapporto percentuale tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (55-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-24 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 e di invecchiamento 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 2019, è stato pari a circa n. 230.823 unità per motivi di età e di reddito e n. 820.711 per altri motivi. Va comunque 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 2017



ANNO 2017		
Patologia	Morti	Quoziente di mortalità (per 10.000 abitanti)
Malattie del sistema circolatorio	4095	32.53
Tumori	3140	24.94
Malattie del sistema respiratorio	858	6.82
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	718	5.7
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	711	5.65
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	458	3.64
Malattie dell'apparato digerente	445	3.54
Disturbi psichici e comportamentali	383	3.04
Malattie dell'apparato genitourinario	253	2.01
Alcune malattie infettive e parassitarie	244	1.94
Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	194	1.54
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immuni	66	0.52
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	65	0.52
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	31	0.25
Malformazioni congenite ed anomalie cromosomiche	19	0.15
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	12	0.1
TOTALE	11692	92.88

3. 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;
- le strutture dei n.12 Distretti Socio Sanitari in cui è suddiviso il territorio dell'ASL;
- n.5 Presidi Ospedalieri a gestione diretta articolati in n.9 Stabilimenti Ospedalieri
- n.1 Ospedale classificato o assimilato ai sensi dell'art.1, ultimo comma, della Legge n.132/1968 – “Ente Eccl.Osp.Gen.Reg. 'Miulli”
- n.1 Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico - “Salvatore Maugeri” di Cassano delle Murge
- il privato accreditato.

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

- Servizio delle Professioni Sanitarie Ospedaliere
- Servizio delle Professioni Sanitarie Territoriali
- Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale
- Servizio Sorveglianza Sanitaria e Radioprotezione Medica – Medicina del lavoro
- Struttura Burocratico-Legale
- U.O. Rischio Clinico e Qualità
- U.O.S.E. (Unità Operativa Statistica ed Epidemiologia)
- U.R.P. (Ufficio Relazioni con il Pubblico)
- U.V.A.R.P. (Unità di valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni sanitarie in ambito pubblico e privato)
- U.O. Formazione
- U.O. Analisi e Sviluppo Sistema Informativo
- U.O. Controllo di Gestione
- U.O. Gestione Rapporti Convenzionali
- U.O. Ingegneria clinica – HTA
- Ufficio per la Prevenzione e la Repressione della corruzione e dell'illegalità
- Centro Territoriale Malattie Rare

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

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

L'organizzazione sanitaria, aggiornata con la D.D.G. n. 687 del 17.04.2014, si articola nei seguenti Dipartimenti Ospedalieri:

- Dipartimento aziendale area Chirurgica
- Dipartimento aziendale Area Critica
- Dipartimento aziendale area Medica
- Dipartimento aziendale Cardiologia
- Dipartimento aziendale Gestione del Farmaco



- Dipartimento aziendale Immuno-Trasfusionale
- Dipartimento aziendale Materno Infantile
- Dipartimento aziendale Medicina di Laboratorio
- Dipartimento aziendale medico-chirurgico Nefro-Urologico
- Dipartimento aziendale medico-chirurgico Neurosensoriale
- Dipartimento aziendale Radiodiagnostica
- Dipartimento aziendale Servizi Direzionali

e nei seguenti Dipartimenti Territoriali:

- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento di Salute Mentale
- Dipartimento delle Dipendenze Patologiche
- Dipartimento dell'Assistenza Primaria ed Intermedia (composto dai n.12 Distretti Socio Sanitari)

4. Analisi delle risorse

- **Risorse economiche**

Premesso che con Determina n.153 del 28/05/2020 del Dirigente della Sezione amministrazione, finanza e controllo in sanità – sport per tutti del Dipartimento Promozione della salute, del benessere sociale e dello sport per tutti della Regione Puglia è stato disposto che “Il termine del 31 maggio 2020 previsto dalla legge 24 aprile 2020, n.27, in deroga a quanto previsto dall'art. 2364 c.c., per la chiusura del bilancio di esercizio 2019 è prorogato, ai sensi dell'art.53 della legge regionale n.1/2016, al 30 giugno 2020”, pertanto di seguito si riepiloga **il confronto tra il CE preventivo ed il CE del IV trimestre relativi all'esercizio 2019.**

Valori in €/mgl.	IV Trimestre 2019	Preventivo 2019	Consuntivo 2018
Valore della Produzione	2.331.576	2.332.927	2.315.605
Costi della Produzione	2.317.196	2.337.947	2.293.878
Differenza tra Valore e Costo della Produzione	14.380	-5.020	21.727
Proventi ed oneri finanziari	-868	-359	-847
Rettifiche di valore di attività finanziarie	-	-	-
Proventi ed oneri straordinari	16.266	-	9.317
Imposte sul reddito dell'esercizio	29.777	33.159	30.185
Utile/(Perdita) d'esercizio	1	-38.538	12

Fonte: Conto Economico del IV Trimestre 2019

Il risultato del Conto Economico del IV trimestre 2019 è migliore rispetto al preventivo: infatti, a fronte di un valore della produzione del IV trimestre 2019 sostanzialmente invariato rispetto al preventivo 2019, i costi corrispondenti sono più bassi di circa lo 0,9%.

Risulta utile analizzare alcuni scostamenti tra i costi rilevati al IV trimestre 2019 e quelli dell'anno 2018 che rappresentano in modo più significativo le risorse economiche utilizzate per il perseguimento degli obiettivi definiti per il 2019:

Confronto tra i costi del C.E. al IV trimestre 2019 ed i costi del 2018 (valori in €/mgl)

	C.E. IV Trim. 2019	BILANCIO 2018	Scostamento
A) VALORE DELLA PRODUZIONE			
1) Contributi in c/esercizio	2.159.229	2.159.191	0,0%
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-1.434	-10.237	-86,0%
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	4.118	9.394	-56,2%
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	100.106	100.470	-0,4%
5) Concorsi, recuperi e rimborsi	35.939	22.869	57,2%
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	13.219	11.441	15,5%
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	19.069	18.759	1,7%
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0	0	
9) Altri ricavi e proventi	1.330	3.718	-64,2%
Totale A)	2.331.576	2.315.605	0,7%
B) COSTI DELLA PRODUZIONE			
I) Acquisti di beni	431.502	433.674	-0,5%
a) Acquisti di beni sanitari	425.602	428.619	-0,7%
b) Acquisti di beni non sanitari	5.900	5.055	16,7%
2) Acquisti di servizi sanitari	1.249.371	1.251.973	-0,2%
a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	159.483	157.808	1,1%
b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	175.620	178.401	-1,6%
c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	156.895	157.124	-0,1%
d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	41.848	40.403	3,6%
e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	12.665	13.628	-7,1%
f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	16.392	17.011	-3,6%
g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	455.452	454.127	0,3%
h) Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	40.819	41.870	-2,5%
i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F	87.189	87.189	0,0%
j) Acquisti prestazioni termali in convenzione	2.287	2.287	0,0%
k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	15.376	15.449	-0,5%
l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	48.984	43.541	12,5%
m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	3.950	3.796	4,1%
n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari	26.471	33.346	-20,6%
o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	3.828	3.114	22,9%
p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	2.112	2.879	-26,6%
q) Costi per differenziale Tariffe TUC	0	0	0,0%
3) Acquisti di servizi non sanitari	86.039	80.032	7,5%
a) Servizi non sanitari	85.148	78.904	7,9%
b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	225	237	-5,1%
c) Formazione	666	891	-25,3%
4) Manutenzione e riparazione	23.126	22.574	2,4%
5) Godimento di beni di terzi	16.456	14.227	15,7%
6) Costi del personale	446.679	438.895	1,8%
a) Personale dirigente medico	167.731	164.753	1,8%
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	17.783	16.947	4,9%
c) Personale comparto ruolo sanitario	185.699	181.651	2,2%
d) Personale dirigente altri ruoli	4.927	4.204	17,2%
e) Personale comparto altri ruoli	70.539	71.340	-1,1%
7) Oneri diversi di gestione	6.927	7.012	-1,2%
8) Ammortamenti	24.407	25.065	-2,6%
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	809	1.157	-30,1%
b) Ammortamenti dei Fabbricati	12.204	12.072	1,1%
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	11.394	11.836	-3,7%
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	1.369	1.369	0,0%
10) Variazione delle rimanenze	5.958	-10.708	-155,6%
a) Variazione delle rimanenze sanitarie	5.958	-10.424	-157,2%
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	0	-284	-100,0%
II) Accantonamenti	25.362	29.765	-14,8%
a) Accantonamenti per rischi	11.436	10.060	13,7%
b) Accantonamenti per premio operosità	889	889	0,0%
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	33	26	26,9%
d) Altri accantonamenti	13.004	18.790	-30,8%
Totale B)	2.317.196	2.293.878	1,0%
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	14.380	21.727	-33,8%
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI			
Totale C)	-868	-847	2,5%
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE			
Totale D)	0	0	0,0%
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI			
1) Proventi straordinari	24.716	18.625	32,7%
2) Oneri straordinari	8.450	9.308	-9,2%
Totale E)	16.266	9.317	74,6%
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO			
Totale Y)	29.777	30.185	-1,4%
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	1	12	

Fonte: Conto Economico del IV Trimestre 2019

- complessivamente gli acquisti di servizi sanitari sono leggermente diminuiti passando da €/mgl.1.251.973 a €/mgl.1.249.371 (-0,2%).
- gli acquisti di servizi non sanitari sono aumentati passando da €/mgl. 80.032 a €/mgl.86.039 (+7,5%). L'incremento è dovuto all'aumento dei consumi di Energia Elettrica, all'aumento dei costi per Assistenza hardware e software, e all'aumento dei costi per Servizio di Portierato e Ausiliario in House parzialmente compensato dalla diminuzione dei costi per Servizio di pulizia in House;
- i costi per Manutenzioni e riparazioni passano da €/mgl. 22.574 a €/mgl.23.126 (+2,4%) principalmente per l'incremento delle manutenzioni ordinarie su attrezzature tecnico-sanitarie e, in parte, anche delle manutenzioni ordinarie sugli immobili e loro pertinenze;
- i costi per Godimento di beni di terzi passano da €/mgl. 14.227 a €/mgl.16.456 (+15,7%) per l'incremento dei Canoni di noleggio per attrezzature concesse in uso ad assistiti;
- i costi del personale sono aumentati passando da €/mgl. 438.895 a €/mgl.446.679 (+1,8%) per le nuove assunzioni effettuate nel corso del 2019;

• **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 2016 è stato pari a n. 8.656 unità, nel corso del 2017 è stato pari a n. 8.428 unità, nel corso del 2018 è stato pari a n. 8.286 unità e nel corso del 2019 è stato pari a n. 8.353 unità.

Per l'anno 2019 vanno aggiunti n.1023 Medici di Medicina Generale (MMG), n.176 Pediatri di libera scelta (PLS), n.272 medici specialisti ambulatoriali interni, n.267 medici di continuità assistenziale, n.29 psicologi convenzionati, n.36 veterinari convenzionati, n.121 medici del Servizio di Emergenza Territoriale e n.18 medici della Medicina dei Servizi.

Il totale degli operatori aziendali nel 2019 è stata quindi pari a n.10.295.

Area	2017					2018					2019				
	Ruolo Sanit.	Ruolo Tecn.	Ruolo Profess.	Ruolo Amm.vo	TOT.	Ruolo Sanit.	Ruolo Tecn.	Ruolo Profess.	Ruolo Amm.vo	TOT.	Ruolo Sanit.	Ruolo Tecn.	Ruolo Profess.	Ruolo Amm.vo	TOT.
Direzione e Aree di Gest.	83	167	9	193	452	89	164	8	188	1 874	99	160	10	192	461
Dipartimenti Territoriali	1 130	159	1	133	1 423	1 142	152	1	130	4 462	1 149	156	1	123	1 429
Ospedali	3 605	703	3	213	4 523	3 580	682	1	200	1 950	3 652	659	1	192	4 503
Distretti	1 416	294		320	2 030	1 368	282		300	2	1 397	264		300	1 961
TOTALE AZIENDA	6 234	1 322	12	860	8 428	6 184	1 275	10	818	8 286	6 296	1 239	12	807	8 353

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

Riepilogo per Sesso

Rispetto all'analisi per genere del numero medio di personale dipendente per l'anno 2019 si evidenzia come, in confronto al 2018, sia aumentato il personale di sesso femminile dell'0.6%.

Anno	2017		2018		2019	
Sesso	N	%	N	%	N	%
Donne	4 964	58.9%	4 941	59.6%	5 025	60.2%
Uomini	3 464	41.1%	3 345	40.4%	3 329	39.8%
Totale	8 428	100.0%	8 286	100.0%	8 353	100.0%

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

Riepilogo per età

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

La fascia d'età al di sopra dei 50 anni per il 2019 è pari al 59,5%, di cui ben il 22% al di sopra dei 60 anni. Tale analisi comporta una riflessione sulle politiche di gestione del personale dipendente e sulla organizzazione aziendale. Andranno pianificati i concorsi aziendali e/o regionali garantendo la rapida sostituzione del personale in uscita considerati anche gli effetti della così detta "quota 100". Va comunque rilevato un progressivo aumento del numero di dipendenti di età inferiore ai 40 anni, risultato delle politiche assunzionali degli ultimi anni.

Anno Decade	2017		2018		2019	
	N.	%	N.	%	N.	%
20-29	164	1.9%	175	2.1%	261	3.1%
30-39	917	10.9%	1 006	12.1%	1 117	13.4%
40-49	2 123	25.2%	2 012	24.3%	2 004	24.0%
50-59	3 444	40.9%	3 263	39.4%	3 133	37.5%
>60	1 779	21.1%	1 830	22.1%	1 838	22.0%
Totale	8 428	100.0%	8 286	100.0%	8 353	100.0%

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

Riepilogo per Tipo rapporto di lavoro

L'analisi del numero medio del personale dipendente relativamente al tipo di rapporto di lavoro evidenzia una rilevante diminuzione della incidenza del personale a tempo determinato sul totale del personale dipendente, tra il 2018 ed il 2019, di una percentuale pari al 4% riferita prevalentemente al profilo del Comparto Sanitario (Infermieri professionali e Tecnici Sanitari).

Qualifica	2017			2018			2019		
	Determinato	Indeterminato	Totale	Determinato	Indeterminato	Totale	Determinato	Indeterminato	Totale
Dirigenti Medici	108	1 521	1 629	92	1 555	1 647	88	1 555	1 643
Dirigenti Sanitari non Medici	13	181	194	9	194	204	19	193	213
Pers. Comparto Infermieri	542	2 848	3 390	437	2 869	3 306	129	3 257	3 386
Pers. Tecnico Sanitario	63	413	476	23	336	360	2	355	357
Altro Pers. Di comparto	56	488	544	69	600	668	66	632	698
Totale Ruolo Sanitario	782	5 452	6 234	630	5 554	6 184	304	5 993	6 296
Dirigenti	1	7	8		9	9		9	9
Personale di Comparto	10	1 304	1 314	9	1 257	1 266	1	1 229	1 230
Totale Ruolo Tecnico	11	1 311	1 322	9	1 266	1 275	1	1 238	1 239
Dirigenti	3	6	9	4	6	9	2	9	11
Personale di Comparto	1	2	3	0	1	1		1	1
Totale Ruolo Professionale	4	8	12	4	7	10	2	10	11
Dirigenti	2	14	15	1	14	15	1	27	28
Personale di Comparto	3	842	845	2	800	803	12	767	779
Totale Ruolo Amministrativo	5	856	860	3	814	818	12	794	807
TOTALE AZIENDA	802	7 626	8 428	645	7 641	8 286	319	8 034	8 353

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

Turnover

L'analisi del turnover, ossia la differenza tra nuove assunzioni e cessazioni dei rapporti di lavoro, rivela nel 2019 un decremento di oltre il 19% delle assunzioni rispetto all'anno precedente ed un decremento di oltre il 42% delle cessazioni: tale andamento deriva dalla conclusione, nell'anno 2018 di diverse procedure concorsuali che hanno consentito, per numerose unità di personale, la

trasformazione del rapporto di lavoro da tempo determinato a tempo indeterminato

	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019
ASSUNTI	607	1121	902
CESSATI	731	1258	729

Il turn-over di tutto il personale dipendente della ASL Bari nel 2019 distinto per area funzionale è il seguente:

	Assunti	Cessati	Indice di sostituzione
Area Direzionale	69	55	125%
Ospedale	509	406	125%
Territorio	303	226	134%
Prevenzione	21	42	50%
Totale	902	729	124%

Fonte: Analisi 2019 sul personale – Area Gestione del Personale

Nel 2019 il numero degli assunti, a livello aziendale, è superiore a quello dei cessati infatti turn-over medio aziendale è pari al 124%. Tra le quattro aree funzionali solo l'area della Prevenzione risulta avere un numero di assunti inferiore a quello dei cessati ovvero pari al 50%.

Per completezza di analisi si riportano, nella tabella seguente, i dati relativi al turn-over di tutto il personale nella ASL Bari nell'esercizio 2019, suddiviso per ruolo, precisando che tra le assunzioni vengono rilevati risorse a tempo determinato ed indeterminato.

		Assunti	Cessati	Variazione
TEC/AMM/PRO	COMPARTO	146	159	-13
	DIRIGENZA	32	13	19
	Totale	178	172	6
MED/SAN	COMPARTO	539	339	200
	DIRIGENZA	185	218	-33
	Totale	724	557	167
Totale	902	729	173	

Fonte: Analisi 2019 sul personale – Area Gestione del Personale

Sorveglianza sanitaria

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

	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019
Num.medio dipendenti	8428	8286	8353
Num. giudizi idoneità condizionati	637	591	602
Incidenza %	7.6%	7.1%	7.2%

Fonte: U.O. Sorveglianza Sanitaria

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

Il personale dipendente che fruisce dei permessi per l'applicazione della L.n.104/92 è leggermente diminuito tra il 2018 ed il 2019. L'incidenza di questo personale sul totale dei dipendenti nel 2017 è stata pari al 22,6%, nel 2018 è stata pari al 23,2% e nel 2019 pari al 21,7%.

ANNO	2017		2018		2019	
	N	Incid.su tot.pers.	N	Incid.su tot.pers.	N	Incid.su tot.pers.
RUOLO SANITARIO	1.343	21,5%	1.365	22,1%	1.299	20,6%
Dirigenti	341	18,7%	343	18,5%	329	17,7%
Comparto	1.002	22,7%	1.022	23,6%	970	21,8%
RUOLO TECNICO	327	24,7%	333	26,1%	308	24,9%
Dirigenti	1	12,5%	1	11,3%	1	11,1%
Comparto	326	24,8%	332	26,2%	307	25,0%
RUOLO PROFESSIONALE	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Dirigenti	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Comparto	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
RUOLO AMMINISTRATIVO	237	27,6%	221	27,0%	205	25,4%
Dirigenti	3	19,5%	3	19,9%	3	10,8%
Comparto	234	27,7%	218	27,2%	202	25,9%
TOTALE ASL BA	1.907	22,6%	1.919	23,2%	1.812	21,7%

Fonte: Area Gestione del Personale

Formazione

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

ANNO	N. corsi	N. edizioni	N. partecipanti
2017	128	374	10.986
2018	177	355	10.276
2019	133	405	9.036

Fonte: U.O. Formazione

Si precisa che nei valori del 2019 è compreso anche il seguente numero di corsi riservati al personale convenzionato (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Continuità Assistenziale):

ANNO	N. corsi pers. Convvenz.	N. edizioni	N. partecipanti
2019	19	55	1223

• Spese per il personale

Nei dati riferiti ai costi al IV trimestre 2019 si rileva che la spesa del personale aumenta rispetto a quella del 2018 di circa il 1,5% soprattutto relativamente al personale del ruolo sanitario.

Costi del Personale dipendente (compreso oneri a carico azienda ed IRAP)

Esercizi =>	2014	Incidenza	2015	Incidenza	2016	Incidenza
Ruolo Sanitario	378.669.596,51	81,02%	382.691.548,75	81,53%	382.846.915,58	82,18%
Ruolo Professionale	1.242.933,85	0,27%	1.293.674,89	0,28%	1.237.126,05	0,27%
Ruolo Tecnico	51.063.963,61	10,93%	50.405.044,44	10,74%	48.203.224,42	10,35%
Ruolo Amministrativo	36.410.797,27	7,79%	34.978.656,58	7,45%	33.548.604,88	7,20%
Totale	467.387.291,24	100,00%	469.368.924,66	100,00%	465.835.870,93	100,00%
Scostamento rispetto all'anno precedente			0,42%		-0,75%	

Esercizi =>	2017	Incidenza	2018	Incidenza	CE IV TRIM 2019	Incidenza
Ruolo Sanitario	385.098.957,08	82,58%	385.159.585,32	82,79%	392.567.459,06	83,11%
Ruolo Professionale	1.262.717,18	0,27%	1.314.924,75	0,28%	1.272.799,82	0,27%
Ruolo Tecnico	47.254.430,75	10,13%	46.711.381,85	10,04%	46.022.385,89	9,74%
Ruolo Amministrativo	32.728.452,73	7,02%	32.051.373,28	6,89%	32.511.235,48	6,88%
Totale	466.344.557,75	100,00%	465.237.265,20	100,00%	472.373.880,24	100,00%
Scostamento rispetto all'anno precedente	0,11%		-0,24%		1,53%	
Scostamento anni 2014-2018					1,07%	

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

Nell'ambito della gestione delle risorse umane vanno infatti segnalati:

- l'espletamento di diverse procedure concorsuali relativa a profili del personale di comparto e, in particolare, per Fisioterapisti, Assistenti Sociali, Ostetriche, Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica, Logopedista, Educatori Professionali;
- il completamento del concorso di Dirigente Avvocato e di Dirigente Amministrativo;
- l'acquisizione di 17.219 domande di partecipazione al concorso unico regionale per infermiere professionale e di 1.571 domande di partecipazione alla mobilità volontaria compartimentale regionale e di 2.055 domande di partecipazione alla mobilità volontaria compartimentale extraregionale la cui ultimazione del concorso e delle procedure di mobilità consentirà la graduale riduzione del personale a tempo determinato;
- il significativo numero di concorsi espletati per la Dirigenza Medica che ha consentito al 31/12/2019 la drastica riduzione del personale medico a tempo determinato.

- **Risorse Tecnologiche principali**

Le grandi attrezzature biomedicali installate nel 2019 nell'ASL Bari sono riportate di seguito:

- n. 4 Sistemi per angiografia
- n. 2 Gamma camera computerizzate
- n. 18 Mammografi digitali
- n. 6 R.M.
- n. 17 T.A.C.

Si precisa che nel corso del 2019 si è proceduto alla sostituzione di N. 2 TAC ed 1 Gamma Camera computerizzata con altre di nuova generazione.

Risorse ICT

Le tecnologie ICT sono quantificate in:

- circa n.6200 postazioni lavoro (PC)
- circa n.7700 apparecchi telefonici con tecnologia IP
- n.20 server fisici
- circa n.130 server virtuali.

5. Assistenza Ospedaliera

5.1 Dati di struttura

I posti letto delle strutture Ospedaliere a gestione diretta, presenti nel territorio dell'Area Metropolitana di Bari, previsti dal Regolamento Regionale 22 novembre 2019 n.23 avente ad oggetto: "Riordino ospedaliero della regione Puglia ai sensi del D.M.n.70/2015 e delle leggi di stabilità 2016-2017", sono di seguito riportati:

Presidio a gestione diretta	R.R.n.23/2019
P.O. della Murgia	228
P.O. San Paolo (compreso Osp. di Molfetta, Osp. di Corato, Osp. di Terlizzi)	495
Osp. San Paolo	257
Osp. di Molfetta	70
Osp. di Corato	108
Osp. di Terlizzi	60
P.O. Monopoli	160
P.O. Putignano	132
P.O. Di Venere (compreso Osp. di Triggiano)	336
Osp. Di Venere	276
Osp. di Triggiano	60
Totale Presidi a gestione diretta	1351

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

Si rileva che il suddetto Regolamento Regionale, a fronte di **n.1351 posti letto** attivi negli Ospedali a gestione diretta prevede nelle altre strutture ospedaliere Pubbliche e Private complessivamente **n.3335 posti letto**.

Presidi privati convenzionati	R.R.n.23/2019
Gruppo Villa Maria	332
C. di C. Monte Imperatore	89
CBH Mater Dei	449
Totale Presidi privati convenzionati	870

Altre strutture ospedaliere	R.R.n.23/2019
E.E.Ospedale Generale Regionale 'Miulli'	573
IRCCS Fondazione 'S. Maugeri'	230
Totale altre strutture ospedaliere	803

Altre strutture ospedaliere insistenti nell'Area Metropolitana	R.R.n.23/2019
A.O.U. "Policlinico - Giovanni XXIII" di Bari	1372
IRCCS "Giovanni Paolo II" di Bari	166
IRCCS "De Bellis" di Castellana G.	124
Totale altre strutture ospedaliere Area Metropolitana	1662

Totale complessivo altre strutture ospedaliere Pubbliche e Private Area Metropolitana	3335
--	-------------

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

5.2 Dati di attività e indicatori

Nel corso dell'esercizio 2019 si è continuato ad adeguare diverse unità operative ospedaliere affinché meglio potessero rispondere alle esigenze dell'utenza nella erogazione di prestazioni sanitarie siano esse di ricovero che di natura ambulatoriale.

L'utilizzo sempre più appropriato della funzione ospedaliera ha consentito di ridurre progressivamente i ricoveri dei cittadini residenti nella ASL Bari nelle strutture a gestione diretta come riportato nella Tabella n.1.

TABELLA 1

	Anno 2019	Anno 2018	Variazione percentuale
Dimessi Ordinari (Ord.+Lungod.+Riab.)	41 912	42 773	-2.0%
Dimessi Nido	3 806	4 030	-5.6%
Dimessi Terapia Intensiva	837	921	-9.1%
Dimessi DH	1 257	945	33.0%
Totale	47 812	48 669	-1.8%

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

Si evidenzia come nel 2019 siano ridotti di oltre del 2% i ricoveri ordinari, con un incremento del numero dei ricoveri in Day-Hospital del 33%.

Tale valore assume un significato ancora maggiore se si considera che la popolazione della provincia di Bari va incontro ad un progressivo invecchiamento come rilevato nell'analisi iniziale sul contesto di riferimento.

Per una più analitica valutazione si riportano, di seguito, i principali indicatori relativi all'attività ospedaliera degli ospedali a gestione diretta del triennio 2017-2019:

Anno 2019																
Codice	Descrizione Stabilimento	Peso medio	D.M. Acuti	D.M. preop.	Indice occup.	% DRG chir.	Ind. attraz.	% T.C.	% T.C. NTSV	Rapp. DRG rischio inappr.	% Fratt. femore operate >65aa	% Col. Lapar.	% Col. Lap. 3 gg	% abband. PS	% Dim. Vol.	% Prescr. I Ciclo
1310101	Stabilimento Ospedaliero "San Paolo" Bari	1,18	5,94	1,78	86,43%	42,39%	7,35%	46,73%	38,69%	0,16	80,86%	90,00%	77,78%	4,65%	1,62%	66,12%
1310102	Stabilimento Ospedaliero Molfetta	1,09	7,25	1,72	81,68%	43,75%	9,16%			0,23	83,78%	90,11%	75,61%	7,18%	3,02%	68,44%
1310103	Stabilimento Ospedaliero Corato	0,76	4,79	0,94	62,43%	30,07%	15,97%	43,82%	39,41%	0,19	60,71%	100,00%	100,00%	3,57%	2,39%	58,60%
1310104	Stabilimento Ospedaliero Terlizzi	1,01	9,27	0,85	66,63%	5,43%	5,43%			0,23		0,00%		1,77%	2,13%	83,31%
1310201	Stabilimento Ospedaliero "Di Venere" Bari	1,23	7,23	2,22	97,20%	36,58%	9,86%	35,24%	20,41%	0,17	95,71%	89,66%	21,15%	6,80%	2,81%	45,68%
1310202	Stabilimento Ospedaliero Triggiano	1,37	15,09		78,49%	0,31%	10,53%			0,00				3,29%	4,64%	69,35%
1310301	Stabilimento Ospedaliero della Murgia	1,00	6,01	1,47	70,14%	32,32%	7,36%	32,21%	26,29%	0,23	85,62%	78,95%	43,33%	6,99%	2,42%	43,48%
1310401	Stabilimento Ospedaliero Monopoli	0,96	5,16	1,57	63,52%	31,51%	20,49%	28,98%	23,19%	0,22	76,56%	88,89%	7,03%	7,15%	2,35%	42,93%
1310501	Stabilimento Ospedaliero Putignano	1,23	8,06	1,91	66,94%	34,55%	5,59%			0,14	84,91%	92,78%	87,78%	2,32%	2,17%	51,16%

Anno 2018																
Codice	Descrizione Stabilimento	Peso medio	D.M. Acuti	D.M. preop.	Indice occup.	% DRG chir.	% T.C.	% T.C. NTSV	Rapp. DRG rischio inappr.	% Fratt. femore operate >65aa	D.M. preop. Tibia-Perone	% Col. Lapar.	% Col. Lap. 3 gg	% Dim. Vol.	% Prescr. I Ciclo	
1310101	Stabilimento Ospedaliero "San Paolo" Bari	1,16	6,08	1,61	82,27%	41,44%	46,16%	38,30%	0,18	70,07%	4,53	92,44%	75,45%	2,64%	43,89%	
1310102	Stabilimento Ospedaliero Molfetta	1,09	7,03	1,88	81,97%	43,04%	0,00%		0,27	77,98%	4,45	95,15%	36,73%	3,46%	50,49%	
1310103	Stabilimento Ospedaliero Corato	0,82	5,09	1,22	62,33%	34,07%	43,83%	37,81%	0,25	56,48%	4,67	100,00%	64,29%	2,80%	27,33%	
1310104	Stabilimento Ospedaliero Terlizzi	1,01	8,52	1,05	67,91%	8,35%			0,28	100,00%		66,67%	50,00%	4,49%	30,65%	
1310201	Stabilimento Ospedaliero "Di Venere" Bari	1,19	6,87	1,98	92,98%	37,03%	35,63%	20,43%	0,22	96,92%	2,89	82,61%	12,28%	4,29%	33,84%	
1310202	Stabilimento Ospedaliero Triggiano	1,15	13,65		72,16%				0,15					6,67%	30,64%	
1310301	Stabilimento Ospedaliero della Murgia	0,98	5,89	1,28	67,19%	31,84%	25,35%	20,28%	0,28	64,22%	3,60	83,64%	41,30%	2,86%	28,84%	
1310401	Stabilimento Ospedaliero Monopoli	0,97	5,83	1,56	70,55%	32,63%	29,01%	23,56%	0,25	52,73%	5,08	75,86%	6,82%	3,18%	41,21%	
1310501	Stabilimento Ospedaliero Putignano	1,19	7,90	1,92	62,41%	35,88%			0,17	64,47%	4,47	89,93%	87,20%	3,09%	34,57%	



Anno 2017

Codice	Descrizione Stabilimento	Peso medio	D.M. Acuti	D.M. preop.	Indice occup.	% DRG chir.	% T.C.	% T.C. NTSV	Rapp. DRG rischio inappr.	% Fratt. femore operate >65aa	D.M. preop. Tibia-Perone	% Col. Lapar.	% Col. Lap. 3 gg	% Dim. Vol.	% Prescr. I Ciclo
1310101	Stabilimento Ospedaliero "San Paolo" Bari	1,16	6,12	1,78	86,66%	42,06%	45,95%	39,38%	0,19	68,03%	5,07	88,35%	78,02%	3,23%	11,56%
1310102	Stabilimento Ospedaliero Molfetta	1,11	7,23	1,88	85,87%	43,79%			0,27	83,65%	4,46	98,72%	31,17%	5,18%	28,80%
1310103	Stabilimento Ospedaliero Corato	0,79	4,68	1,24	58,89%	33,12%	45,76%	36,84%	0,29	41,24%	4,31	100,00%	100,00%	3,60%	1,42%
1310104	Stabilimento Ospedaliero Terlizzi	0,99	8,50	6,46	76,34%	9,17%			0,41			100,00%	0,00%	5,61%	2,70%
1310201	Stabilimento Ospedaliero "Di Venere" Bari	1,18	6,38	1,84	92,56%	43,86%	42,32%	29,40%	0,30	95,26%	1,96	85,71%	41,67%	6,06%	8,49%
1310202	Stabilimento Ospedaliero Triggiano	1,17	11,98	0,50	91,27%	2,96%			0,14	100,00%				7,94%	7,95%
1310301	Stabilimento Ospedaliero della Murgia	0,94	6,09	1,60	84,70%	31,04%	26,40%	21,78%	0,29	53,47%	4,50	93,98%	34,62%	4,48%	11,93%
1310401	Stabilimento Ospedaliero Monopoli	0,96	5,73	1,47	71,95%	32,05%	25,98%	24,41%	0,26	22,35%	4,65	74,12%	3,17%	4,25%	15,44%
1310501	Stabilimento Ospedaliero Putignano	1,07	6,75	1,54	61,00%	38,10%	39,04%	33,33%	0,24	68,03%	4,17	90,54%	83,58%	4,72%	6,92%

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 2019	Anno 2018	Anno 2017
Peso medio	1.09	1.08	1.06
Degenza Media	6.58	6.64	6.51
Degenza Media preoperatoria	1.77	1.67	1.73
Indice occupazione	78.87%	77.14%	80.86%
% DRG chirurgici	34.54%	34.73%	36.02%
Indice di attrazione	10.61%	10.70%	10.86%
% T.C.	37.34%	36.83%	39.10%
% T.C. NTSV	27.30%	26.98%	31.20%
Rapp. DRG rischio inapproprietezza	0.19	0.23	0.26
% Fratt. femore operate pz. >65aa	85.01%	71.43%	66.74%
D.M. preop. Tibia-Perone	4.12	4.14	4.08
% Colectomie Laparoscopiche	89.45%	87.38%	88.73%
% Colect. Lapar. con D.M. postoperatoria <3 gg	54.35%	50.00%	52.09%
% di abbandono PS	5.40%	5.44%	5.40%
% Dimissioni Volontarie	2.38%	3.44%	4.74%
% Prescrizione I Ciclo di terapia alla dimissione	56.15%	37.20%	10.91%

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

L'attività di Emergenza Ospedaliera svolta nel biennio 2018-2019, per ciascun Ospedale a gestione diretta, è riepilogata, per codice di *triage*, nella tabella seguente:

Stabilimento	2019							2018						
	BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO	NERO	NON RILEVATO	TOTALE	BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO	NERO	NON RILEVATO	TOTALE
"San Paolo" Bari	625	36 002	13 112	456	5	135	50 335	738	35 330	12 511	475	1	219	49 274
Corato	264	20 439	2 741	86	1	34	23 565	328	19 954	2 171	77	1	16	22 547
Molfetta	410	18 296	4 921	118	1	9	23 755	1 168	18 116	4 238	129	5	15	23 671
Terlizzi	521	8 418	1 563	26	1	1	10 530	397	8 931	1 822	19	1		11 170
"Di Venere" Bari	180	28 945	15 101	1 216		12	45 454	212	27 215	13 999	1 008		8	42 442
Triggiano	9	1 884	625	5	1		2 524	22	7 019	2 395	26			9 462
Monopoli	243	20 467	9 126	308	3	394	30 541	523	20 679	8 094	263	1	193	29 753
Murgia	1 357	19 158	6 087	613		896	28 111	1 516	18 792	5 665	409		1 018	27 400
Putignano	262	17 620	7 946	180	4	10	26 022	242	17 069	7 232	156	1	52	24 752
TOTALE	3 871	171 229	61 222	3 008	16	1 491	240 837	5 146	173 105	58 127	2 562	10	1 521	240 471

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

Sono, inoltre, rappresentati i minuti medi di attesa al Pronto Soccorso per ciascun Ospedale riferiti al biennio 2018-2019

Ospedale	2019	2018
"San Paolo" Bari	32	29
Molfetta	40	22
Corato	12	12
Terlizzi	2	2
"Di Venere" Bari	39	37
Triggiano	2	2
Murgia	44	44
Monopoli	44	42
Putignano	29	27
TOTALE	33	29

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

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

Anno Ospedale	2019			2018		
	Totale accessi	% accessi ricoverati	% Abband.	Totale accessi	% accessi ricoverati	% Abband.
"San Paolo" Bari	50 335	6.6%	4.7%	49 274	6.7%	4.4%
Molfetta	23 755	8.2%	7.2%	23 671	7.9%	5.3%
Corato	23 565	4.4%	3.6%	22 547	4.8%	3.5%
Terlizzi	10 530	8.4%	1.8%	11 170	9.5%	2.4%
"Di Venere" Bari	45 454	8.5%	6.8%	42 442	10.2%	7.8%
Triggiano	2 524	4.9%	3.3%	9 462	6.6%	2.6%
Murgia	28 111	9.4%	7.0%	27 400	8.0%	7.5%
Monopoli	30 541	8.3%	7.1%	29 753	9.7%	8.2%
Putignano	26 022	8.3%	2.3%	24 752	8.3%	2.2%
Totale	240 837	7.7%	5.4%	240 471	8.1%	5.4%

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		2018		Scostamento			
	Num.	Valore	Num.	Valore	Num.	%	Valore	%
Visite specialistiche	308 712	€ 4 870 779.04	354 604	€ 5 672 603.73	-45 892	-12.9%	-€ 801 824.69	-14.1%
Prestazioni Patologia clinica	3 898 293	€ 16 124 182.74	3 990 628	€ 15 737 081.25	-92 335	-2.3%	€ 387 101.49	2.5%
Prestazioni Diagnostica per immagini	232 265	€ 12 125 920.15	228 655	€ 11 619 111.04	3 610	1.6%	€ 506 809.11	4.4%
Altre prestazioni	247 683	€ 5 483 536.31	325 222	€ 6 383 373.58	-77 539	-23.8%	-€ 899 837.27	-14.1%
Dialisi	96 160	€ 16 735 187.54	95 877	€ 16 262 514.72	283	0.3%	€ 472 672.82	2.9%
Day Service	33 619	€ 19 549 596.67	31 930	€ 19 911 297.84	1 689	5.3%	-€ 361 701.17	-1.8%
Totale	4 816 732	€ 74 889 202.45	5 026 916	€ 75 585 982.16	-210 184	-4.2%	-€ 696 779.71	-0.9%

Prestazioni ambulatoriali Ospedaliere per interni	2019		2018		Scostamento			
	Num.	Valore	Num.	Valore	Num.	%	Valore	%
Stabilimento Ospedaliero "San Paolo" Bari	1 590 293	€ 11 970 795.48	1 568 405	€ 11 305 482.82	21 888	1.4%	€ 665 312.66	5.9%
Stabilimento Ospedaliero Molfetta	400 587	€ 3 448 621.09	423 660	€ 3 359 892.41	-23 073	-5.4%	€ 88 728.68	2.6%
Stabilimento Ospedaliero Corato	317 000	€ 2 631 047.48	302 163	€ 2 489 202.57	14 837	4.9%	€ 141 844.91	5.7%
Stabilimento Ospedaliero Terlizzi	218 285	€ 1 369 201.76	221 893	€ 1 331 578.80	-3 608	-1.6%	€ 37 622.96	2.8%
Stabilimento Ospedaliero "Di Venere" Bari	1 551 747	€ 13 420 603.37	1 538 960	€ 12 626 308.64	12 788	0.8%	€ 794 294.73	6.3%
Stabilimento Ospedaliero Triggiano	152 837	€ 967 808.01	250 146	€ 1 530 477.41	-97 309	-38.9%	-€ 562 669.40	-36.8%
Stabilimento Ospedaliero della Murgia	928 815	€ 4 907 964.94	895 828	€ 5 019 303.61	32 987	3.7%	-€ 111 338.67	-2.2%
Stabilimento Ospedaliero Monopoli	1 043 114	€ 6 288 215.23	1 085 950	€ 6 420 677.60	-42 836	-3.9%	-€ 132 462.37	-2.1%
Stabilimento Ospedaliero Putignano	611 398	€ 3 241 887.27	570 822	€ 3 163 980.00	40 576	7.1%	€ 77 907.27	2.5%
Totale	6 814 076	€ 48 246 144.63	6 857 827	€ 47 246 903.86	-43 751	-0.6%	€ 999 240.77	2.1%

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

5.3 Analisi dei dati di attività rispetto al Piano della Performance 2019-2021

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 2019 alle diverse UU.OO..

Macroarea "Capacità di governo della domanda sanitaria"

- La degenza media per i ricoveri, lievemente aumentata nei due anni precedenti (6,51 giorni nel 2017 e 6,64 giorni nel 2018), si è lievemente ridotta nel 2019, passando a 6,58 giorni ma, contestualmente, si consideri che anche il peso medio risulta aumentato passando dal 1,06 del 2017 ad 1,08 del 2018 fino a 1,09 del 2019.
- Riorganizzazione rete ospedaliera:
Così come previsto dal Regolamento Regionale n.7/2017 e ss.mm.ii. nel 2019 sono state effettuate le seguenti attività:
 - Rideterminazione del numero di posti letto dell'Ospedale "San Giacomo" di Monopoli, giusta D.D.G.n.514 del 18/03/2019;
 - Presa d'atto del Protocollo d'intesa tra la Regione Puglia e la ASL della Provincia di Bari per l'erogazione di prestazioni di ricovero ed ambulatoriali relative alle discipline di Urologia, Cardiologia, Oncologia, Medicina Interna ad indirizzo Nefrologico e Terapia Intensiva Post-Operatoria (TIPO) presso l'Ospedale "Don Tonino Bello" di Molfetta, giusta D.D.G.n.1056 del 12/06/2019.
- Implementazione delle reti cliniche regionali:
 - Rete Oncologica:
In attuazione della DGR n.221/2017, "Rete Oncologica Pugliese (ROP) – Approvazione modello organizzativo e principi generali di funzionamento. Recepimento Accordo Stato-Regioni concernente il Documento tecnico di indirizzo per ridurre il Burden del cancro – Anni 2014/2016" è stato istituito il Centro di Orientamento Oncologico (COro) presso il P.O. San Paolo ed è stato approvato il Regolamento aziendale del COro ASL BARI, giusta D.D.G.n.2014 del 22/10/2019;
 - Rete Parkinson:
Sono state recepite le DD.GG.RR. nn.1230/2017 e 2093/2018 con l'istituzione del

Gruppo tecnico aziendale per la Malattia di Parkinson ed attivazione di Ambulatori dedicati, giusta D.D.G. n.2375 del 11/12/2019;

- Riorganizzazione del percorso nascita:
 - Qualificazione del Percorso Nascita in attuazione dell'Accordo Stato-Regioni n.137/CU dl 16 dicembre 2010: la ASL Bari ha attivato il "Dipartimento per la gestione avanzata del rischio riproduttivo e delle gravidanze a rischio", giusta D.D.G. n.1801 del 26/09/2019;
 - Recepimento D.G.R. Puglia 15 maggio 2019, n.882, Qualificazione del Percorso Nascita in attuazione dell'Accordo Stato-Regioni n.137/CU del 16 dicembre 2010: "Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) della Regione Puglia di accompagnamento all'evento nascita e dell'Agenda della gravidanza". Modifica ed integrazione della D.G.R. n.678/2017, giusta D.D.G. n.1131 del 20/06/2019;
 - Il numero di interventi dello STEN presso i punti nascita della ASL BA nel 2019 è stato il seguente:
 - P.O. "San Paolo": 19
 - P.O. Monopoli: 6
 - P.O. Corato: 4
 - P.O. Altamura: 1
 - L'UTIN dell'Ospedale "Di Venere" di Bari ha ricevuto da altri punti nascita:
 - 3 neonati dallo STEN del Policlinico di Bari
 - 2 neonati dallo STEN di Foggia

Macroarea "Appropriatezza e qualità"

- Il miglioramento dell'appropriatezza organizzativa, in ambito ospedaliero, si è realizzato attraverso una riduzione dell'incidenza dei DRG a rischio di inapproprietezza sul totale dei DRG tra il 2017 ed il 2019 (0,26 nel 2017, 0,23 del 2018, 0,19 nel 2019). Anche il numero di Day Service è aumentato del 5,3% passando da n.31.930 del 2018 a n.33.619 del 2019.
- Appropriatezza in area Materno-infantile: la percentuale di parti cesarei complessivi nel 2019 è in linea con quella degli anni precedenti (39,10% nel 2017, 36,83% nel 2018 e 37,34% nel 2019), così come la percentuale dei parti cesarei depurati (ovvero i parti delle donne Nullipare, a Termine, Singoli, Presentazione di vertice), passata dal 31,20% del 2017 al 26,98% del 2018 fino al 27,30% del 2019.
- Partoanalgesia: l'incidenza del numero di partoanalgesie sul numero di parti vaginali è aumentata nel triennio 2017-2018 passando dal 6% del 2017 al 25% del 2019:

Anno	Parti vaginali	N. Partoanalg.	% Partoanalg.
2017	2 969	185	6%
2018	2 816	441	16%
2019	2 795	685	25%

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

- Miglioramento qualità e appropriatezza rete emergenza-urgenza:
 - gli abbandoni da Pronto Soccorso sono rimasti invariati tra il 2018 ed il 2019 mantenendo un'incidenza del 5,4% sul totale degli accessi rilevati;
 - l'incidenza degli accessi seguiti da ricovero sul totale degli accessi rilevati sono

- leggermente diminuiti passando dal 8,1% del 2018 al 7,7% del 2019;
- 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 49,7% del 2018 al 53,7% del 2019, con riduzione dell'inappropriatezza rilevata negli anni precedenti;
 - 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 2017 al 2019:

	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019
% Fratt. femore operate totali	66.28%	70.94%	83.98%
% Fratt. femore operate >65aa	66.74%	71.43%	85.01%

- Miglioramento qualità percepita: in costante diminuzione sono le dimissioni volontarie che passano dal 4,74% del 2017 al 2,38% del 2019 attestando un miglioramento nella qualità percepita da parte dell'utenza:

	% Dim. Volontarie
Anno 2017	4.74%
Anno 2018	3.44%
Anno 2019	2.38%

6. Assistenza Territoriale

L'Azienda ha operato nel 2019 mediante n.209 strutture a gestione diretta e n.339 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											Totale
	Attività clinica	Diagnostica strument. e per immag.	Attività di laborat.	Att. Di Consult. Familiare	Assist. Psich.	Assist. per tossicodip	Assistenza AIDS	Assist. agli anziani	Assist. ai disabili fisici	Assist. ai disabili psichici	Assit. ai malati terminali	
Ambulatorio Laboratorio	70	28	17									115
Struttura residenziale											2	2
Struttura semi resid.le					1							1
Altro tipo di struttura	22	1		38	14	16						91
Totale	92	29	17	38	15	16	0	0	0	0	2	209

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.30 senza posti letto.

Strutture convenzionate

Strutture convenzion.	Tipo assistenza											Totale
	Attività clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Attività di laborat.	Att. Di Consult. Familiare	Assist. Psich.	Assist. per tossicodip	Assistenza AIDS	Assist. agli anziani	Assist. ai disabili fisici	Assist. ai disabili psichici	Assit. ai malati terminali	
Ambulatorio Laboratorio	51	23	65									139
Struttura residenziale					68	10		33	10	23	2	146
Struttura semi residenziale					19	1		4		24		48
Altro tipo di struttura	6											6
Medico singolo												0
Totale	57	23	65	0	87	11	0	37	10	47	2	339

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 passati, nel corso del 2019, da n.4 a n.5, per complessivi n.320 posti letto residenziali e n.120 posti letto semiresidenziali.

Occorre precisare, infatti, che la Regione Puglia, con D.D. n. 183 del 25/07/2019 avente a oggetto: "Autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale con prescrizione, ai sensi degli articoli 8 e 24, L.R. n. 9/2017 e s.m.i., di un presidio residenziale con dotazione di n. 60 p.l. di

riabilitazione intensiva per adulti e di uno ambulatoriale (Sezione 8.02.01, R.R. n. 3/2005 e s.m.i.) per n. 35 prestazioni die, entrambi di riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978, siti in Adelfia (BA) alla via Grotta Papa Natale - C.da Fontana, con unica denominazione "Presidi(di riabilitazione San Giovanni di Dio" su istanza della ASL BA", ha rilasciato alla ASL BA l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale, con specifiche prescrizioni e precisazioni, di un presidio residenziale di riabilitazione intensiva per adulti sito in Adelfia (BA) con denominazione "Presidio di riabilitazione San Giovanni di Dio", la cui gestione è affidata al Consorzio Sanità & Servizi Integrati (CON.S.S.I.) aggiudicataria della procedura di gara ad evidenza pubblica bandita nell'esercizio 2018.

Relativamente all'Assistenza Primaria, l'Azienda opera mediante n.1023 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 1.102.823 persone, e n.176 pediatri di libera scelta che assistono complessivamente una popolazione pari a 137.911 persone.

6.1 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.

A livello distrettuale si registrano nel 2019 n.1.752.591 prestazioni ambulatoriali, risultando complessivamente lievemente ridotte rispetto a quelle erogate nel 2018 (pari a n. 1.836.077), ma con un aumento delle prestazioni in day Service (n.11.450 nel 2019 rispetto a n.9.736 nel 2018). Quest'ultimo dato evidenzia un aumento nella qualità dell'attività territoriale con riduzione dell'inappropriatezza nell'ambito di un percorso di razionalizzazione globale dell'offerta.

Attività ambulatoriale Distrettuale	2019		2018		Scostamento			
	Num.	Valore	Num.	Valore	Num.	%	Valore	%
Visite specialistiche	391 570	€ 6 882 494.80	413 546	€ 7 260 542.62	-21 976	-5.3%	-€ 378 047.82	-5.2%
Prestazioni Patologia clinica	936 300	€ 3 198 545.70	964 982	€ 3 220 887.68	-28 682	-3.0%	-€ 22 341.98	-0.7%
Prestazioni Diagnostica per immagini	117 419	€ 4 348 816.93	132 385	€ 4 769 676.96	-14 966	-11.3%	-€ 420 860.03	-8.8%
Altre prestazioni	295 852	€ 3 821 214.98	315 428	€ 4 089 107.84	-19 576	-6.2%	-€ 267 892.86	-6.6%
Day Service	11 450	€ 5 781 707.31	9 736	€ 6 343 803.14	1 714	17.6%	-€ 562 095.83	-8.9%
Totale	1 752 591	€ 24 032 779.72	1 836 077	€ 25 684 018.24	-83 486	-4.5%	-€ 1 651 238.52	-6.4%

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

La attività dei Distretti ha garantito una risposta globale ai bisogni di salute degli utenti, in particolare a quanti sono in condizioni di fragilità e complessità. In tale senso vanno interpretate le azioni poste in essere nel corso del 2019 dal livello di Assistenza Territoriale:

- 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 in merito alla prescrizione di alcuni farmaci quali, ad esempio, gli inibitori di pompa protonica, le statine, i farmaci del sistema respiratorio, le eparine a basso peso molecolare, gli antibiotici e gli antinfiammatori non steroidei;
- 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 e nell'informazione al cittadino ed 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;
- 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;
- 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);
- predisposizione di procedure e protocolli atti a garantire ai pazienti psichiatrici *over 65* anni, in carico nelle strutture riabilitative psichiatriche, il passaggio in RSSA per anziani;
- standardizzazione di protocolli amministrativi per la gestione dell'accesso dei pazienti alla Rete assistenziale semiresidenziale e residenziale;
- valutazione delle situazioni di "fragilità" per le quali la Regione Puglia ha previsto un sostegno economico alle famiglie nell'acquisto di prestazioni socio-sanitarie come, ad esempio, Buoni servizi, Assegni di cura, Progetti di Vita Indipendente (Pro.V.I.) e Progetti di Vita Indipendente per il "Dopo di noi".

6.2 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. si articola in n.7 Centri di Salute Mentale, n.1 U.O. di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, n.1 U.O. di Psicologia Clinica, n.1 U.O. per la cura dei Disturbi del comportamento alimentare (DCA), n.1 Servizio di Salute Mentale Penitenziaria e n.2 Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) presso l'Ospedale della Murgia e l'Ospedale di Triggiano.

- **Dati sull'utenza del DSM**

Nell'anno 2019 il DSM ha avuto in carico 17574 pazienti adulti affetti da patologia psichiatrica di cui 6468 sono stati nuovi contatti per un totale di 64480 prestazioni erogate. Nel corso del 2019, dei nuovi accessi ai Servizi, il 13% (n.882) riceve subito una diagnosi di psicosi conclamata, il 22% (n.1459) di disturbo depressivo (dati in linea con quelli nazionali che riportano incidenza della diagnosi di depressione con percentuali del 20-25%), il 4% (n.289) di disturbo bipolare. A questi è necessario aggiungere il 17 % (n.1122) di soggetti per i quali, a causa di un quadro più complesso, sono necessari approfondimenti diagnostici prima di definire quella di riferimento per l'ingresso ai servizi. Il restante 44% è relativo ad altre diagnosi. E' importante sottolineare che secondo l'ultimo rapporto nazionale salute mentale il 45% delle prestazioni erogate è dedicato ai pazienti affetti da diagnosi di psicosi.

Il numero di utenti si riferisce a pazienti seguiti su tutto l'ambito territoriale della ASL Bari e quindi in carico ai diversi Centri di Salute Mentale. Di seguito si riportano i numeri distribuiti per Area ed il 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 dal 2017 al 2019:

Comuni di competenza	Popolazione	Utenti in carico	Di cui nuovi contatti	Prestazioni erogate	Utenti in carico/Pop olaz.resid.	Prestazioni erogate per utente
Totale anno 2017	1.260.142	14.663	5.680	208.072	1,2%	14
Totale anno 2018	1.257.520	15.922	6.248	228.509	1,3%	14
Totale anno 2019	1.251.994	17.452	6.467	273.785	1,4%	16

Fonte: D.S.M.

- **Le strutture residenziali e semiresidenziali**

Di seguito è riportato il numero dei pazienti transitati nelle diverse tipologie di struttura nel corso del 2019:

Tipo Struttura	Utenti seguiti dal DSM transitati nella tipologia di struttura
C.R.A.P. (assist. h24)	338
C.R.A.P. dedicate ad autori di reato	24
Comunità Alloggio (assist. h12)	94
Gruppi Appartamento	79
Centri Diurni Riabilitativi	498
C.R.A.P. per Minori	81
Centri Diurni per Minori	5
Comunità per Disturbi Alimentari	11
Totale	1130

Fonte: D.S.M.

- **Le strutture dedicate a pazienti psichiatrici autori di reato**

Il numero di pazienti psichiatrici autori di reato rappresenta una grossa criticità ed assorbe un elevato contingente di risorse verosimilmente a causa della chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari ed alla definizione di nuovi protocolli con la Magistratura.

Nell'anno 2019 sono transitati n.24 utenti seguiti dal DSM nelle strutture Riabilitative psichiatriche dedicate agli autori di reato. Di questi pazienti n.10 sono da considerare nuovi inserimenti nell'anno 2019, n.7 sono stati i pazienti dimessi. Si precisa che le ammissioni e le dimissioni da queste strutture vengono coordinate dall'Ufficio di Salute Mentale Penitenziaria su provvedimento della Magistratura, nel rispetto dei criteri di inclusione, di concerto con i C.S.M. e l'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna (UEPE). La durata dei progetti è subordinata tanto alle esigenze riabilitative tanto alle misure di sicurezza dei pazienti stessi.

Nel 2019 i pazienti transitati nelle REMS (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza, ossia struttura riabilitativa detentiva) della Regione Puglia (a Carovigno e Spinazzola) ed in carico al DSM ASL BA sono stati n.13 di cui n.3 dimessi nel corso dello stesso anno 2019 e n.2 da considerare nuovi inserimenti.

- **L'assistenza psichiatrica penitenziaria**

Per quanto attiene l'attività assistenziale psichiatrica svolta nelle carceri e di competenza dell'Ufficio di Salute Mentale Penitenziaria, si riportano di seguito i dati relativi all'attività erogata nel 2019 presso gli Istituti di Pena e Case Circondariali che insistono sul territorio della ASL così come censiti nei registri tenuti negli stessi Istituti.

ISTITUTO	CAPIENZA MEDIA	NUM.PRESTAZIONI ANNO 2019
Istituto Penale per Minorenni – 'Fornelli'	40	980
Casa Circondariale di Bari	400	10269
Casa Circondariale di Altamura	80	549
Istituto di Pena di Turi	150	628

Fonte: D.S.M.

- **L'assistenza per i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)**

L'U.O.S.V.D. dei Disturbi del Comportamento Alimentare nel 2019 ha avuto in carico n.200 soggetti, con differenti tipologie di programma terapeutico tra intensivo e mantenimento. Di questi, circa il 70% ha necessitato del coinvolgimento dei familiari. A questi pazienti sono state erogate n.5928 prestazioni che comprendono, oltre a visite psichiatriche e valutazioni psicodiagnostiche, interventi psicoterapeutici specifici rivolti al paziente ed alle famiglie, valutazioni per chirurgia bariatrica, incontri informativi e di prevenzione in collaborazione con associazioni di settore, consulenze telefoniche.

- **La Neuropsichiatria Infantile**

Sono di seguito riportati i dati relativi al numero di prestazioni erogate, tra visite e controlli, per assistenza neuropsichiatrica infantile sul territorio della ASL.

Area	Num. utenti	Visite e Controlli	Prestazioni di terapisti dedicati
Area Nord	3644	2662	38265
Area Metropolitana	2527	1742	63550
Area Alta Murgia	2172	2302	43091
Area Sud	7588	1260	21030
Totale	15931	7966	165936

Fonte: U.O.C. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza.

6.3 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 2019:

	Num. prestazioni	Somm.ni farmaci	Num. Utenti	Num.prest. per utente	Num.somm.ni per utente	Di cui utenti età <18 anni	Di cui utenti età >18 e <25 anni	Totale giovani
Utenti visitati e prestazioni erogate nell'anno 2019 dai Ser.D.	50478	675800	6025	8	112	101	115	216

Fonte: D.D.P.

Gli utenti pericolosi

È noto che i tossicodipendenti sono, molto spesso, vicini al mondo criminale e manifestano frequentemente comportamenti minacciosi e aggressivi nei confronti degli operatori che li curano. Sin dal 2010 il D.D.P. della ASL Bari si è preoccupato di interpretare, tramite una procedura denominata "*Uomini pericolosi nei SerT*", i fenomeni di violenza nei confronti degli operatori e, conseguentemente, di adottare procedure finalizzate ad aumentare la sicurezza.

Uomini Pericolosi nei SerT	2017	2018	2019
Segnalazioni (eventi sentinella)	7	18	6
Infortuni da "aggressioni"	2	0	0

Fonte: D.D.P.

- **Gli utenti in Comunità Terapeutica.**

Gli utenti ricoverati nelle 39 Comunità Terapeutiche per tossicodipendenti nel 2019 sono stati n.247.

Gli utenti affetti da AIDS ricoverati nelle 4 case alloggio per malati di AIDS nel 2019 sono stati n.16.

6.4 Analisi dei dati di attività rispetto al Piano della Performance 2019-2021

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 2019 alle diverse UU.OO..

Macroarea "Assistenza Sanitaria Territoriale"

- Potenziamento quali-quantitativo dell'attività assistenziale nei riguardi dei pazienti diabetici:

Nonostante la riduzione della disponibilità oraria degli specialisti ambulatoriali convenzionati, nell'anno 2019 si è rilevato un lieve aumento dell'attività di Day Service rivolta a pazienti diabetici. Inoltre la quasi totalità delle prestazioni è svolta in ambito territoriale.

Anno	2018		2019	
	Num. D.S.	%	Num. D.S.	%
Strutture Ospedaliere	323	13%	346	13%
Strutture Territoriali	2 188	87%	2 245	87%
TOTALE	2 511	100%	2 591	100%

- Programmazione ed implementazione Presidi Territoriali di Assistenza (P.T.A.):

Nel corso del 2019 sono proseguite le azioni per l'implementazione di tutti i P.T.A./P.P.A..

Per il P.P.A. di Triggiano è stata deliberata la presa d'atto del Protocollo d'intesa tra la Regione Puglia, la ASL di Bari ed il Comune di Triggiano per la "Riconversione del Presidio Ospedaliero "F. Fallacara" di Triggiano in un Presidio Post-Acuzie (P.P.A.), giusta D.D.G. n. 2140 del 31/10/2019;

- Potenziamento delle strutture territoriali assistenziali:

- Approvazione del Protocollo d'Intesa tra il Comune di Bitritto e la ASL BA per la realizzazione di un edificio polifunzionale per servizi sanitari territoriali e distrettuali, giusta D.D.G. n.137 del 04/02/2019
- Protocollo d'Intesa tra il Comune di Molfetta e la ASL BA per la realizzazione di un edificio polifunzionale per servizi sanitari territoriali e distrettuali. Approvazione schema, giusta D.D.G. n.245 del 13/02/2019;
- Presa d'atto del Protocollo d'Intesa per la realizzazione di un edificio polifunzionale per servizi sanitari territoriali e distrettuali nel Comune di Bari sottoscritto tra il Comune di Bari e la ASL BA, giusta D.D.G. n.1253 del 15/7/2019
- Inaugurazione "Casa della Salute" a Castellana Grotte - Atto di regolamentazione per utilizzo ambienti destinati a studi medici per M.M.G. presso struttura "Casa della Salute" nel Comune di Castellana Grotte, presa d'atto con D.D.G. n.2189 del 15/11/2019

- Potenziamento assistenza domiciliare:

si rileva una riduzione della percentuale della popolazione anziana in cure domiciliari come

di seguito riportato. Tuttavia è in corso, su indicazione degli Uffici Regionali, la verifica delle attività di refertazione sui sistemi informativi degli accessi dei pazienti in A.D.I che potrebbe determinare un ulteriore incremento della percentuale relativa all'anno 2019.

Anno	% Pop.Anz. in C.D.
2019	6,63%
2018	6,67%
2017	6,61%

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

La ASL Bari ha adottato il documento di riorganizzazione della U.O.C. Cure Palliative ed Hospice, dell'Unità di fragilità e Complessità Assistenziale e delle cure domiciliari complesse da essa erogate a favore dei pazienti in A.D.I. di II e III livello assistenziale, giusta D.D.G. n.1252 del 15 luglio 2019.

La ASL Bari ha costituito, inoltre, la "Rete dei Referenti per le Malattie Rare" in attuazione della DGR Puglia 10 febbraio 2015, n.158, giusta DDG n.2506 del 23 dicembre 2019;

- Medicina Penitenziaria:

- coerentemente con la disciplina nazionale e regionale in materia, questa Azienda ha provveduto a garantire piena attuazione al modello organizzativo definito con D.D.G. n. 687/2014 (istituzione di UU.OO. Medicina Penitenziaria presso ciascuna articolazione distrettuale e di U.O.C. Medicina Penitenziaria – Dipartimento Assistenza Primaria ed Intermedia) tramite la D.D.G. n. 1178/2019, con cui è stato approvato il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale 2018/2020;
- redazione di un nuovo modello organizzativo della Medicina Penitenziaria Aziendale (accentramento organizzativo e funzionale di tutte le strutture di reclusione in capo ad un solo centro di responsabilità, ovvero la UOC Medicina Penitenziaria, ripartita in U.O.S. Reparto di Medicina Protetta presso il P.O. "San Paolo" e nella U.O.S. Salute mentale penitenziaria), approvato formalmente con D.D.G. n.7 del 15/01/2020;

- Salute Mentale:

La ASL Bari ha attivato già nel 2017 il Centro Autismo Territoriale secondo quanto previsto dal R.R.n.9/2016 con n.4 sedi periferiche (Bari, Bitonto, Putignano, Altamura).

Nel corso del 2019 il Centro Autismo Territoriale della ASL Bari ha prodotto il PDTA per la Gestione dei Disturbi dello Spettro Autistico. Il documento è stato approvato dal Comitato di Dipartimento di Salute Mentale della ASL a dicembre 2019.

E' il primo documento del genere prodotto in una ASL pugliese e rappresenta le modalità di inquadramento, presa in carico e coinvolgimento delle varie strutture ASL a partire dai servizi di Neuropsichiatria Infantile e con il coinvolgimento dei CSM.

E' stato previsto un periodo di sperimentazione del PDTA nel corso del 2020 prima della definitiva deliberazione da parte della Direzione Generale.

Macroarea "Assistenza Farmaceutica"

- Diminuzione della Spesa Farmaceutica convenzionata

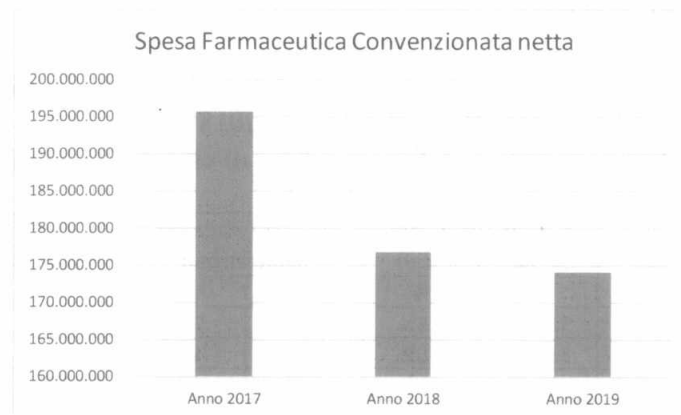
La spesa Farmaceutica Convenzionata, grazie anche al costante monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva dell'Area Farmaceutica Territoriale aziendale ed alla distribuzione diretta del primo ciclo di terapia alla dimissione ed a seguito di visita ambulatoriale, è diminuita nel 2019 di circa il 1,6% rispetto all'esercizio precedente: di seguito si riporta la matrice riepilogativa per Distretto Socio Sanitario del confronto tra i due esercizi

Distretto	Farmaceutica convenzionata 2018	Farmaceutica convenzionata 2019	Differenza 2018-2019	Scostam.
Distretto S.S. n. 1	12.223.001,90	11.900.709,27	-322.292,63	-2,64%
Distretto S.S. n. 2	14.796.902,91	14.653.442,13	-143.460,78	-0,97%
Distretto S.S. n. 3	11.098.722,92	10.987.725,23	-110.997,69	-1,00%
Distretto S.S. n. 4	16.674.073,68	16.772.181,96	98.108,28	0,59%
Distretto S.S. n. 5	9.274.274,87	9.315.243,18	40.968,31	0,44%
Distretto S.S. Unico - Bari	49.288.090,41	47.892.814,26	-1.395.276,15	-2,83%
Distretto S.S. n. 9	8.041.735,80	8.022.146,55	-19.589,25	-0,24%
Distretto S.S. n. 10	11.127.856,64	10.961.215,24	-166.641,40	-1,50%
Distretto S.S. n. 11	9.103.951,44	8.922.666,29	-181.285,15	-1,99%
Distretto S.S. n. 12	12.812.300,22	12.621.089,94	-191.210,28	-1,49%
Distretto S.S. n. 13	9.913.166,11	9.852.884,93	-60.281,18	-0,61%
Distretto S.S. n. 14	12.416.415,46	12.087.064,71	-329.350,75	-2,65%
Totale	176.770.492,36	173.989.183,68	-2.781.308,68	-1,57%

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

confermando l'andamento rilevato negli esercizi precedenti come di seguito rappresentato

	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019
Spesa Farmaceutica Convenzionata netta	195.610.122,72	176.770.492,36	173.989.183,68
Scostamento rispetto all'anno precedente		- 18.839.630,36	- 2.781.308,68



Fonte: Elaborazioni C.d.G.

- Uso ospedaliero appropriato dei beni sanitari

Anche nel 2019 è stato assicurato dalle Direzioni Amministrative dei Presidi Ospedalieri aziendali, congiuntamente al Dipartimento Aziendale di Gestione del Farmaco, il

monitoraggio trimestrale 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

Con la DGR.n.16/2016 la Regione Puglia ha definito un piano operativo finalizzato al monitoraggio dei comportamenti prescrittivi dei Medici di Medicina Generale (MMG) e del 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 dalla Legge di Stabilità del 2017.

L'ASL Bari nel 2019 è riuscita a raggiungere l'obiettivo di diminuzione della spesa farmaceutica convenzionata assegnato ai Direttori Generali con DGR n.2798/2016.

In ottemperanza al citato piano operativo sono stati elaborati dall'Area Gestione Farmaceutica Territoriale alcuni report 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.

Tali report hanno riguardato, solo per citarne alcuni, l'andamento della spesa ed i consumi dei farmaci inibitori della pompa protonica in ottemperanza della linea guida regionale di cui alla D.G.R.n.250/2017, dei farmaci per il trattamento di patologie respiratorie (asma e BPCO) di cui alla DGR.n.473/2017, dei farmaci per il trattamento dell'iperuricemia di cui alla DGR.n.870/2017, dei farmaci a base di EBPM e FPX e dei farmaci a base del principio attivo Nimesulide di cui alla DGR.n.1019/2017.

Sono stati inoltre elaborati report relativi al monitoraggio

- dell'adesione all'impiego di farmaci biosimilari al posto di farmaci originator da parte di medici specialisti e Medici di Medicina Generale, in ottemperanza alla D.G.R.n.2198 del 28/12/2016 e successiva D.G.R.n.129 del 06/02/2018
- della prescrizione di farmaci equivalenti di classe A-SSN (SID)
- dei piani terapeutici redatti in modalità informatizzata piuttosto che in modalità virtuale cartacea, in ottemperanza alla nota regionale prot.n.AOO_081/517 del 01/02/2017 e successive integrazioni
- del numero di nuovi pazienti (naive e switch) posti in trattamento con nuovi farmaci anticoagulanti orali (N.A.O.), in ottemperanza alla D.G.R.n.2198/2016 e successiva D.G.R.n.129 del 07/02/2018
- delle prescrizioni di farmaci a base di vitamina D ed analoghi.

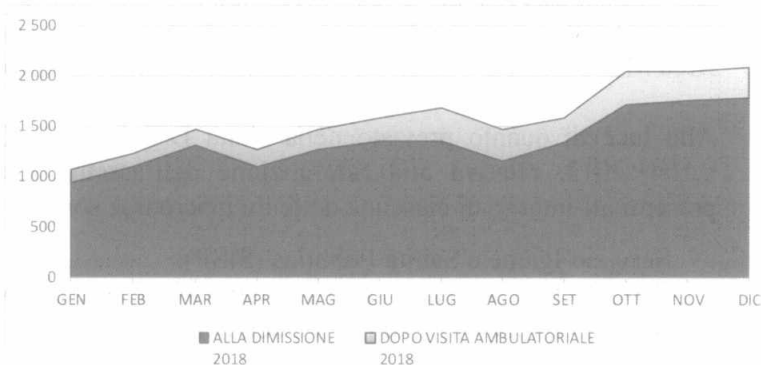
ANNO	N. Piani Terapeutici Virtuali (Cartacei)		N. Piani Terapeutici Informatizzati		N. Piani Terapeutici Virtuali (Web Based)		TOTALE
	N.	%	N.	%	N.	%	N.
Anno 2019	32 531	28%	60 861	52%	24 413	21%	117 805
Anno 2018	35 258	35%	44 370	44%	20 497	20%	100 125
Anno 2017	47 197	58%	16 907	21%	16 865	21%	80 969

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

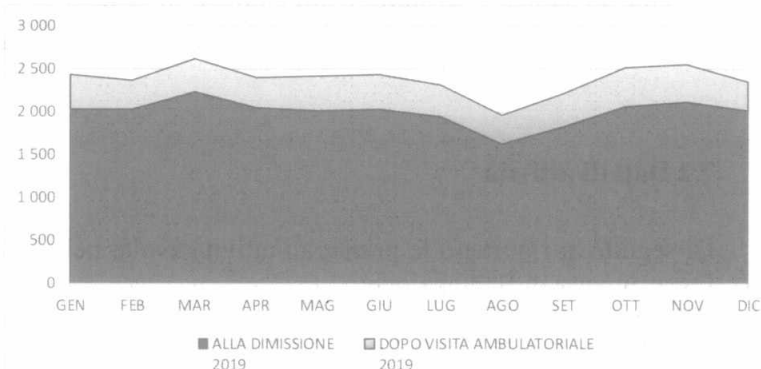
- Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto ed Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale

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 2018 e 2019 è di seguito rappresentato:

Anno 2018	ALLA	DOPO VISITA
	DIMISSIONE	AMBULATORIALE
	2018	2018
GEN	942	123
FEB	1 097	136
MAR	1 309	161
APR	1 097	176
MAG	1 276	201
GIU	1 356	235
LUG	1 361	319
AGO	1 148	319
SET	1 335	245
OTT	1 719	329
NOV	1 754	294
DIC	1 786	296
Totale 2018	16 180	2 834



Anno 2019	ALLA	DOPO VISITA
	DIMISSIONE	AMBULATORIALE
	2019	2019
GEN	2 024	405
FEB	2 031	335
MAR	2 232	379
APR	2 050	355
MAG	2 015	399
GIU	2 030	408
LUG	1 950	365
AGO	1 621	331
SET	1 827	386
OTT	2 064	450
NOV	2 111	445
DIC	2 008	333
Totale 2019	23 963	4 591



Prescrizioni per primo ciclo di terapia

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

- Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA

I Registri di monitoraggio, con la Legge 07/08/2012 n.135, entrano ufficialmente a far parte del Sistema Informativo del S.S.N.: sono strumenti innovativi introdotti dall'Agenda Italiana del Farmaco (AIFA) nel 2007 allo scopo di verificare l'appropriatezza prescrittiva dopo il rilascio dell'autorizzazione di un medicinale per una specifica indicazione terapeutica.

Tutte le erogazioni di farmaci soggette a compilazione di schede AIFA sono state effettuate registrando gli stessi sulla nuova piattaforma web-based che ha consentito anche di avviare le previste richieste di rimborso per tutti i piani terapeutici correttamente chiusi dai clinici prescrittori.

Il registro di monitoraggio è finalizzato anche all'applicazione del Managed Entry Agreements (MEAs) ovvero degli accordi negoziali di condivisione del rischio stabiliti tra l'AIFA e la singola Azienda Farmaceutica. A seguito di tali accordi al 31/12/2019 la ASL Bari ha ottenuto note di credito per un importo complessivo pari ad oltre € 840.000,00.

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

7.1 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.1041/2013, 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);

7.2 Dati di attività

Di seguito si riportano le principali attività svolte nel corso del 2019 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.

Di seguito si riportano i principali dati di attività, per gli anni 2018-2019, del Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP):

MACROAREA DI ATTIVITÀ	AREA DI ATTIVITÀ	VARIABILE	2019	2018	Scostamento
PREVENZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE	INTERVENTI PER DENUNCIA MALATTIE INFETTIVE	N. DI PROCEDURE DI INTERVENTO NUOVE O REVISIONATE NELL'ANNO (specificare l'oggetto nella colonna "Note")	0	10	-10
		N. DI PROCEDURE DI INTERVENTO GIÀ ESISTENTI (specificare l'oggetto nella colonna "Note")	0	0	0
		N. DENUNCE DI MALATTIE INFETTIVE	776	811	-35
		N. INDAGINI EPIDEMIOLOGICHE EFFETTUATE	600	575	25
		N. SOGGETTI SOTTOPOSTI A SCREENING / SORVEGLIANZA	1993	3206	-1213
		N. SOPRALLUOGHI EFFETTUATI	75	24	51
		N. CAMPIONAMENTI SU PERSONE O MATRICI	119	53	66
	INTERVENTI DI PROFILASSI MALATTIE INFETTIVE	N. SOMMINISTRAZIONI VACCINALI PRATICATE	264111	272518	-8407
		N. DOSI VACCINALI EFFETTUATE	571341	586362	-15021
		N. DI CERTIFICATI DI VACCINAZIONE	31514	47541	-16027
		N. INTERVENTI DI PROFILASSI NON VACCINALE (SOLO ATTI FORMALIZZATI)	229	763	-534
	MEDICINA DEI VIAGGI	N. INTERVENTI DI COUNSELLING	2329	3988	-1659
		N. SOMMINISTRAZIONI VACCINALI PRATICATE	2366	2806	-440
		N. INTERVENTI PROFILASSI FARMACOLOGICA	308	346	-38

Fonte: Dipartimento di Prevenzione

MACROAREA DI ATTIVITÀ	AREA DI ATTIVITÀ	VARIABILE	2019	2018	Scostamento
IGIENE E SICUREZZA AMBIENTI DI VITA	VERIFICA EFFETTI SANITARI INQUINAMENTI O AMBIENTALE	N. REPORT EPIDEMIOLOGICI PRODOTTI	3	0	3
		N. PARERI PREVENTIVI SU IMPIANTI E/O ATTIVITA' A RILEVANTE IMPEGNO AMBIENTALE	206	89	117
		N. PARERI RELATIVI A CONDUZIONE DI IMPIANTI DI SMALTIMENTI REFLUI O RIFIUTI	284	369	-85
		N. SOPRALLUOGHI SU IMPIANTI E/O ATTIVITA' A RILEVANTE IMPEGNO AMBIENTALE E SU IMPIANTI DI SMALTIMENTI REFLUI O RIFIUTI	115	168	-53
	CONTENIMENTI O IMPATTO SANITARIO FATTORI RISCHIO IN AMBIENTE ABITATIVO E URBANO	N. PARERI SU PIANI E/O REGOLAMENTI	15	33	-18
		N. PARERI NELL'AMBITO DI COMMISSIONI O CONFERENZE DI SERVIZI	203	317	-114
		N. PARERI PREVENTIVI PER RILASCIO TITOLO A COSTRUIRE/PARERI PER AGIBILITA' PER INSEDIAMENTI RESIDENZIALI, RURALI, COMMERCIALI, SERVIZI E	348	417	-69
		N. SOPRALLUOGHI PER RILASCIO PARERI DI AGIBILITA'	34	91	-57
		N. SOPRALLUOGHI PER ATTIVITA' DI VIGILANZA	656	703	-47
		N. PROVVEDIMENTI ADOTTATI A SEGUITO DI VIGILANZA (PRESCRIZIONI, DIFFIDE, PROPOSTE DI ORDINANZA)	368	600	-232
		N. CONTROLLI SU INTERVENTI DISINFEZIONE O DISINFESTAZIONE	12	37	-25
		N. VERIFICHE BONIFICHE AMBIENTALI	88	53	35
		N. PARERI PER RILASCIO AUTORIZZAZIONE A DETENZIONE E/O UTILIZZO GAS TOSSICI E SOSTANZE PERICOLOSE	8	1	7
		N. PARERI PER RILASCIO TITOLO A COSTRUIRE/PARERI PER AGIBILITA'	101	128	-27
	IGIENE E SICUREZZA EDIFICI USO SCOLASTICO E RICREATIVO (comp. pubblico spettacolo palestre, impianti sportivi)	N. SOPRALLUOGHI PER RILASCIO PARERI DI AGIBILITA'	30	41	-11
		N. SOPRALLUOGHI DI VERIFICA REQUISITI IGIENICO-SANITARI	504	405	99
		N. PROVVEDIMENTI ADOTTATI A SEGUITO DI VIGILANZA (PRESCRIZIONI, DIFFIDE, PROPOSTE DI ORDINANZA)	208	158	50
		N. PARERI PER RILASCIO TITOLO A COSTRUIRE/PARERI AGIBILITA'	42	21	21
	IGIENE E SICUREZZA EDIFICI USO TURISTICO (compresi camping, stabilimenti balneari)	N. SOPRALLUOGHI PER RILASCIO PARERI DI AGIBILITA'	41	16	25
		N. SOPRALLUOGHI DI VERIFICA REQUISITI IGIENICO-SANITARI	119	104	15
		N. PROVVEDIMENTI ADOTTATI A SEGUITO DI VIGILANZA (PRESCRIZIONI, DIFFIDE, PROPOSTE DI ORDINANZA)	20	66	-46
		N. PARERI PER RILASCIO TITOLO A COSTRUIRE/PARERI AGIBILITA'	9	18	-9
	IGIENE E SICUREZZA IMPIANTI USO NATATORIO	N. SOPRALLUOGHI PER RILASCIO PARERI DI AGIBILITA'	3	1	2
		N. SOPRALLUOGHI DI VERIFICA REQUISITI IGIENICO-SANITARI	130	53	77
		N. CAMPIONAMENTI EFFETTUATI	161	74	87
		N. PROVVEDIMENTI ADOTTATI A SEGUITO DI VIGILANZA (PRESCRIZIONI, DIFFIDE, PROPOSTE DI ORDINANZA)	52	32	20
	IGIENE E SICUREZZA STRUTTURE SANITARIE, SOCIO-SANITARIE E SOCIO-ASSISTENZIALI	N. PARERI PER RILASCIO TITOLO A COSTRUIRE/PARERI AGIBILITA' STRUTTURE SANITARIE, SOCIO-SANITARIE E SOCIO-ASSISTENZIALI	118	146	-28
		N. PARERI PER AUTORIZZAZIONE DI STRUTTURE SANITARIE, SOCIO-SANITARIE E SOCIO-ASSISTENZIALI	162	133	29
		N. SOPRALLUOGHI PER RILASCIO PARERI DI AUTORIZZAZIONE SU STRUTTURE SANITARIE, SOCIO-SANITARIE E SOCIO-ASSISTENZIALI	305	277	28
		N. STRUTTURE SANITARIE ESISTENTI	784	572	212
		N. SOPRALLUOGHI PER VERIFICHE REQUISITI SU STRUTTURE SANITARIE	166	163	3
		N. STRUTTURE SOCIO-SANITARIE E SOCIO-ASSISTENZIALI ESISTENTI	391	256	135
		N. SOPRALLUOGHI PER VERIFICHE REQUISITI SU STRUTTURE SOCIO-SANITARIE E SOCIO-ASSISTENZIALI	94	159	-65
		N. VERIFICHE REQUISITI PER ACCREDITAMENTO STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE	93	166	-73
		N. PROVVEDIMENTI ADOTTATI A SEGUITO DI VIGILANZA (PRESCRIZIONI, DIFFIDE, PROPOSTE DI ORDINANZA)	119	153	-34
		N. PARERI PER RILASCIO TITOLO A COSTRUIRE/PARERI AGIBILITA'	189	193	-4
	PROFESSIONI ED ARTI SANITARIE, ESTETISTI E AFFINI, AUTOAMBULANZE, TATUAGGI E PIERCING	N. SOPRALLUOGHI PER RILASCIO PARERI DI AGIBILITA'/NULLA-OSTA	174	208	-34
		N. SOPRALLUOGHI DI VERIFICA REQUISITI IGIENICO-SANITARI	108	142	-34
		N. PROVVEDIMENTI ADOTTATI A SEGUITO DI VIGILANZA (PRESCRIZIONI, DIFFIDE, PROPOSTE DI ORDINANZA)	16	17	-1
		N. INDAGINI E/O DENUNCE ALL'A.G.	30	22	8
	RAPPORTI CON AUTORITA' GIUDIZIARIA	N. PARERI PER RILASCIO TITOLO A COSTRUIRE/AGIBILITA' PER EDICOLA FUNERARIA E CAPPELLE GENTILIZIE	78	59	19
		N. INTERVENTI DI CONTROLLO E VIGILANZA SUI CIMITERI	104	137	-33
N. INTERVENTI CONTROLLO E VIGILANZA DITTE ONORANZE FUNEBRI		142	127	15	
N. PROVVEDIMENTI ADOTTATI A SEGUITO DI VIGILANZA (PRESCRIZIONI, PROPOSTE DI ORDINANZA, ETC.)		21	26	-5	
ATTIVITA' POLIZIA MORTUARIA					

Fonte: Dipartimento di Prevenzione

MACROAREA DI ATTIVITÀ	AREA DI ATTIVITÀ	VARIABILE	2019	2018	Scostamento
MEDICINA LEGALE	ACCERTAMENTI E CERTIFICAZIONI MEDICO-LEGALI	N. ISTRUTTORIE PRATICHE EX LEGGE 210/1992 (Danni permanenti da vaccini e trasfusioni di sangue)	264	338	-74
		N. TOTALE CERTIFICAZIONI RILASCIATE	7891	7436	455
		N. PRATICHE EX LEGGE 210/1992 DEFINITE	1388	1175	213
		N. TOTALE CERTIFICAZIONI RILASCIATE	12103	12408	-305
		N. CERTIFICAZIONI PER IDONEITA' PORTO D'ARMI	494	827	-333
		N. CERTIFICAZIONI PER IDONEITA' ALLA GUIDA	14156	13597	559
		N. CERTIFICAZIONE PER IDONEITA' ALL'USO DI GAS TOSSICI	9	2	7
		N. ACCERTAMENTI DEI COLLEGI MEDICO-LEGALI (idoneità al lavoro, alla guida, etc.)	8733	3568	5165
	MEDICINA FISCALE	N. VISITE FISCALI RICHIESTE DA ENTI PUBBLICI	231	280	-49
		N. VISITE FISCALI EFFETTUATE PER ENTI PUBBLICI	87	169	-82
		N. VISITE FISCALI RICHIESTE DA DATORI DI LAVORO PRIVATI	0	14	-14
		N. VISITE FISCALI EFFETTUATE PER DATORI DI LAVORO PRIVATI	0	0	0
		N. VISITE FISCALI EFFETTUATE SU RICHIESTA DELL'AUTORITA' GIUDIZIARIA	30	32	-2
		N. VISITE RICHIESTE DA ISPettorato DEL LAVORO PER ASTENSIONE ANTICIPATA LAVORATRICI MADRI	1504	817	687
	COMMISSIONE INVALIDI CIVILI	N. DOMANDE RICONOSCIMENTO INVALIDITA' CIVILE, EX L. 104/1992 E L. 68/1999 PERVENUTE	61868	62345	-477
		N. VISITE PER INVALIDITA' CIVILE, EX L. 104/1992 E L. 68/1999 EFFETTUATE	58640	57990	650
		N. CASI DEFINITI COMMISSIONI INVALIDITA' CIVILE, EX L. 104/1992 E L. 68/1999	57488	55950	1538
	MEDICINA NECROSCOPICA	N. VISITE NECROSCOPICHE	7054	6405	649
		N. ESAMI NECROSCOPICI SU RICHIESTA DELL'AUTORITA' GIUDIZIARIA	11	0	11
		N. PARERI PER OPERAZIONI CIMITERIALI (traslazione, esumazione ecc.)	36	173	-137
		N. PRELIEVI MATERIALE BIOLOGICO PER CREMAZIONE E RELATIVA ATTESTAZIONE	716	666	50

Fonte: Dipartimento di Prevenzione

MACROAREA DI ATTIVITÀ	AREA DI ATTIVITÀ	VARIABILE	2019	2018	Scostamento
FORMAZIONE, INFORMAZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE	PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICO-DEGENERATIVE E PROMOZIONE DELLA SALUTE	N. REPORT EPIDEMIOLOGICI PRODOTTI	1	1	0
		N. PROGRAMMI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE	8	8	0
		N. INTERVENTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE	2	2	0
		N. SOGGETTI COINVOLTI NELL'ANNO	13829	13013	816
	FORMAZIONE, INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE	ISTITUZIONE ED ATTIVAZIONE SPORTELLI INFORMATIVI (SI/NO)	SI	SI	
		N. ORE SETTIMANALI MEDIE APERTURA AL PUBBLICO SPORTELLI INFORMATIVI	53	67	-14
		N. EVENTI DI FORMAZIONE ORGANIZZATI DAL SERVIZIO (Specificare titolo nella colonna "Note")	4	0	4
		N. PERSONE FORMATE NELL'ANNO	7	72	-65
		N. PRODOTTI DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE (PUBBLICAZIONI, OPUSCOLI, ECC. -Specificare titolo nella colonna "Note")	126000	8	118000

Fonte: Dipartimento di Prevenzione

Principali dati di attività, per gli anni 2018-2019, del Servizio Igiene degli alimenti e della nutrizione (SIAN):

AREA DI ATTIVITÀ	VARIABILE	2019	2018	Valore
VERIFICA QUALITÀ ACQUE PER CONSUMO UMANO	N. CAMPIONI ANALIZZATI PER INDAGINI CHIMICHE	424	436	-12
	N. INDAGINI CHIMICHE CON GIUDIZIO DI NON CONFORMITÀ	9	0	9
	N. CAMPIONI ANALIZZATI PER INDAGINI BATTERIOLOGICHE	442	492	-50
	N. INDAGINI BATTERIOLOGICHE CON GIUDIZIO DI NON CONFORMITÀ	10	14	-4
	N. GIUDIZI DI IDONEITÀ AL CONSUMO ESPRESSI	8	9	-1
	N. PARERI SU FONTI DI APPROVVIGIONAMENTO, ACQUEDOTTI, POZZI, ECC.	0	0	0
CONTROLLO AZIENDE ALIMENTARI	ESISTENZA ANAGRAFE AZIENDE ALIMENTARI (PER TIPOLOGIA DI ATTIVITÀ E/O DI RISCHIO)	SI	SI	
	N. AZIENDE ALIMENTARI ATTIVE NEL PERIODO DI RIFERIMENTO	12072	11341	731
	N. NUOVI ESERCIZI ATTIVATI NEL PERIODO DI RIFERIMENTO	4653	3695	958
	N. AZIENDE SOTTOPOSTE A CONTROLLO UFFICIALE	443	517	-74
	N. CONTROLLI UFFICIALI SU AZIENDE ALIMENTARI	561	652	-91
	N. CONTROLLI UFFICIALI CON GIUDIZIO DI NON CONFORMITÀ	110	115	-5
	N. CAMPIONAMENTI EFFETTUATI	537	333	204
	N. CAMPIONAMENTI CON GIUDIZIO DI NON CONFORMITÀ	9	1	8
SORVEGLIANZA IGIENE ALIMENTI DESTINATI AL CONSUMO UMANO E BEVANDE	N. TOSSINFEZIONI ALIMENTARI	17	11	6
	N. PERSONE INTERESSATE DA TOSSINFEZIONI ALIMENTARI	21	11	10
	N. INTERVENTI PER TOSSINFEZIONI ALIMENTARI	34	25	9
CONTROLLO PRODOTTI FITOSANITARI	N. RIVENDITE O DEPOSITI ATTIVI NEL PERIODO DI RIFERIMENTO	63	61	2
	N. INTERVENTI DI CONTROLLO SUL COMMERCIO DI PRODOTTI FITOSANITARI	39	42	-3
	N. PARERI AUTORIZZATIVI AL COMMERCIO E DEPOSITO	9	14	-5
	N. INTERVENTI DI CONTROLLO SU PROVE SPERIMENTALI DI PRODOTTI FITOSANITARI	0	0	0
	N. CAMPIONAMENTI SU ALIMENTI EFFETTUATI	233	293	-60
	N. CAMPIONAMENTI CON GIUDIZIO DI NON CONFORMITÀ	3	3	0
	N. CAMPIONAMENTI SU PRINCIPI ATTIVI EFFETTUATI	4	5	-1
ATTIVITÀ MICROLOGICA	N. INTERVENTI PER INTOSSICAZIONI DA FUNGHI	4	16	-12
	N. PERSONE INTOSSICATE DA FUNGHI	4	22	-18
	N. ATTESTATI IDONEITÀ ALL'IDENTIFICAZIONE DI SPECIE FUNGINE RILASCIATI	63	65	-2
	N. CERTIFICATI DI COMMESTIBILITÀ (PER COMMERCIO E PRIVATI)	64	99	-35
SORVEGLIANZA NUTRIZIONALE	N. RILEVAZIONI STATO NUTRIZIONALE POPOLAZIONE	509	11	498
	N. ATTIVITÀ O INTERVENTI NUTRIZIONALI SULLA PERSONA	70	2	68
	N. REPORT SU COMPORTAMENTI ALIMENTARI A RISCHIO	697	361	336
	N. REPORT SU CONSUMI PARTICOLARMENTE INCIDENTI SU PATOLOGIE CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE	4	204	-200
GESTIONE SITUAZIONI DI ALLERTA	N. STATI DI ALLERTA PERVENUTI	104	131	-27
	N. STATI DI ALLERTA ATTIVATI	45	3	42
	N. CONTROLLI EFFETTUATI IN STATO DI ALLERTA	334	531	-197
	N. PRESCRIZIONI COMMINATE PER NON CONFORMITÀ	14	7	7
ATTIVITÀ U.P.G.	N. SANZIONI AMMINISTRATIVE COMMINATE PER NON CONFORMITÀ	103	106	-3
	N. SEQUESTRO MERCI PER NON CONFORMITÀ	6	15	-9
	N. CHIUSURA O SOSPENSIONE ATTIVITÀ PER NON CONFORMITÀ	27	38	-11
	N. COMUNICAZIONI ALLA A.G. (Denunce, relazioni, ecc.)	11	17	-6
RILASCIO CERTIFICAZIONI E PARERI	N. PARERI TECNICI	223	297	-74
	N. CERTIFICAZIONI NON COMMESTIBILITÀ/ESPORTAZIONE	181	227	-46
	N. CONTROLLI LIVELLO SUPERIORE/AUDIT	45	1	44
ATTIVITÀ DI FORMAZIONE, INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE	ISTITUZIONE ED ATTIVAZIONE SPORTELLO INFORMATIVO	SI	SI	
	N. ORE SETTIMANALI DI APERTURA AL PUBBLICO DELLO SPORTELLO INFORMATIVO	30	42,3	-12,3
	N. EVENTI DI FORMAZIONE NEI CONFRONTI DI TERZI ORGANIZZATI DAL SERVIZIO (Specificare titolo nella colonna "Note")	12	11	1
	N. PERSONE FORMATE	583	411	172
	N. PRODOTTI DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE (PUBBLICAZIONI, OPUSCOLI, ECC. - Specificare titolo nelle "Note")	8	0	8

Fonte: Dipartimento di Prevenzione

Principali dati di attività, per gli anni 2018-2019, del Servizio Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPESAL):

VARIABILE	2019				2018				Valore			
	EDILIZIA	AGRICO LTURA	ALTRI COMPA RTI	TUTTI COMPA RTI	EDILIZIA	AGRICO LTURA	ALTRI COMPA RTI	TUTTI COMPA RTI	EDILIZIA	AGRICO LTURA	ALTRI COMPA RTI	TUTTI COMPA RTI
2 ATTIVITA' DI VIGILANZA NEI LUOGHI DI LAVORO												
2.1 N° cantieri notificati (art. 99 D.Lgs. 81/08)	4884			4884	4485			4485	399			399
2.2 N° complessivo di cantieri ispezionati	831			831	605			605	226			226
2.2.1 di cui non a norma al I° sopralluogo	121			121	94			94	27			27
2.3 N° aziende con dipendenti + lavoratori autonomi oggetto di ispezione (con sopralluogo)	776	69	530	1375	854	94	591	1539	-78	-25	-61	-164
2.4 N° sopralluoghi complessivamente effettuati	829	90	685	1604	861	117	669	1647	-32	-27	16	-43
2.4.1 Numero aziende con controlli documentali in vigilanza senza sopralluogo (es: valutazione rischi, nomine,	283	32	124	439	12	10	37	59	271	22	87	380
2.5 N° totale verbali	160	32	148	340	151	25	111	287	9	7	37	53
di cui riguardanti												
2.5.1 imprese (datori di lavoro, dirigenti, preposti, lavoratori)	108	24	127	259	111	20	90	221	-3	4	37	38
2.5.2 lavoratori autonomi	5	0	0	5	1	1	0	2	4	-1	0	3
2.5.3 committenti e/o responsabili dei lavori	8			8	10			10	-2			-2
2.5.4 coordinatori per la sicurezza	10			10	17			17	-7			-7
2.5.5 medico competente	14	0	10	24	5	2	18	25	9	-2	-8	-1
0 Altro	15	8	11	34	7	2	3	12	8	6	8	22
2.6 N° totale di verbali con prescrizioni 758, sanzioni amministrative etc.	160	32	148	340	151	25	111	287	9	7	37	53
di cui												
2.6.1 Verbali di prescrizione 758 con o senza disposizioni	137	21	123	281	135	21	89	245	2	0	34	36
2.6.2 Verbali con sanzioni amministrative	8	3	14	25	9	2	14	25	-1	1	0	0
2.6.3 Altro	15	8	11	34	7	2	8	17	8	6	3	17
2.7 N° violazioni	209	45	233	487	205	46	191	442	4	-1	42	45
2.8 N° sequestri	11	5	9	25	3	0	3	6	8	5	6	19
2.9 N° sospensioni ai sensi dell'art. 14 D.Lgs. 81/08	1	2	1	4	3	1	0	4	-2	1	1	0
2.10 N° piani di lavoro pervenuti per bonifica amianto (ex art. 256 punto 2 D. Lgs. 81/08) e N° notifiche (ex art. 250 D.	1241			1241	1045			1045	196			196
2.10.1 N° Aziende bonificatrici di amianto che hanno inviato i piani OGGETTO DI CONTROLLO	334			334	24			24	310			310
2.11 N° di cantieri ispezionati per amianto	198			198	293			293	-95			-95
2.12 N° di cantieri bonifica amianto controllati soltanto con valutazione del piano	721			721	226			226	495			495
3 ATTIVITA' DI IGIENE INDUSTRIALE												
3.1 N° aziende/cantieri controllati con indagini di igiene industriale				0				0				0
3.2 N° campionamenti effettuati				2				8				-6
3.3 N° misurazioni effettuate				0				0				0

VARIABILE	2019				2018				Valore			
	EDILIZIA	AGRICOLTURA	ALTRI COMPARTI	TUTTI COMPARTI	EDILIZIA	AGRICOLTURA	ALTRI COMPARTI	TUTTI COMPARTI	EDILIZIA	AGRICOLTURA	ALTRI COMPARTI	TUTTI COMPARTI
4 INCHIESTE INFORTUNI												
4.1 N° inchieste infortuni concluse				103				110				-7
4.2 N° inchieste infortuni concluse con riscontro di violazione correlata all'evento				54				35				19
5 INCHIESTE MALATTIE PROFESSIONALI												
5.1 N° inchieste malattie professionali concluse				86				107				-21
5.2 N° inchieste malattie professionali concluse con riscontro di violazione correlata all'evento				0				0				0
5.3 Numero di malattie professionali segnalate/denunciate alla ASL nell'anno				166				177				-11
6 PARERI												
6.1 N° pareri				724				873				-149
6.2 N° aziende oggetto di sopralluogo per l'espressione di pareri				123				148				-25
7 ATTIVITA' SANITARIA												
7.1 N° visite effettuate dal Servizio PSAL per apprendisti e minori ove effettuate				0				0				0
7.1.1 Numero di altre visite effettuate dal Servizio PSAL di propria iniziativa o su richiesta				0				0				0
7.2 N° aziende in cui è stato controllato il protocollo di sorveglianza sanitaria e/o le cartelle sanitarie con o				369				326				43
7.3 N° ricorsi avverso il giudizio del Medico Competente (art. 41 comma 9 D.Lgs. 81/2008)				67				50				17
8 ATTIVITA' DI ASSISTENZA												
8.1 N° interventi di informazione/comunicazione per gruppi di lavoratori esposti a specifici rischi				8				0				8
8.2 Sono stati attivati sportelli informativi dedicati? (SI/NO)				SI				SI				
8.3 N° iniziative di confronto (incontri, seminari, ecc.) con le figure aziendali per la prevenzione (RSPP, Medici)				16				4				12
8.3.1 Numero di aziende coinvolte in incontri del punto precedente per il miglioramento della salute e sicurezza				61				0				61
9 ATTIVITA' DI FORMAZIONE												
9.1 N° ore di formazione				193				279				-86
9.2 N° persone formate				1125				562				563
11 VERIFICHE PERIODICHE												
11.1 N° Aziende				0				0				0
11.2 N° cantieri con verifiche periodiche su impianti di sollevamento				0				0				0
11.3 N° verbali ai sensi del DLgs 758/94				0				0				0
11.4 Proventi per attività di verifiche periodiche				0				0				0
12 PROVENTI PER PAGAMENTO SANZIONI												
12.1 Proventi per pagamento sanzioni ex 758/94				481.399,08				421.536,99				59.842,09
12.2 Proventi per pagamento sanzioni amministrative				16.443,98				17.428,52				- 984,53

Fonte: Dipartimento di Prevenzione

Principali dati di attività, per gli anni 2018-2019, del Servizio Veterinario Sanità animale (SIAV AREA A):

AREA DI ATTIVITÀ	VARIABILE	2019	2018	Valore
PREDISPOSIZIONE SISTEMA INFORMATIVO PER PRODUZIONI ZOOTECNICHE	N. ALLEVAMENTI OVICAPRINI IMMESSI IN BDN NEL PERIODO	527	543	-16
	N. ALLEVAMENTI SUINI PRESENTI IN BDN GEOREFERENZIATI NEL PERIODO	79	59	20
	N. ALLEVAMENTI OVICAPRINI PRESENTI IN BDN GEOREFERENZIATI NEL PERIODO	527	559	-32
	N. ALLEVAMENTI BOVINI-BUFALINI PRESENTI IN BDN GEOREFERENZIATI NEL PERIODO	297	313	-16
	N. ALLEVAMENTI DI ACQUACOLTURA IMMESSI IN BDN NEL PERIODO	1	1	0
	N. ALLEVAMENTI AVICOLI IMMESSI IN BDN NEL PERIODO	27	24	3
	N. ALLEVAMENTI AVICOLI PRESENTI IN BDN GEOREFERENZIATI NEL PERIODO	32	27	5
	N. ALLEVAMENTI SUINI IMMESSI IN BDN NEL PERIODO	79	56	23
VIGILANZA CONCENTRAMENTI E SPOSTAMENTI ANIMALI, COMPRESA IMPORTAZIONE/ESPORTAZIONE	N. ANIMALI DELLA SPECIE EQUINA CONTROLLATI PER MOVIMENTAZIONE IN SCAMBI/IMPORTAZIONI	853	1393	-540
	N. ANIMALI DELLA SPECIE SUINA CONTROLLATI PER MOVIMENTAZIONE IN SCAMBI/IMPORTAZIONI	305	560	-255
	N. ANIMALI DELLA SPECIE OVICAPRINA CONTROLLATI PER MOVIMENTAZIONE IN SCAMBI/IMPORTAZIONI	5050	3090	1960
	N. ANIMALI DELLE SPECIE BOVINA-BUFALINA CONTROLLATI PER MOVIMENTAZIONE IN SCAMBI/IMPORTAZIONI	1972	6318	-4346
SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA MALATTIE	N. NOTIFICHE PER CASI DI MALATTIE DENUNCIABILI	7	7	0
PREDISPOSIZIONE SISTEMI RISPOSTA AD EMERGENZE ORIGINE INFETTIVA POPOLAZIONI ANIMALI	N. OPERATORI PARTECIPANTI AD ALMENO UN CORSO DI FORMAZIONE IN MATERIA NEL PERIODO CONSIDERATO	0	4	-4
	N. PROCEDURE LOCALI DI INTERVENTO EMERGENZE INFETTIVE NUOVE O REVISIONATE APPROVATE NEL PERIODO	7	7	0
LOTTA AL RANDAGISMO E CONTROLLO BENESSERE ANIMALI D'AFFEZIONE	N. CANI CATTURATI	1745	1695	50
	N. CANI CATTURATI ANAGRAFATI	2043	2347	-304
	N. CANI STERILIZZATI DAL PERSONALE DIPENDENTE	806	815	-9
	N. CANI STERILIZZATI DAL PERSONALE IN CONVENZIONE	127	113	14
	N. CONTROLLI CANI MORSICATORI	99	88	11
	N. GATTI STERILIZZATI	2458	2138	320
ATTIVITÀ DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE	PRESENZA SPORTELLINO INFORMATIVO FORMALMENTE ISTITUITO ED ATTIVATO	SI		
	N. ORE SETTIMANALI DI APERTURA DELLO SPORTELLINO INFORMATIVO AL PUBBLICO	20	35	-15
	N. EVENTI DI FORMAZIONE NEL PERIODO ORGANIZZATI DALL'ASL (SPECIFICARE TITOLO)	0	0	0
	N. PERSONE FORMATE NEL PERIODO	0	0	0
	N. PRODOTTI DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE (SPECIFICARE TITOLO)	0	0	0

Fonte: Dipartimento di Prevenzione

Principali dati di attività, per gli anni 2018-2019, del Servizio Veterinario Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (SIAV AREA B):

AREA DI ATTIVITÀ	VARIABILE	2019	2018	Valore
ATTIVITA' DI CONTROLLO SU OPERATORI SETTORE ALIMENTARE (ORIGINE ANIMALE) SOGGETTI A RICONOSCIMENTO	N. CONTROLLI UFFICIALI NEL PERIODO CONSIDERATO	1103	1063	40
	N. CONTROLLI UFFICIALI CON GIUDIZIO DI NON CONFORMITA' NEL PERIODO CONSIDERATO	58	25	33
	N. CAMPIONAMENTI EFFETTUATI NEL PERIODO CONSIDERATO	1850	2066	-216
	N. CAMPIONAMENTI CON GIUDIZIO DI NON CONFORMITA' NEL PERIODO CONSIDERATO	15	20	-5
AUTORIZZAZIONE E CONTROLLO DA PRODUZIONE A SOMMINISTRAZIONE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	ESISTENZA ANAGRAFE AZIENDE ALIMENTARI (ORIGINE ANIMALE E DERIVATI) REGISTRATE	SI	SI	
	N. REGISTRAZIONI OPERATE NEL PERIODO CONSIDERATO	632	248	384
CAMPIONAMENTI RELATIVI AD ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E DERIVATI NELLE AZIENDE REGISTRATE	N. AZIENDE DI OGNI TIPOLOGIA PRESENTI NEL PERIODO CONSIDERATO	8727	4032	4695
	N. CAMPIONAMENTI NEL PERIODO CONSIDERATO	359	478	-119
	N. CAMPIONAMENTI CON GIUDIZIO DI NON CONFORMITA' NEL PERIODO CONSIDERATO	7	18	-11
SORVEGLIANZA SANITARIA ZONE DI PRODUZIONE DI MOLLUSCHI BIVALVI	N. CONTROLLI EFFETTUATI (ROUTINARI+SUPPLETIVI) NEL PERIODO CONSIDERATO	0	1	-1
	N. CONTROLLI (ROUTINARI+SUPPLETIVI) CON GIUDIZIO DI NON CONFORMITA'	0	0	0
	N. PUNTI PRELIEVO INDIVIDUATI	0	2	-2
CERTIFICAZIONI SANITARIE SU PRODOTTI DESTINATI	N. CERTIFICAZIONI NEL PERIODO	4506	3748	758
ISPEZIONE IMPIANTI MACELLAZIONE BOVINI-BUFALINI, SUINI, OVICAPRINI, EQUINI	N. EQUINI ISPEZIONATI	6864	7724	-860
	N. EQUINI NON IDONEI AL CONSUMO	7	9	-2
	N. SUINI ISPEZIONATI	177603	174062	3541
	N. SUINI NON IDONEI AL CONSUMO	60	19	41
	N. OVICAPRINI ISPEZIONATI	392266	439143	-46877
	N. OVICAPRINI NON IDONEI AL CONSUMO	130	74	56
	N. BOVINI-BUFALI ISPEZIONATI	46627	44304	2323
	N. BOVINI-BUFALI NON IDONEI AL CONSUMO	89	70	19
CONTROLLO SU LATTE E PRODUZIONI LATTIERO-CASEARIE	N. AZIENDE ESISTENTI	570	242	328
	N. AZIENDE CONTROLLATE	545	497	48
	N. AZIENDE RISULTATE NON CONFORMI	23	16	7
ATTIVITA' DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE	PRESENZA SPORTELLO INFORMATIVO FORMALMENTE ISTITUITO ED ATTIVATO	SI	SI	
	N. ORE SETTIMANALI DI APERTURA DELLO SPORTELLO INFORMATIVO AL PUBBLICO	233	83	150
	N. EVENTI DI FORMAZIONE NEL PERIODO ORGANIZZATI DALL'ASL (SPECIFICARE TITOLO)	7	0	7
	N. PERSONE FORMATE NEL PERIODO	99	0	99
	N. PRODOTTI DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE (SPECIFICARE TITOLO)	0	20	-20

Fonte: Dipartimento di Prevenzione

Principali dati di attività, per gli anni 2018-2019, del Servizio Veterinario Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (SIAV AREA C):

AREA DI ATTIVITÀ	VARIABILE	2019	2018	Valore
SORVEGLIANZA SU BENESSERE ANIMALI DA REDDITO	N. ALLEVAMENTI SOGGETTI A CONTROLLO ESISTENTI NEL PERIODO CONSIDERATO	1609	1654	-45
	N. ALLEVAMENTI RISULTATI NON CONFORMI	10	6	4
	N. ALLEVAMENTI CONTROLLATI NEL PERIODO CONSIDERATO	225	141	84
VIGILANZA E CONTROLLO SU IMPIEGO ANIMALI IN SPERIMENTAZIONE	ESISTENZA ANAGRAFE IMPIEGO ANIMALI IN SPERIMENTAZIONE	SI	SI	
	N. CONTROLLI ESEGUITI NEL PERIODO CONSIDERATO	3	2	1
	N. CONTROLLI CON GIUDIZIO DI NON CONFORMITA'	0	0	0
CONTROLLO MANGIMI E ALIMENTAZIONE ANIMALE	N. SOPRALLUOGHI CON GIUDIZIO DI NON CONFORMITA'	2	0	2
	N. SOPRALLUOGHI NEL PERIODO CONSIDERATO	428	372	56
CONTROLLO SULL'IMPIEGO DEL FARMACO VETERINARIO	N. SOPRALLUOGHI EFFETTUATI	117	165	-48
	N. AZIENDE SOGGETTE A CONTROLLO CON FUNZIONI DI DISTRIBUZIONE O VENDITA DI FARMACI VETERINARI	426	426	0
CONTROLLO SULL'IMPIEGO DEL FARMACO VETERINARIO	N. SOPRALLUOGHI CON GIUDIZIO DI NON CONFORMITA'	1	0	1
ATTIVITA' DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE	PRESENZA SPORTELLO INFORMATIVO FORMALMENTE ISTITUITO ED ATTIVATO	SI	SI	
	N. ORE SETTIMANALI DI APERTURA DELLO SPORTELLO INFORMATIVO AL PUBBLICO	38	38	0
	N. EVENTI DI FORMAZIONE NEL PERIODO ORGANIZZATI DALL'ASL (SPECIFICARE TITOLO)	0	2	-2
	N. PERSONE FORMATE NEL PERIODO	0	3	-3
	N. PRODOTTI DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE (SPECIFICARE TITOLO)	0	0	0

Fonte: Dipartimento di Prevenzione

7.3 Analisi dei dati di attività rispetto al Piano della Performance 2019-2021

Le attività e gli indicatori relativi all'Assistenza negli ambienti di vita e nei luoghi di lavoro vengono di seguito analizzati rispetto alle Macroaree di riferimento dell'albero della performance considerate in fase di assegnazione degli obiettivi 2019 alle diverse UU.OO..

Macroarea "Prevenzione"

- Attuazione Piano Regionale della Prevenzione

Gli esiti dell'attuazione del Piano Regionale della Prevenzione nel 2019 vengono rappresentati nei dati riportati precedentemente nel paragrafo 8.2 – Dati di attività.

- Potenziamento screening oncologici (mammografico, cervice uterina, colon retto):

Di seguito vengono rappresentate le estensioni, rispetto alla popolazione bersaglio residente nella provincia di Bari, degli screening del carcinoma mammario e della cervice uterina rilevate negli anni 2017-2018 dal Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e nel 2019 dal Dipartimento di Prevenzione dell'ASL Bari.

Estensione screening	Carcinoma mammario	Carcinoma cervice Uterina
Anno 2017	24,0%	95,5%
Anno 2018	31,0%	100,0%
Anno 2019	42,0%	100,0%

Relativamente al carcinoma della cervice uterina la percentuale dell'estensione risulta costantemente in linea al target regionale nel triennio di riferimento. Per quanto attiene il carcinoma mammario la percentuale dell'estensione, benché in aumento, risulta costantemente al di sotto del target regionale nel triennio di riferimento per motivi legati alla difficoltà di garantire un'offerta adeguata da parte delle strutture di radiodiagnostica aziendali per carenze di organico medico e tecnico sanitario.

- Potenziamento copertura vaccinale:

I dati disponibili relativi alle principali coperture vaccinali dei cittadini/utenti dell'ASL Bari sono riferiti agli anni 2017-2019 e attestano un incremento della copertura vaccinale per HPV, con valori pressoché costanti per le altre tipologie di vaccino.

ANNO	2017	2018	2019
MPR (24 mesi)	89.15	96.20	94.60
Influenza (anziani)	59.97	59.97	51.90
HPV	45.95	28.60	60.00
Meningococco	79.18	85.50	84.00
Pneumococco	89.75	95.70	91.80
Esavalente (24 mesi)	93.17	96.80	94.60
Varicella	87.10	94.10	93.50

Fonte: Dipartimento di Prevenzione

8. 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 dall’Ufficio Relazioni con il Pubblico e Comunicazione. La gestione editoriale avviene 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 2018	Anno 2019
Visualizzazioni di pagine in navigazione sul sito	4.352.783	4.385.189
Visualizzazioni di singola pagina sul sito	3.097.789	2.898.573
Accessi	1.451.637	1.355.514

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

Da febbraio 2017 la ASL Bari, per il tramite dell’Ufficio Relazioni con il Pubblico e Comunicazione, ha attivato una propria pagina sul social media “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. Nella successiva tabella si riportano i principali dati di attività degli ultimi due anni:

	Anno 2018	Anno 2019
Post pubblicati	154	169
Messaggi	87	99
Like totali	6.604	10.041
Followers	6.661	10.708

- Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata

Dai dati rilevati dal Sistema Tessera Sanitaria (T.S.) relativi agli anni 2017-2019 si riscontra un progressivo incremento del numero di prescrizioni dematerializzate, come di seguito riportato:

	Num. prescrizioni dematerializzate
Anno 2017	57 220
Anno 2018	131 587
Anno 2019	177 207

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

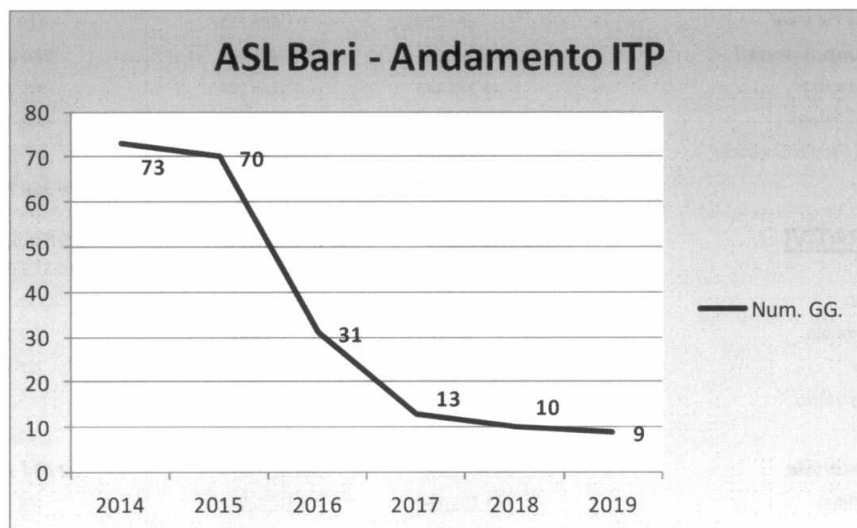
DM

Macroarea “Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa”

- Tempi di Pagamento dei fornitori

In ossequio alle disposizioni di legge, la Direzione Strategica nel corso del 2019 ha dato seguito alle misure per garantire la riduzione dei tempi di pagamento relativi a transazioni commerciali, già avviate nel corso dei precedenti esercizi.

Il trend di miglioramento della performance aziendale, con riferimento ai tempi di pagamento dei fornitori, grazie alle misure sopra richiamate è visibilmente rappresentato nel grafico di seguito riportato che evidenzia l'andamento tendenziale dell'ITP nell'ultimo quinquennio e come, lo stesso, sia passato **dai 73 gg. di ritardo del 2014 ai 9 gg. del 2019** con una riduzione del 10% tra il 2018 ed il 2019.



Fonte: A.G.R.F.

Sh

- 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 2018 e 2019.

	ANNO 2019	ANNO 2018	Confronto 2019-2018	
			N.	%
<u>RICAVI OPERATIVI</u>	313 575 679	305 810 403	7 765 276	3%
<u>Ricoveri</u>	143 464 467	143 008 261	456 205	0%
Ricoveri Ordinari	130 527 580	129 975 290	552 290	0%
Ricoveri in Lungodegenza	470 501	193 917	276 584	143%
Ricoveri in Riabilitazione	777 906	422 864	355 042	84%
Ricoveri in Terapia Intensiva	8 551 753	9 345 271	-793 518	-8%
Ricoveri in Nido	2 439 477	2 484 204	-44 727	-2%
Ricoveri in day Hospital	697 250	586 715	110 535	19%
<u>Prestazioni Ambulatoriali</u>	142 350 136	141 409 793	940 343	1%
Prestazioni ad interni	48 246 145	47 246 904	999 241	2%
Prestazioni ad esterni	74 889 202	75 585 982	-696 780	-1%
Prestazioni di Pronto Soccorso	19 214 789	18 576 907	637 882	3%
<u>Altri Ricavi</u>	27 761 077	21 392 349	6 368 728	30%
<u>COSTI OPERATIVI</u>	444 445 877	437 461 338	6 984 539	2%
<u>Personale</u>	271 707 839	261 394 835	10 313 005	4%
Ruolo Sanitario	225 058 571	215 865 775	9 192 795	4%
Ruolo Professionale	53 175	64 467	-11 292	-18%
Ruolo Tecnico	23 035 039	23 009 447	25 593	0%
Ruolo Amministrativo	8 296 010	7 250 733	1 045 277	14%
IRAP	15 265 044	15 204 412	60 632	0%
<u>Acquisti di materiale</u>	84 638 849	86 673 806	-2 034 958	-2%
<u>Materiale Sanitario</u>	83 293 534	83 255 099	38 435	0%
Farmaci	19 876 229	19 638 686	237 543	1%
Sieri e vaccini	172	363	-191	-53%
Sangue ed Emoderivati	293 932	222 544	71 388	32%
Materiale diagn. Laboratori	22 750 037	21 888 413	861 625	4%
Materiale per Radiologia	2 130 839	1 820 984	309 855	17%
Presidi chir. e materiale sanitario	20 939 028	21 319 185	-380 156	-2%
Materiale protesico	11 771 693	11 810 306	-38 613	0%
Materiale per Emodialisi	2 921 406	3 060 554	-139 149	-5%
Altro materiale sanitario	2 610 197	3 494 064	-883 867	-25%
<u>Materiale non Sanitario</u>	1 345 315	3 418 707	-2 073 392	-61%
<u>Manutenzioni</u>	7 388 897	14 803 769	-7 414 871	-50%
<u>Servizi non sanitari</u>	6 890 425	11 146 536	-4 256 111	-38%
<u>Altri Costi</u>	29 051 302	19 754 852	9 296 450	47%
<u>Prestaz. ambulat. per interni</u>	44 768 566	43 687 541	1 081 024	2%
<u>DIFFERENZA</u>	-130 870 198	-131 650 935	780 737	1%

Fonte: Elaborazioni C.d.G.

Si rileva che a fronte di un incremento dei costi pari al 2% nel 2019 rispetto al 2018, i ricavi aumentano del 3% configurando un miglioramento quali-quantitativo delle attività e delle prestazioni erogate.

- Accordi contrattuali con le strutture sanitarie e sociosanitarie private accreditate

Per le R.S.S.A. ex art.66 del R.R.n.4/2007 (anziani non autosufficienti) il rinnovo degli accordi contrattuali previsto per il triennio 2017-2019 è bloccato per via di plurimi ricorsi al TAR avanzati da alcune strutture, relativi ad una divergente interpretazione sugli standard organizzativi richiesti dal regolamento citato e dalla D.G.R.n.1037/2012 che ha determinato le tariffe. Su tali ricorsi il TAR non si è ancora pronunciato.

Per le R.S.S.A. ex art.58 (disabili gravi) del R.R.n.4/2007 e s.m.i. la contrattualizzazione di tali strutture con la ASL Bari è demandata alla conclusione delle procedure di accreditamento dei posti, attivate dalla Regione Puglia ai sensi del nuovo R.R.n.5/2019, attualmente in corso di definizione.

Potenziamento delle attività nell'ambito del Rischio Clinico

La UOC di Rischio Clinico e Qualità – Medicina Legale nell'ambito del potenziamento della sua attività ha posto in essere nell'anno 2019 le seguenti azioni:

- Nei mesi di settembre e ottobre 2019 è stato svolto il monitoraggio diretto di tutte le procedure di check list in utilizzo presso i blocchi operatori dei presidi ospedalieri e PTA della ASL con sopralluoghi in loco e visione diretta delle cartelle cliniche di area chirurgica. I risultati per presidio e complessivi di ASL sono stati paragonati con gli esiti dell'analogo monitoraggio 2017;
- Sono state validate e deliberate le seguenti Procedure:
 - Protocollo per la vaccinazione in ambiente protetto (D.D.G. n.135/2019)
 - Recepimento ed implementazione raccomandazione ministeriale n.18 per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli (D.D.G. n.238/2019)
 - Percorso di accoglienza e inserimento del collaboratore professionale sanitario infermiere in tutte le Unità Operative dei Presidi Ospedalieri della Asl BA (D.D.G. n.239/2019)
 - Revisione e aggiornamento procedura per la partoanalgesia (D.D.G. 667/2019)
 - Revisione e Aggiornamento procedura Aziendale percorso emergenza /urgenza in sala operatoria (D.D.G. n.668/2019)
 - Procedura aziendale d'implementazione Raccomandazioni Ministeriali n. 6 e n. 16 (D.D.G. n.675/2019)
 - Procedura aziendale per la gestione intraospedaliera dei pazienti con tromboembolismo venoso (TEV) (D.D.G. n.1254/2019)
 - Procedura aziendale di validazione a distanza esami di laboratorio (D.D.G. n.2035/2019)
- Il Piano annuale per la Gestione del Rischio Clinico è stato sottoposto al Collegio di Direzione e adottato successivamente dalla Direzione Generale con la D.D.G. n.1395/2019.
- Sono state inviate al Ministero della Salute n. 27 segnalazioni SIMES per eventi sentinella ed eventi avversi.
- Si sono svolti 15 Audit reattivi e proattivi (atti vincolati al segreto professionale) presso il PP.OO. "Di Venere", "San Paolo", Monopoli, Putignano e Terlizzi, il DSS 5 e il SERD di Monopoli;
- Grazie all'attività di monitoraggio e supporto alle UU.OO., nel 2019 si è rilevata una riduzione del numero di sinistri denunciati, riguardo alla Responsabilità Medica, come si evidenzia nella seguente tabella:

ANNO	N. sinistri denunciati
2015	108
2016	102
2017	87
2018	132
2019	73

Sono stati organizzati, inoltre, in collaborazione con l'Ufficio Formazione aziendale, n. 3 Corsi di formazione per i dipendenti della ASL sul rischio clinico.

Prosecuzione delle attività per la realizzazione dell'Ospedale Monopoli-Fasano

Con D.D.G. n.982 del 6/6/2019 è stata indetta la Gara per l'affidamento del collaudo tecnico-amministrativo e statico in corso d'opera.

Inoltre nel 2019 è stato avviato l'iter amministrativo di adozione dell'atto deliberativo relativo alla Gara per l'affidamento della progettazione delle strade di accesso ed i relativi impianti di servizio

Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico

L'Azienda ha complessivamente 11 Laboratori di Analisi che erogano prestazioni per esterni e che producono referti da riversare nel Fascicolo Sanitario Elettronico; già nel corso del 2018, nelle more dell'espletamento della Gara Regionale per l'acquisizione di un Laboratory Information System (LIS), è stato avviato un processo di adeguamento tecnologico dei diversi software gestionali attualmente utilizzati, salvo che per il laboratorio del PTA di Bitonto e del P.O. di Molfetta.

Alla fine del 2019 tutti i Laboratori di Analisi della ASL, tranne quelli non interessati dal suddetto adeguamento tecnologico e quelli che a seguito della riorganizzazione della Rete Ospedaliera dovrebbero essere disattivati, sono in grado di alimentare il Fascicolo Sanitario Elettronico.

Percorso Attuativo Certificabilità

La Regione Puglia, nel Programma Operativo 2016-2018, ha previsto (intervento GOAMM 02.04) il completamento, entro il 31/12/2019, del percorso di attuazione della certificabilità dei bilanci del S.S.R. previsto dal D.M. 17 settembre 2012 e dal D.M. 1 marzo 2013.

La ASL Bari, dopo aver individuato, con D.D.G. n.362 del 12/02/2018, il nuovo Referente Interno di Progetto contestualmente procedendo alla ridefinizione del Gruppo di Lavoro a supporto del R.I.P., con deliberazione del Commissario Straordinario f.f. n.1358 del 02/08/2018 ha adottato la versione definitiva del "Manuale delle procedure Amministrativo-Contabili".

Nel corso dei primi mesi dell'anno 2019, l'Azienda ha portato a termine l'attività, avviata nel secondo semestre del 2018, finalizzata alla verifica della corretta rilevazione in contabilità della voce "Terreni e Fabbricati", prendendo come punto di partenza le risultanze del Bilancio di Fusione e che ha portato all'implementazione del registro beni ammortizzabili per il patrimonio immobiliare dell'ASL BA. Contemporaneamente è stata avviata un'attività di ricognizione con riferimento ai lavori effettuati sui beni immobili non di proprietà concessi in uso a vario titolo all'ASL BA, a seguito della quale è stato implementato il registro beni ammortizzabili per la categoria "Migliorie su Beni di Terzi". L'ulteriore attività che è stata ultimata solo nei primi mesi del 2019 è stata quella di ricognizione della voce "Immobilizzazioni in corso".

Il completamento delle attività ha reso possibile il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

1. Completamento della ricostruzione contabile delle Immobilizzazioni Materiali e Immateriali al 31.12.18 con riferimento alle voci sopra indicate;
2. Ricostruzione delle fonti di finanziamento collegate alle suddette categorie di cespiti che presentavano un Valore residuo al 31.12.17;
3. Rimodulazione, sulla base delle risultanze delle attività di cui ai punti 1) e 2), delle correlate Voci di Patrimonio Netto.

Realizzazione del Piano degli Investimenti

Il Piano degli investimenti 2020-2022 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 2020. Bilancio pluriennale di previsione per esercizi 2020-2021-2022" nel mese di dicembre 2019.

9. 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.

RM

10. 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**:

% Raggiungimento	Numero U.O.	%
≥80%	154	81%
40-79%	30	16%
<40%	5	3%
TOTALE	189	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	1 497	5 466	6 963
Non Valutato	546	1 484	2 030
Non Valutabile	5	38	43
TOTALE	2 048	6 988	9 036

	DIRIGENZA	COMPARTO	TOTALE
Ottimo	1 233	4 793	6 026
Buono	83	163	246
Sufficiente	10	42	52
Insoddisfacente	18	18	36
TOTALE	1 344	5 016	6 360

Fonte: Elaborazioni C.d.G. su dati U.O.A.S.S.I.

11. Processo di misurazione e valutazione

Con nota prot.n.273103 del 18/10/2018 il Direttore della U.O. Controllo di Gestione, su delega della Direzione Strategica, ha dato avvio agli incontri, svolti dal 24/10/2018 al 15/11/2018 con tutti i Direttori di Dipartimento, compresi i Direttori di UU.OO.CC. e Dirigenti di UU.OO.S.V.D., i Direttori Amministrativi di PP.OO., i Direttori di Area, i Direttori di Distretto e i Direttori/Responsabili delle Strutture di staff, propedeutici alla definizione degli obiettivi di budget 2019 da assegnare alle Unità Operative Complesse e Semplici a valenza Dipartimentale dell'Azienda.

In tali incontri la U.O.C. Controllo di Gestione ha presentato proposte di obiettivi di budget operativo sulla base degli indirizzi strategici aziendali, 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.

I citati Direttori/Responsabili, con la citata nota prot.n.273103 del 18/10/2018, sono stati invitati ad elaborare, ed eventualmente a presentare nel corso degli incontri, ulteriori obiettivi specifici.

La U.O. Controllo di Gestione ha effettuato l'analisi delle proposte di obiettivi specifici integrativi, per garantire la coerenza con la programmazione aziendale e la sostenibilità economica e tecnica, ed ha, quindi, riconvocato, con nota prot.305880 del 22/11/2018, in ulteriori incontri tenuti dal 22/11/2018 al 10/12/2018 alla presenza del Direttore Sanitario, i Direttori di Dipartimento, i Direttori Amministrativi di PP.OO., i Direttori di Area, i Direttori di Distretto e i Direttori/Responsabili delle Strutture di staff per la definizione delle schede di budget operativo dell'anno 2019.

In data 20/12/2018, giusta convocazione del Direttore Generale con nota prot.n.320996/1 del 07/12/2018, si è perfezionata e conclusa la negoziazione con la sottoscrizione delle schede di budget per l'anno 2019, appositamente predisposte dalla U.O. Controllo di Gestione, da parte del Direttore Generale ed i Direttori dei Dipartimenti Territoriali ed Ospedalieri, Direttori dei Distretti Socio Sanitari, le Direzioni Amministrative dei PP.OO., i Direttori delle Aree di Gestione e i Direttori/Responsabili delle Strutture di staff. Nel citato incontro di contrattazione 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.2025 del 21/12/2018 sono stati assegnati formalmente gli obiettivi operativi di budget per l'anno 2019.

A seguito delle disposizioni del Direttore Generale trasmesse alla U.O. Controllo di Gestione con nota prot.n.207603/1 del 06/08/2019 si è proceduto alla rimodulazione degli obiettivi operativi di budget relativi all'anno 2019 avviandone la relativa procedura all'inizio del mese di settembre 2019, giusta nota prot.n.227180 del 04/09/2019 del Direttore della U.O.C. Controllo di Gestione. La rimodulazione degli obiettivi operativi di budget è stata conclusa con la trasmissione delle schede rimodulate ai Direttori di Macrostruttura e Dirigenti Responsabili di Unità Operativa, sottoscritte dagli stessi e dal Direttore Generale, giusta nota prot.n.244313 del 23/09/2019 del Direttore della U.O.C. Controllo di Gestione.

Per l'anno 2019 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. entro il 30 aprile 2020.

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 2020 ha effettuato la valutazione della Performance Organizzativa complessiva annuale attraverso il grado di raggiungimento dei singoli obiettivi delle n.189 UU.OO. dell'ASL Bari, concludendo i lavori entro il termine previsto dal S.M.V.P..

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 un sistema *web-based* implementato dalla U.O. Analisi e Sviluppo del Sistema Informativo aziendale ed utilizzato 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 2019 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	Num. U.O.	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
Acquisto di beni e servizi nel rispetto del regolamento aziendale di cui alla delibera n. 311/2016 e successive revisioni	N. procedure nel rispetto del regolamento nell'ambito del budget annuale	2			100%
Adeguamento del Portale Regionale della Salute	Produzione della documentazione degli aggiornamenti	1			100%
Adempimenti ANAC	Relazione ANAC annuale	1		100%	
Aderenza dei piani terapeutici alle linee guida nazionali e regionali in materia di appropriatezza prescrittiva	Report semestrale delle verifiche effettuate tra piani terapeutici e linee guida nazionali e/o regionali e sull'andamento della spesa farmaceutica per ciascuna LG da inviare ai Direttori DSS	1			100%
Aderenza piani terapeutici alle linee guida nazionali e regionali in materia di appropriatezza prescrittiva	Report semestrale delle verifiche effettuate tra piani terapeutici inseriti e linee guida nazionali e/o regionali	5	20%	20%	60%
Adozione di una modalità rendicontativa utile a facilitare l'accesso alle informazioni da parte del cittadino nella prospettiva della trasparenza istituzionale	Pubblicazione di un report delle attività svolto dagli SPESAL sul territorio provinciale	1			100%
Adozione Procedure e Buone Pratiche Cliniche aziendali	Approvazione procedure pervenute per UU.OO. Omogenee	1			100%
Aggiornamento e perfezionamento dei D.V.R., Documento di Valutazione dei Rischi Incendio, Piano di Emergenza dei PP.OO.	N. aggiornamenti per Presidio	1			100%
Aggiornamento multidisciplinare in tema di responsabilità professionale e gestione del rischio clinico	Partecipazione a eventi di rilevanza ordinistica o scientifica nazionale	1			100%
Aggiornamento professionale	Organizzazione di Corso di Formazione ECM per Medici e Comparto sulla Prevenzione HPV- Test primario	1			100%
Aggiornamento schede personali dosimetriche e registri di sorveglianza fisica	N.ro aggiornamenti effettuati/ N.ro schede istituite	1			100%
Alimentazione flusso Edotto PUA	Registrazione PAI in Edotto	12		17%	83%
Almeno un intervento di prevenzione primaria delle dipendenze nel territorio di ciascun raggruppamento Ser.D	Relazione del Coordinatore RSerD sull'intervento svolto	3			100%
Almeno un intervento di prevenzione terziaria delle dipendenze negli istituti penitenziari dell'ambito territoriale della ASL	Relazione del Coordinatore RSerD di competenza territoriale sull'intervento svolto	1			100%
Almeno un intervento di prevenzione terziaria delle dipendenze nell'istituto penitenziario di Bari	Relazione del Coordinatore RSerD sull'intervento svolto	2			100%
Analisi e riduzione del rischio nei flussi di pazienti interni e PS verso e dalle UU.OO. Diagnostiche	Stesura del documento di analisi e gestione	7		71%	29%
Analisi Mobilità Passiva	Relazione annuale	1			100%
Applicazione, ad almeno il 40% dei pazienti, di scale standardizzate di valutazione degli esiti	% di applicazione	2		50%	50%

Obiettivo	Indicatore	Num. U.O.	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
Appropriatezza prescrittiva	Procedura per la definizione dei criteri di appropriatezza prescrittiva degli esami radiologici da parte delle UU.OO.	6		67%	33%
Appropriatezza prescrittiva riabilitazione domiciliare	Incontri tra MMG e Fisiatri/Neurologi di approfondimento sull'appropriata gestione dei bisogni riabilitativi domiciliari	12			100%
Appropriatezza setting assistenziale	N. Pazienti >65 anni n carico alle Strutture Riabilitative Psichiatriche inviati all'UVM del Distretto di appartenenza per la valutazione	12	33%		67%
Appropriatezza setting assistenziale	N. Pazienti >65 anni n carico alle Strutture Riabilitative inviati all'UVM del Distretto di appartenenza per la valutazione	8	25%		75%
Appropriato utilizzo dei setting assistenziali. DR > 20% di aberrazioni genomiche diagnosticate alla diagnosi invasiva mediante prelievo di villi coriali (villocentesi)	Percentuale aberrazioni genomiche	2			100%
Assegnazione dei posti letto residui (45) alle Strutture ex Art. 66 secondo il fabbisogno stabilito dalla Regione	Numero posti assegnati / Numero posti letto da assegnare	1	100%		
attivare almeno un gruppo di trattamento psicoterapico o di sostegno per utenti e/o familiari di utenti	Costituzione e conduzione del gruppo	2			100%
Attivazione Day Service Asma, BPCO, DRS (almeno 2 tipologie)	Numero Day Service	2		100%	
Attivazione Day Service Asma, BPCO, DRS (almeno 2 tipologie)	Numero Day Service	1		100%	
Attivazione della rilevazione online della qualità percepita	Analisi dei questionari compilati	1	100%		
Attivazione nuovo CUP	Attivazione e Monitoraggio nuova procedura CUP	1	100%		
Attività di socializzazione/riabilitative in SPDC	Realizzazione di due progetti di intervento	2		50%	50%
Attività di supporto soggetto aggregatore per Gare ossigenoterapia domiciliare e vaccini (escluso antiinfluenzali)	Report trimestrale sull'attività svolta e personale impiegato da inviare al Direttore Amministrativo e al Controllo di Gestione	1		100%	
Attività di vigilanza e controllo (Obiettivo LEA)	n. aziende ispezionate (aziende ispezionate tutti i comparti + aziende visitate per l'espressione di pareri) / tot. insediamenti produttivi con dipendenti censiti INAIL (PAT attive al 31/12 con n. addetti > 1 o artigiani > 2)*100	2			100%
Attività di vigilanza e controllo (Obiettivo LEA)	n. aziende ispezionate (aziende ispezionate tutti i comparti + aziende visitate per l'espressione di pareri)/tot. insediamenti produttivi con dipendenti censiti INAIL (PAT attive al 31/12 con n. addetti > 1 o artigiani > 2)*100	1			100%
Attività per Near Miss ed Eventi Sentinella	Audit, RCA o FMECA	1			100%
Attuazione della normativa sul N. di Repertorio per i dispositivi medici	Implementazione del N. di repertorio dei dispositivi medici attualmente privi di NDR	6	17%	83%	
Attuazione Piano dell'Alimentazione Animale	n. campionamenti effettuati / tot. campionamenti previsti	3			100%
Attuazione Piano Nazionale Residui	n. campionamenti effettuati / tot. campionamenti previsti	3			100%
Aumento attività ambulatoriale per	Fatturato Prestazioni ambulatoriali per	7		57%	43%

Obiettivo	Indicatore	Num. U.O.	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
esterni	esterni				
Aumento attività ambulatoriale per esterni	Fatturato Prestazioni ambulatoriali per esterni (compresa attività di Day Service)	1			100%
Aumento attività ambulatoriale per esterni (non Day Service)	Fatturato Prestazioni ambulatoriali per esterni	1			100%
Aumento complessità dei casi trattati in ricovero	Peso medio DRG	7			100%
Aumento dell'attività operatoria programmata	Numero ore disponibili di Sala Operatoria	7		14%	86%
Aumento procedure per indagini genetiche invasive e non invasive	N° procedure invasive e non invasive	1			100%
Azzeramento delle proroghe per servizi manutentivi e redazione di capitolati prestazionali	Manutenzione elettrico, edile, impianti speciali, gas medicali	1			100%
Azzeramento giudizi di ottemperanza e nomina commissario ad acta	N. giudizi per la parte di propria competenza	1			100%
Centro Cunegonda: lotta allo Stigma ed Inclusione Sociale	Almeno n. 1 evento rivolto a utenti, operatori, popolazione	1			100%
Clinical governance	Elaborazione e Adozione di almeno 1 protocollo operativo interno all'U.O.	2		50%	50%
Clinical governance	Elaborazione e Adozione di almeno 1 protocollo operativo interno all'U.O. e 1 procedura condivisa con altre UU.OO.	59		68%	32%
Clinical governance	Elaborazione e Adozione di almeno 1 protocollo operativo interno all'U.O. e 1 procedura condivisa con Chir. Senologica e Chir. Plastica nel percorso "Breast Unit"	2		100%	
Clinical governance	Elaborazione e Adozione di almeno 2 protocolli operativi interni all'U.O.	1	100%		
Clinical governance	Elaborazione e Adozione di almeno 2 protocolli operativi interni all'U.O.	1		100%	
Clinical governance	Elaborazione e Adozione di un protocollo operativo per la definizione dell'approccio diagnostico-terapeutico cardiovascolare nei pazienti da sottoporre a chirurgia vascolare	2			100%
Clinical governance	Elaborazione ed adozione della procedura per la gestione del trauma cranico	2			100%
Codice di Comportamento Aziendale	Aggiornamento e pubblicazione del documento	1			100%
Collaborazione alla Redazione del Piano della Performance 2018-2020	Elaborazione Documento	1			100%
Collaborazione a Corsi di Formazione Base in tema di Salute e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro dei Lavoratori (A) e a Corsi di Formazione Rischi Specifici (B) organizzati da S.P.P.	N. edizioni N. dipendenti formati	1		100%	
Collaborazione con l'Area Socio Sanitaria per il corretto conferimento dei dati anagrafici, delle strutture di propria competenza su sistema Informativo Edotto, per l'indispensabile conferimento dei dati riguardanti il flusso ministeriale FAR	Relazione	1			100%
Collaborazione con STP nella stesura della Relazione annuale sulla Performance	Elaborazione Documento	1			100%
Collaborazione per la realizzazione	N° casi inseriti nel registro	1			100%

Obiettivo	Indicatore	Num. U.O.	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
del registro regionale delle malformazioni					
Compilazione corretta e completa delle cartelle elettroniche attive	Verifica periodica da parte dei dirigenti SS della correttezza delle cartelle	3			100%
Compilazione del tracciato record per il monitoraggio delle prescrizioni nell'ambito del progetto CCM PREVIS	Percentuale delle prescrizioni immesse nel sistema rispetto a quelle effettivamente comminate	3			100%
Compilazione e chiusura delle schede AIFA relative ai farmaci soggetti a monitoraggio	Chiusura schede AIFA a fine trattamento	4	50%	25%	25%
Complessità dei casi trattati	Report semestrale e annuale su tipologia acuta e cronica e n. pazienti trattati secondo le LG della società scientifica SIMSI	1			100%
Consolidamento protocollo di riabilitazione neurologica in pazienti con patologia spastico-contratturale	N. pazienti trattati	1	100%		
Controlli delle Strutture Psichiatriche Riabilitative previste dal Reg.Reg. n.7/2002	Numero controlli per struttura con verbali	8			100%
Controlli sugli allevamenti.	allevamenti controllati per BR ovi-caprina / totale allevamenti ovi-caprini	3			100%
Controlli sugli allevamenti.	allevamenti controllati per TBC e LEB bovina / totale allevamenti bovini	3			100%
Controlli sugli allevamenti.	allevamenti controllati semestralmente per BR bovina / totale allevamenti bovini	3			100%
Controlli sugli allevamenti.	allevamenti ovini controllati per Scrapie classica / totale allevamenti ovini	3			100%
Controlli sugli allevamenti.	modello 4 elettronico / modello 4 movimentazione equidi richiesti	3			100%
Controlli sugli allevamenti.	allevamenti equini controllati / tot. allevamenti equini presenti in anagrafe	3		33%	67%
Controllo appropriatezza cartella clinica/congruità SDO ex art 56 (Strutture Osped. Private - IRCCS Maugeri e EE Miulli)	numero SDO verificate/numero SDO pervenute	1			100%
Controllo della spesa	Collaborazione con i DSS, AGRF e AGP per il completamento della procedura per il controllo della spesa per l'Assistenza protesica (gestione degli ordini informatizzati tramite i sistemi aziendali)	1			100%
Controllo della spesa	Collaborazione con i DSS, AGRF e U.O.A.S.S.I. per il completamento della procedura per il controllo della spesa per l'Assistenza protesica (gestione degli ordini informatizzati tramite i sistemi aziendali)	1	100%		
Controllo della spesa	Monitoraggio accessi ai Centri Diurni ex Art. 60 e 60 ter informatizzato su Intranet	1			100%
Controllo della Spesa	Monitoraggio periodico, per macrostruttura, delle spese afferenti i servizi di vigilanza, ristorazione e lavanderia	2			100%
Controllo della spesa	Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Protesi/Presidi/Ausili da privato e in distribuzione diretta e completa gestione degli ordini informatizzati tramite i sistemi aziendali	12	100%		
Controllo dell'appropriatezza dei ricoveri in IRCCS Maugeri - EEMiulli	numero SDO verificate/numero SDO pervenute	1			100%
Controllo dell'appropriatezza dei ricoveri in Strutture Pubbliche a gestione diretta	numero SDO verificate/numero SDO pervenute	1			100%

Obiettivo	Indicatore	Num. U.O.	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
Controllo dell'appropriatezza dei ricoveri/congruità SDO in Strutture Osped. Private	numero SDO verificate/numero SDO pervenute	1			100%
Controllo di qualità su apparecchiature complesse (T.C., R.M., Angiografi, Gamma camere)	N.ro apparecchi complessi controllati/N.ro apparecchi installati	1	100%		
Controllo di qualità su apparecchiature di nuova acquisizione	N.ro nuovi controlli / N.ro nuove apparecchiature	1			100%
Controllo di qualità su apparecchiature radiologiche tradizionali	Numero apparecchiature controllate/apparecchiature installate	1			100%
Controllo e contenimento randagismo.	cani randagi catturati identificati ed iscritti Anagrafe Canina Regionale / cani randagi catturati	3			100%
Controllo implementazione procedure di servizio	personale Dirigente e TdP sottoposto a supervisione sul campo e a posteriori / totalità personale Dirigente e TdP	3		33%	67%
Controllo su ricoveri con T.C., con protesi, DRG potenz. Inappr. e trattam. con cyberknife in IRCSS Maugeri - EEMiulli	numero SDO verificate/numero SDO pervenute	1			100%
Controllo su ricoveri con T.C., con protesi, DRG potenz. Inappr. e trattam. con cyberknife in Strutture Osped. Private	numero SDO verificate/numero SDO pervenute	1			100%
Controllo su ricoveri con T.C., con protesi, DRG potenz. Inappr. e trattam. con cyberknife in Strutture Pubbliche a gestione diretta	numero SDO verificate/numero SDO pervenute	1			100%
Controllo sulla appropriatezza prescrittiva dei MMG come disposto dalle DGR Regionali e DD 16/2016 Assessorato	Report trimestrale sui casi di inappropriatezza riscontrati e comunicati alla Direzione Generale e ai Direttori di Distretto	1			100%
Coordinamento, supporto, formazione del personale distrettuale per l'inserimento dei dati necessari all'invio dei flussi ministeriali SIAD e FAR, per il raggiungimento degli adempimenti LEA	Atti	1	100%		
Corretta e tempestiva trasmissione dei dati relativi ai flussi informativi interni (es. ved nota) ed esterni (es. Edotto e AIFA)	Rispetto dello scadenziario per il 100% dei flussi informativi	6			100%
Corretta e tempestiva trasmissione dei dati relativi ai flussi informativi interni ed esterni	Rispetto del 100% dei flussi informativi	1			100%
Corretta e tempestiva trasmissione dei dati relativi ai flussi informativi interni ed esterni verso Controllo di Gestione e U.O.S.E. (SDO, P.L., prestazioni interne ed esterne, ore di sala operatoria, flussi ministeriali, ecc.)	Rispetto delle scadenze stabilite	7			100%
Corretta e tempestiva trasmissione dei flussi informativi di competenza	flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	18		11%	89%
Corsi formazione gestione rischio clinico	N. Corsi organizzati	1			100%

Obiettivo	Indicatore	Num. U.O.	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
Dati attività UOSVD DCA – Ambulatorio Intensivo diurno tipo Day Service ad attività diurna, dati accorpati	Report semestrale su attività UOSVD DCA	1			100%
Deflazionamento del contenzioso	Attività del Nucleo Contenzioso del Lavoro	1			100%
Deflazionamento del contenzioso	Attività del Nucleo Contenzioso del Lavoro e del Nucleo Contenzioso Civile	1		100%	
Diagnostica citologica del carcinoma cervice uterina	Tempo di refertazione	1			100%
Diagnostica istologica del carcinoma cervice uterina	Tempo di refertazione	1			100%
Difesa giudiziaria azienda in ambito medico legale su incarichi DG e SBL	Partecipazione attività peritali e redazione osservazioni medico legali	1			100%
Diffusione della cultura delle donazioni di organo	Organizzazione di almeno due eventi con il coinvolgimento dei pazienti	4			100%
Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	N. ricettari cartacei consegnati	7		86%	14%
Diffusione utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	Invio referti al FSE	5		40%	60%
Diffusione utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	Percentuale di laboratori invianti dati al FSE	2			100%
Documento unico di valutazione rischi da Interferenze	Intervallo tra richiesta e consegna del Documento alle Strutture competenti	1	100%		
Documento/protocollo sulla diagnostica medico Nucleare in Neurologia destinato a tutte le UU.OO. E ambulatori di Neurologia della ASL	Realizzazione del documento	1			100%
Donazione Organi e/o Tessuti	N. donazioni	7	43%	57%	
Effettuazione di almeno un evento formativo su procedure giuridiche, normativa e modelli che riguardano il paziente psichiatrico autore di reato	Effettuazione di una giornata di formazione	11			100%
Effettuazione di almeno un evento informativo su procedure giuridiche, normativa e modelli che riguardano il paziente in carico al Tribunale dei Minori	Effettuazione di una giornata di formazione	1			100%
Effettuazione di almeno un evento su prevenzione specifica primaria dei DCA su target a rischio (giovani 12-25 aa)	Numero Eventi in collaborazione con scuole e associazioni	1			100%
Effettuazione di almeno un evento sulla lotta allo stigma e promozione della salute	Effettuazione di un Evento	12			100%
Effettuazione screening su due scuole campione segni precoci disturbi psicopatologici	Analisi degli esiti	2	100%		
Efficienza operativa	Accordi contrattuali con le Strutture Sociosanitarie accreditate private (R.S.A. e R.S.S.A.)	1	100%		
Efficienza operativa	Aggiornamento Regolamento Incentivazione ai sensi della normativa vigente	1			100%
Efficienza operativa	Attivazione di sistema PACS	1			100%
Efficienza operativa	Avvio nuova procedura informatizzata di controllo direzionale (D.D.G. 1570/2017)	1	100%		
Efficienza operativa	Monitoraggio dei blocchi operatori secondo la procedura adottata nel 2017	1			100%

Obiettivo	Indicatore	Num. U.O.	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
Efficienza operativa	Produzione di un protocollo per l'adeguamento del Portale Regionale della Salute	1			100%
Efficienza operativa	Revisione Regolamento Aziendale per acquisti di beni e Servizi ai sensi del D.Lgs. 50/2016	2			100%
Efficienza operativa	Sperimentazione order entry di materiale sanitario da Reparto	1			100%
Efficienza operativa	Supporto all'AGT come RUP	1	100%		
Efficienza operativa	Utilizzo del software CartSan presso tutte le sedi e unificazione degli archivi	1		100%	
Efficienza organizzativa	Adozione della Cartella Clinica Unificata e Monitoraggio della corretta compilazione	7			100%
Efficienza organizzativa	Analisi comparativa per Distretto dei costi per Assistenza protesica da privato	2			100%
Efficienza organizzativa	Analisi dell'attività anni 2016-2017 e proposta di riorganizzazione per miglioramento dell'efficienza del Servizio	1		100%	
Efficienza organizzativa	Applicazione della Procedura di decurtazione stipendiale in presenza di debito orario per il Comparto e per la Dirigenza	1			100%
Efficienza organizzativa	Attuazione proposta di riorganizzazione informatica della rete dei Laboratori nelle more della gara LIS	4			100%
Efficienza organizzativa	Avviamento ed implementazione dei contratti a seguito dell'aggiudicazione della gara regionale per i Serv. Integrati di manutenzione delle apparecchiature elettromedicali ovvero, in mancanza, attivazione dei contratti ponte	1		100%	
Efficienza organizzativa	Avvio della riorganizzazione della rete dei Laboratori (DGR 985/2017)	4			100%
Efficienza organizzativa	Completa attuazione Piano Riordino Rete Emergenza Urgenza (118/PPIT) nel rispetto della Normativa Regionale	1			100%
Efficienza organizzativa	Comunicazione all'U.O. Sorveglianza Sanitaria del personale di prossima quiescenza ai sensi del D.L. 81/2008	1			100%
Efficienza organizzativa	Corretta alimentazione della nuova procedura informatica per la rilevazione di turni, comprese le prestazioni aggiuntive	2	100%		
Efficienza organizzativa	Effettuazione esami e refertazione di TAC e RMN, ove presente, entro le 72 h dalla richiesta per pazienti ricoverati	6		83%	17%
Efficienza organizzativa	Elaborazione e adozione della Procedura per la gestione della raccolta e trasferimento dei campioni dai singoli Stabilimenti al centro di raccolta aziendale	5		80%	20%
Efficienza organizzativa	Elaborazione e adozione di Procedura aziendale per il governo delle liste di attesa	1			100%
Efficienza organizzativa	Elaborazione e Adozione di un protocollo operativo delle procedure amministrative per l'accesso dei pazienti alle Strutture Sociosanitarie	15			100%
Efficienza organizzativa	Espletamento delle procedure relative a tutti gli avvisi pubblici quinquennali disposti dalla Direzione Strategica per Direttore di Struttura Complessa	1	100%		

Obiettivo	Indicatore	Num. U.O.	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
Efficienza organizzativa	Espletamento visite obbligatorie del personale di prossima quiescenza ai sensi del D.L. 81/2008	1			100%
Efficienza organizzativa	Implementazione di un archivio informatizzato per la gestione dei pazienti ospitati nelle Strutture Residenziali e Semiresidenziali	1			100%
Efficienza organizzativa	Implementazione web del sistema di gestione del personale dipendente, inclusa la rilevazione di turni per prestazioni aggiuntive	2	50%		50%
Efficienza organizzativa	Monitoraggio del Piano degli Investimenti esercizio 2018	1			100%
Efficienza organizzativa	Monitoraggio periodico dell'andamento degli ordini per acquisti di Materiale Sanitario per magazzino ordinante e Conto economico con analisi degli scostamenti	1			100%
Efficienza organizzativa	Numero di procedure di Litotrissia extracorporea	4		25%	75%
Efficienza organizzativa	Percentuale di nuovi assunti a tempo determinato sul totale degli assunti	1		100%	
Efficienza organizzativa	Piano di Comunicazione 2018	1			100%
Efficienza organizzativa	Piena applicazione nuovo Regolamento ALPI	1			100%
Efficienza organizzativa	Predisposizione capitolati tecnici per acquisto ulteriori attrezzature con utilizzo di economie derivanti dalle procedure di gara relative al P.O. della Murgia	1			100%
Efficienza organizzativa	Procedura di integrazione con l'U.O. Epilessia ed EEG Età Evolutiva per la gestione dei pazienti con patologia epilettica/neurologica	1			100%
Efficienza organizzativa	Procedura di integrazione con l'U.O. Pediatria "San Paolo" per la gestione dei pazienti con patologia epilettica/neurologica	1	100%		
Efficienza organizzativa	Produzione di un protocollo operativo delle attività relative alle apparecchiature radiologiche, condiviso con Fisica Sanitaria e Ingegneria Clinica	1			100%
Efficienza organizzativa	Produzione di un protocollo operativo delle attività relative alle apparecchiature radiologiche, condiviso con Fisica Sanitaria e S.P.P.	1			100%
Efficienza organizzativa	Produzione di un protocollo operativo delle attività relative alle apparecchiature radiologiche, condiviso con Ingegneria Clinica e S.P.P.	1			100%
Efficienza organizzativa	Progetto di integrazione tra 118 e P.S. per completamento debito orario Medici	1	100%		
Efficienza organizzativa	Proposta alla Direzione Strategica di una riorganizzazione per competenze e responsabilità dell'attività dell'AGT e Ingegneria Clinica	2			100%
Efficienza organizzativa	Quadratura definitiva DURC Aziendale	1			100%
Efficienza organizzativa	Redazione del Regolamento operativo interno di Contabilità Analitica	1			100%
Efficienza organizzativa	Redazione Piano degli Investimenti 2019-2020 per la predisposizione del Bilancio di	1			100%

Obiettivo	Indicatore	Num. U.O.	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
	Previsione 2019 e Piano Pluriennale 2019-2020				
Efficienza organizzativa	Revisione della Procedura operativa aziendale per la gestione delle Agende CUP	1			100%
Efficienza organizzativa	Supporto alle attività ARESS per Hub logistico di Magazzino	1			100%
Elaborazione report attività	presentazione report semestrale al DG , DS e UCG	1			100%
Erogazione diretta di farmaci alla dimissione dei pazienti	Numero di pazienti ai quali vengono erogati i farmaci direttamente	5			100%
Esecuzione titoli gestione liquidatoria	Predisposizione rendiconto trimestrale della gestione liquidatoria	1			100%
Evento formativo ECM	Corso ECM su EEGrafia clinica pediatrica rivolto a Neuropsichiatri infantili, neurologi e Tecnici di Elettrofisiologia	1			100%
Formazione Base in tema di Salute e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro dei Lavoratori (A) Corso di Formazione Rischi Specifici (B)	N. edizioni N. dipendenti formati	1		100%	
Formazione BLS e ALS	Organizzazione corsi BLS e ALS per le UU.OO. dei Presidi Ospedalieri	1			100%
Formazione in materia di radioprotezione del personale radioesposto	Organizzazione evento con ufficio Formazione	1			100%
Formazione per lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione dell'emergenza nei luoghi di lavoro	N. edizioni N. dipendenti formati	1	100%		
Formazione Referenti URP	N. di Referenti formati	1			100%
Formazione sulla sicurezza sul lavoro per il personale dell'U.O.	Organizzazione di almeno 2 eventi su temi diversi da quelli del 2016 e 2017	1			100%
Formulazione di Protocollo Operativo per Disturbi dello Spettro Autistico	Elaborazione PDTA per DSA del CAT aziendale	2			100%
Gara Tesoreria	Definizione capitolato per il servizio di Tesoreria dell'Ente	1			100%
Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Istruzioni operative dei sistemi di gestione di allarme	1			100%
Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Istruzioni operative procedure cliniche PMA	1			100%
Gestione delle liste di attesa	Coordinamento dei processi per la pubblicazione sul Portale aziendale dei posti letto disponibili nelle RSSA	1			100%
Gestione delle liste di attesa	Percentuale di liste di attesa informatizzate per tipologia di Struttura	1			100%
Gestione fondi finalizzati	Ricognizione fondi finalizzati e implementazione di una procedura per la corretta gestione (istituzione e utilizzo)	1			100%
Gestione pagina Facebook aziendale	Produzione documentazione	1			100%
Implementazione Day Service HIV	Numero di Day Service	1		100%	
Implementazione del Sistema per la sorveglianza e il controllo delle patologie dell'uomo causate da Anisakis spp.	DIA presentate da OSA per la vendita e/o somm. di pesce crudo o praticamente crudo, sottoposte a controllo per la verifica delle procedure di bonifica sanitaria preventiva / nuove DIA presentate per vendita e/o somm. di pesce crudo o	3			100%

Obiettivo	Indicatore	Num. U.O.	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
	praticamente crudo				
Implementazione PBM (Patient Blood Management)	Istituzione e funzionamento "Anemia clinic"	4			100%
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	3			100%
Implementazione Piano straordinario regionale di prevenzione e controllo MVS	allevamenti controllati per MVS / totale allevamenti suini	3			100%
Implementazione strumenti di sorveglianza epidemiologica	Aggiornamento casistica Registro Tumori	1			100%
Incontri con Associazioni dei Familiari presenti sul territorio per verifica modalità di collaborazione	Almeno due incontri in un anno	12		8%	92%
Incontro formativo congiunto con i Neurologi su un argomento di comune interesse	Realizzazione dell'incontro	1			100%
Incremento della distribuzione diretta primo ciclo terapeutico a seguito di visita ambulatoriale	% di prescrizioni sul sistema Edotto per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	1		100%	
Incremento Attività in Day Service PCA 46-49-50-51	Numero di Day Service	1			100%
Incremento della complessità della casistica	Aumento Indice Chirurgico (% casi chirurgici / tot. DRG)	29		28%	72%
Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	64		47%	53%
Incremento dell'efficienza assistenziale	Attivazione ambulatorio Idrosadenite suppurativa	1		100%	
Incremento dell'efficienza assistenziale	Attivazione dei Day Service PCCA 64 e PCCA 65	1		100%	
Incremento dell'efficienza assistenziale	Coerenza tra numero di SDA e numero di prestazioni di Day Service su CUP	1			100%
Incremento dell'efficienza assistenziale	Degenza Media	31		35%	65%
Incremento dell'efficienza assistenziale	Degenza Media Pre Operatoria	29		7%	93%
Incremento dell'efficienza assistenziale	Fatturato prestazioni ambulatoriali	24	4%	33%	63%
Incremento dell'efficienza assistenziale	Incremento attività ambulatoriale per esterni	1			100%
Incremento dell'efficienza assistenziale	Incremento dell'attività di Day Service	1		100%	
Incremento dell'efficienza assistenziale	Indice di Rotazione	1		100%	
Incremento dell'efficienza assistenziale	N. prestazioni per pazienti interni e prestazioni operatorie	1	100%		
Incremento dell'efficienza e qualità assistenziale	Report semestrale e annuale sulle patologie trattate con indicazione indilazionabili urgenti e primarie distinte per tipologia e provenienza ASL del paziente	1			100%
Incremento produzione di plasma da destinare alla lavorazione industriale	Produzione unità di plasma	4		75%	25%



Obiettivo	Indicatore	Num. U.O.	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
Indagine AGENAS: Valutazione del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero	Implementazione piani di miglioramento scaturiti dall'Indagine AGENAS 2017 (tranne Triggiano e Terlizzi)	1			100%
Informatizzazione Protocollo e work flow documentale	Attivazione Protocollo e work flow documentale	1	100%		
Integrazione Ospedale Territorio	Elaborazione di un Protocollo di integrazione per la gestione in ospedale dei pazienti in ADI 2°/3° livello	4		75%	25%
Integrazione Ospedale Territorio	N. prestazioni ospedaliere (accessi vascolari, sostituzioni cannule tracheostomiche ecc.) a favore di pz. In ADI	3	67%	33%	
Integrazione Ospedale-Territorio	Aumento del numero dei pazienti in dialisi peritoneale	4			100%
Integrazione Ospedale-Territorio	Presa in carico dei pazienti ricoverati per SCA e Scopenso Cardiaco	8	13%		88%
Integrazione Ospedale-Territorio	Proposta di organizzazione integrata Ospedale-Territorio dell'attività oftalmologica per il trattamento della degenerazione maculare senile con studio di fattibilità	4		100%	
Inventario semestrale deposito farmaceutico della UO Farmacia e delle singole UU.OO. del Presidio	Report semestrale	5		100%	
Inventario semestrale deposito farmaceutico delle Farmacie Territoriali	Report semestrale	1			100%
Linee Guida e Buone Pratiche Cliniche nazionali	Affiancamento per l'implementazione in tutte le strutture ospedaliere e PTA	1	100%		
Lotta allo Stigma	Promozione e attivazione di progetti di integrazione ed inclusione sociale sul territorio	1			100%
Mantenimento Degenza Media	Degenza Media	4			100%
Mantenimento dell'efficienza della attività produttiva del presidio	Costo beni non sanitari	2			100%
Mantenimento standard adeguati di sicurezza alimentare	Revisione ed adeguamento delle analisi del rischio della totalità degli stabilimenti riconosciuti CE	3			100%
Manutenzione e sicurezza delle apparecchiature elettromedicali	Affidamento alla ditta aggiudicataria e avvio del servizio di manutenzione	1	100%		
Miglioramento della qualità assistenziale	Apertura agende CUP (prima visita e prestazioni successive) per ogni punto di erogazione di NPJA	1			100%
Miglioramento della qualità assistenziale	Apertura e alimentazione agende CUP (prima visita e prestazioni successive) per ogni punto di erogazione di NPJA	1			100%
Miglioramento della qualità assistenziale	Attivazione/Potenziamento Sportello Giovani rivolto alla fascia adolescenziale (fino a 18 aa)	12		8%	92%
Miglioramento della qualità assistenziale	Creazione di equipe multidisciplinare per realizzare accessi vascolari per emodialisi	4			100%
Miglioramento della qualità assistenziale	Elaborazione del Progetto di implementazione della diagnostica infettivologica	4		100%	
Miglioramento della qualità assistenziale	Elaborazione di 1 procedura condivisa con l'U.O. di Anestesia e Rianimazione per le cure palliative dei pazienti oncologici ambulatoriali	1		100%	

Obiettivo	Indicatore	Num. U.O.	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
Miglioramento della qualità assistenziale	Elaborazione di 1 procedura condivisa con l'U.O. di Anestesia e Rianimazione per le cure palliative dei pazienti oncologici ricoverati e ambulatoriali	1			100%
Miglioramento della qualità assistenziale	Elaborazione e Adozione del protocollo operativo a tutela della salute dei lavoratori a seguito di contatto con pazienti affetti da TBC	1		100%	
Miglioramento della qualità assistenziale	Elaborazione e Adozione di 2 procedure condivise con altre UU.OO.	1		100%	
Miglioramento della qualità assistenziale	Elaborazione e Adozione di almeno 1 protocollo operativo interno al Dipartimento e 1 procedura condivisa con altre UU.OO. extradipartimentali	3			100%
Miglioramento della qualità assistenziale	Elaborazione e Adozione di almeno 1 protocollo operativo interno all'U.O. e 1 procedura condivisa con altre UU.OO.	44		34%	66%
Miglioramento della qualità assistenziale	Elaborazione e Adozione di almeno 2 procedure condivise con altre UU.OO.	6		67%	33%
Miglioramento della qualità assistenziale	Elaborazione e Adozione di almeno 2 protocolli operativi	12		25%	75%
Miglioramento della qualità assistenziale	Elaborazione e Adozione di almeno 2 protocolli operativi interni all'U.O.	2		100%	
Miglioramento della qualità assistenziale	Elaborazione e Adozione di almeno 2 protocolli operativo interno all'U.O.	1			100%
Miglioramento della qualità assistenziale	Elaborazione e adozione di un protocollo per la gestione diagnostica e terapeutica dello stato di male epilettico	4			100%
Miglioramento della qualità assistenziale	Elaborazione e adozione di un protocollo per la gestione diagnostica e terapeutica dello stato di male epilettico in età pediatrica	1	100%		
Miglioramento della qualità assistenziale	Elaborazione e Adozione di una procedura per la gestione dei casi di TBC in ambiente ospedaliero	17			100%
Miglioramento della qualità assistenziale	Elaborazione e Adozione di una procedura per la gestione dei pazienti con OSAS in applicazione del PDTA regionale	11			100%
Miglioramento della qualità assistenziale	Elaborazione ed adozione procedura per il trasporto secondario dei pazienti psichiatrici sul territorio	18			100%
Miglioramento della qualità assistenziale	Implementazione e messa a regime delle schedule vaccinali delle coorti 2000-2017 nel sistema informatizzato anagrafe vaccinale GIAVA	3			100%
Miglioramento della qualità assistenziale	Organizzazione di incontri sulla corretta prescrizione degli esami di RMN con i prescrittori ospedalieri e territoriali (Specialisti, MMG e PLS)	1		100%	
Miglioramento della qualità assistenziale	Per ogni U.O. del Dipartimento: Elaborazione e Adozione di almeno 1 protocollo operativo interno e 1 procedura condivisa con le altre UO del Dipartimento o extradipartimentali	1			100%
Miglioramento della qualità assistenziale	Redazione Carta dei Servizi dell'UOSVD PMA	1			100%
Miglioramento della qualità assistenziale	Screening pre-eclampsia	1			100%

Obiettivo	Indicatore	Num. U.O.	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
Miglioramento della qualità assistenziale e dell'efficienza operativa	Definizione e Adozione del percorso clinico ed amministrativo per l'inserimento nelle Strutture Riabilitative dei pazienti in carico alla NPIA e per il successivo passaggio ad altro setting assistenziale in carico alla ASL	2			100%
Miglioramento della qualità clinica dell'assistenza	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	14		43%	57%
Miglioramento della qualità clinica dell'assistenza	Aumento della complessità chirurgica, con utilizzo di tecniche mininvasive	1			100%
Miglioramento della qualità clinica dell'assistenza	Elaborazione e adozione di un Protocollo per i trattamenti sanitari di fine vita in conformità alla normativa vigente	4		50%	50%
Miglioramento della qualità clinica dell'assistenza	Elaborazione e adozione procedura per la gestione dell'anestesia pediatrica nei PP.OO. della ASL Bari	7	100%		
Miglioramento della qualità clinica dell'assistenza	Fatturato Day Service	8		13%	88%
Miglioramento della qualità clinica dell'assistenza	N. Partoanalgesie/ N. parti vaginali	10	60%		40%
Miglioramento della qualità dei flussi informativi	Rispetto dello scadenzario dei flussi informativi di cui alla nota Prot. 39157 del 24/02/2016 del Direttore Amministrativo, giusta DDG n. 133 del 20/01/2016	1			100%
Miglioramento della qualità dei flussi informativi	Rispetto dello scadenzario dei flussi informativi di cui alla nota Prot. 39157 del 24/02/2016 del Direttore Amministrativo, giusta DDG n. 133 del 20/01/2016	24	8%	4%	88%
Miglioramento della qualità percepita	% Abbandoni da P.S.	7		43%	57%
Miglioramento della qualità percepita	% Dimissioni volontarie	70		26%	74%
Miglioramento della qualità percepita	Attuazione di Corso di formazione sulle modalità di accoglienza dell'utenza riservato al personale di Comparto della Direzione Amministrativo	2		50%	50%
Miglioramento della qualità percepita	Monitoraggio e verifica sulle Dimissioni volontarie presso gli S.P.D.C.	1		100%	
Miglioramento della qualità percepita	Progetto "UTIN aperta"	1			100%
Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa	Fatturato Day Service	4		25%	75%
Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa	Fatturato Prestazioni ambulatoriali	1			100%
Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa	Percentuale Colecistectomie Laparoscopiche con D.M. postop. <3gg	6		67%	33%
Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa	Potenziamento attività di Day Service	4	25%	75%	
Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa	Quadrantectomia in Day Service	1	100%		
Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inapproprietezza e ricoveri con DRG non a rischio inapproprietezza in regime ordinario	59	2%	41%	58%
Miglioramento dell'efficienza della attività produttiva	Costi Personale e Beni Sanitari / Totale Ricavi	95	1%	51%	48%
Miglioramento dell'efficienza della attività produttiva	Unità di sangue raccolte	4		50%	50%
Miglioramento qualità e appropriatezza Area Emergenza-	% Ricoveri da P.S. in Reparti chirurgici con DRG Chirurgico alla dimissione	7		29%	71%

Obiettivo	Indicatore	Num. U.O.	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
Urgenza					
Miglioramento qualità e appropriatezza Area Emergenza-Urgenza	Accessi seguiti da ricovero/Totale accessi	7		14%	86%
Miglioramento qualità e appropriatezza Area Emergenza-Urgenza	Almeno 2 Protocolli gestione pazienti in OBI	1			100%
Miglioramento qualità e appropriatezza Area Emergenza-Urgenza	Attivazione OBI	6	100%		
Miglioramento qualità e appropriatezza Area Emergenza-Urgenza	Elaborazione di una proposta di organizzazione dell'attività della Medicina e Chirurgia d'Urgenza e Accettazione per ogni Stabilimento	7	29%	29%	43%
Miglioramento qualità e appropriatezza Area Emergenza-Urgenza	Elaborazione e adozione Procedura Aziendale attività assistenziale in OBI	7	14%	29%	57%
Miglioramento qualità e appropriatezza Area Emergenza-Urgenza	Elaborazione ed adozione del protocollo per la Gestione del dolore in P.S.	7	14%		86%
Miglioramento qualità e appropriatezza Area Emergenza-Urgenza	Riduzione del numero complessivo dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza in regime di urgenza alle UU.OO. di Area Medica	7			100%
Misure di esposizioni ambientali	N.ro misure/N.ro diagnostiche radiologiche	1			100%
Modello organizzativo Privacy	Aggiornamento delle nomine dei Responsabili di trattamento, Incaricati del trattamento, Amministratore di sistema	1			100%
Monitoraggio appropriatezza prescrittiva	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica	12		25%	75%
Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Presentazione relazione trimestrale per il raffronto dei dati dei volumi di attività istituzionale / dati dei volumi di attività in ALPI	2			100%
Monitoraggio del deposito farmaceutico nella UO Farmacia e nelle singole UU.OO. del presidio e gestione materiale sanitario in scadenza	Riduzione del valore economico di materiale sanitario scaduto	6		17%	83%
Monitoraggio della cronicità e relativo setting assistenziale	Analisi, per singolo Distretto, della cronicità per coorti di pazienti in base alla complessità e relativo setting assistenziale	13	46%		54%
Monitoraggio della erogazione farmaci soggetti a registrazione AIFA e della compilazione schede AIFA da parte del medico prescrittore	Report semestrale sul numero di schede di fine trattamento chiuse/aperte e sul numero di richieste di rimborso dei trattamenti chiusi	6		33%	67%
Monitoraggio della qualità dell'assistenza riabilitativa per tossicodipendenti da privato	Relazioni mensili di verifica dei trattamenti in comunità terapeutiche	2			100%
Monitoraggio della spesa annua per residenzialità riabilitativa per DCA rispetto al budget assegnato	Report teorico salvo conguaglio	1			100%
Monitoraggio della spesa dell'Assistenza Riabilitativa per malati e disturbati mentali da privato	Spesa 2018 nei limiti previsti dal Bilancio di Previsione	1			100%

Obiettivo	Indicatore	Num. U.O.	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
Monitoraggio della spesa dell'Assistenza Riabilitativa per tossicodipendenti da privato	Relazioni delle attività e dei costi: - Relazione annuale 2017 entro il 15/04/2018 - Relazioni trimestrali 2018 entro 20 gg dalla fine del Trimestre	1		100%	
Monitoraggio delle attività delle associazioni di volontariato	Report trimestrale	1			100%
Monitoraggio procedure SIMES e incident reporting	Trasmissione report trimestrali	1			100%
Monitoraggio rispetto vincoli di finanza pubblica	Elaborazione del report per verifica rispetto vincoli	1			100%
Monitoraggio servizi esternalizzati	Adozione di Check List lavanolo mensile e Scheda monitoraggio vitto quindicinale, anche per una corretta liquidazione degli importi fatturati o per l'applicazione di penali da parte delle Direzioni Amministrative	7			100%
Monitoraggio servizi esternalizzati	Analisi trimestrale dei costi e degli scostamenti rispetto all'esercizio precedente, con indicazione delle motivazioni di eventuali scostamenti.	1			100%
Monitoraggio servizi esternalizzati	Analisi trimestrale dei costi e degli scostamenti, con verifica di congruità rispetto all'erogato	1			100%
Monitoraggio situazione debitoria e indice ITP per macrostruttura	Elaborazione periodica di tabelle riepilogative della situazione debitoria e dell'indice ITP per macrostruttura e caricamento su rete intranet aziendale	1			100%
Monitoraggio tempi di pagamento	Monitoraggio tempi di gestione del ciclo passivo per macrostruttura	1		100%	
Monitoraggio trimestrale per DSS dei costi per beni sanitari con scostamento e dei costi della farmaceutica convenzionata per ATC	Report trimestrale con relazione da inviare ai Direttori DSS e al Controllo di Gestione	1			100%
Obblighi informativi	Redazione Relazione trimestrale delle attività svolte, con indicazione degli scostamenti rispetto all'anno precedente	1		100%	
Organizzazione di almeno 2 audit (clinici e/o organizzativi) con la partecipazione del personale della Dirigenza e del Comparto	Realizzazione degli audit	133	98%		2%
Organizzazione di almeno 2 momenti formativi per il personale su problematiche di competenza per la Dirigenza e il Comparto	Realizzazione dell'evento	2			100%
Organizzazione di giornate di formazione in tema di anticorruzione, trasparenza e comportamento aziendale	Organizzazione evento	1			100%
Organizzazione di incontri di formazione estesi ai Medici di Medicina Generale su tematiche di competenza	Numero incontri	1			100%
Organizzazione di incontri trimestrali con le singole UU.OO. Sull'andamento della spesa per beni sanitari	Verbale incontri	9			100%
Organizzazione di incontri trimestrali con le singole UUOO sull'andamento della spesa per beni sanitari	Verbale incontri	5			100%

Obiettivo	Indicatore	Num. U.O.	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
Organizzazione di una giornata di studio sulle metodiche di genetica medica applicate alla diagnostica	Incontro rivolto ad operatori e pazienti con malattie rare	1		100%	
Organizzazione eventi aziendali	Produzione documentazione	1			100%
Organizzazione incontri multidisciplinari sovra-aziendali per gestanti con malformazioni fetali cardiache ed extra-cardiache	Numero di sedute di counselling	1			100%
Partecipazione a incontri multidisciplinari sovra-aziendali per gestanti con malformazioni fetali cardiache ed extra-cardiache	Partecipazione a sedute di counselling	2			100%
Partecipazione ai programmi di Formazione per i futuri medici di Medicina Generale.	Relazione	1			100%
Partecipazione del 50% degli operatori a ciascun momento formativo organizzato dalla Direzione DDP	Partecipazione all'evento	2			100%
Percorso Attuativo Certificabilità	Revisione del manuale delle procedure amministrativo contabili	1			100%
Piano Aziendale per la prevenzione e repressione della corruzione	Aggiornamento e pubblicazione del documento e delle misure organizzative	1			100%
Piano di Riordino della Rete di Emergenza-Urgenza (DGR 1933/2016)	Applicazione	1			100%
Potenziamento attività di controllo	Controllo condizioni igieniche degli edifici ad uso scolastico e ricreativo /asili nido - micronido - scuole dell'infanzia - scuola primaria di 1° grado - triennale (2° anno)	3			100%
Potenziamento attività di controllo della sicurezza alimentare	caseifici riconosciuti e registrati controllati / totalità caseifici riconosciuti e registrati	3			100%
Potenziamento attività di controllo della sicurezza alimentare	centri imballaggio uova controllati semestralmente / totalità centri di imballaggio	6			100%
Potenziamento attività di controllo. Verifica adempimenti LR n.9/2017 inerente la nuova disciplina dell'accreditamento istituzionale	strutture sanitarie accreditate verificate / totale strutture sanitarie accreditate	3			100%
Potenziamento attività di controllo. Verifica adempimenti LR n.9/2017 inerente la nuova disciplina dell'accreditamento istituzionale	strutture socio-sanitarie accreditate verificate / totale strutture socio-sanitarie accreditate	3			100%
Potenziamento controlli ufficiali sulle strutture di cure veterinarie	ambulatori e cliniche veterinarie controllate / tot. ambulatori e cliniche veterinarie autorizzate	3			100%
Potenziamento del controllo ufficiale sui mangimifici e determinazione del profilo di rischio dello stabilimento	mangimifici controllati / totale mangimifici	3		33%	67%
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%	
Potenziamento delle azioni relative al contrasto della corruzione ed al rispetto della trasparenza amministrativa	Implementazione delle misure preventive mirate alla riduzione del rischio corruzione, per le attività specifiche di U.O.C. come previsto dal PTPRC vigente	18		17%	83%
Potenziamento delle azioni relative al contrasto della corruzione ed al rispetto della trasparenza amministrativa	Presentazione proposta di aggiornamento delle misure preventive mirate alla riduzione del rischio corruzione, per le attività specifiche di U.O.C. come previsto	1			100%

Obiettivo	Indicatore	Num. U.O.	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
	dall'Allegato B del PTPRC aziendale vigente, entro il 19 gennaio 2018				
Potenziamento screening oncologici	Estensione: % donne invitate allo screening cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25-64 aa)	1			100%
Potenziamento screening oncologici	Estensione: % donne invitate allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (50-69 aa)	1		100%	
Potenziamento screening oncologico	Esecuzione Screening mammografico secondo programma del Dipartimento di Prevenzione	4		100%	
Potenziamento screening oncologico (solo per P.O. Molfetta)	Esecuzione Screening mammografico secondo programma del Dipartimento di Prevenzione	1		100%	
Predisposizione di un piano mirato per la sicurezza nelle aree portuali nell'ambito del progetto BRIC con l'Istituto Superiore "Sant'Anna" di Pisa	Adozione del piano mirato alla sicurezza delle aree portuali	3			100%
Predisposizione di una procedura per la gestione dei software ricevuti in donazione o in comodato d'uso	Redazione della procedura	1	100%		
Predisposizione Obiettivi di budget per ciascuna struttura complessa e/o centro di responsabilità	Elaborazione schede Obiettivi 2019	1			100%
Prevenzione della patologia muscoloscheletrica	Istituzione e avvio di un Gruppo di lavoro per l'analisi del rischio MSK nella ASL BA	1			100%
Prevenzione della patologia muscoloscheletrica	Istituzione e avvio di un Gruppo di lavoro per l'analisi del rischio MSK nella ASL BA	9			100%
Prevenzione delle patologie muscoloscheletriche negli operatori sanitari	Istituzione e avvio di un Gruppo di lavoro per l'analisi del rischio MSK nella ASL BA	1			100%
Prevenzione e promozione del Benessere psicologico	Incontri di Informazione/Coinvolgimento territorio (es.Scuole, Enti etc) su tematiche riguardanti la Salute Mentale con particolare riferimento a problematiche di disagio giovanile	1			100%
Prevenzione malattie suscettibili di vaccinazione	Chiamata attiva per IPV (quinta dose) coorte di nascita 2000	3			100%
Prevenzione rischi individuali	Indizione Gara per la fornitura di tutti i Dispositivi di protezione individuale e collettiva	3			100%
Procedura Acquisto Arredi Sanitari	Indizione gara	1			100%
Procedura Acquisto Ventilatori	Aggiudicazione gara	1		100%	
Produzione scientifica	Articoli scientifici e/o pubblicazioni	1			100%
Progettazione e realizzazione di un evento formativo sul contrasto alla corruzione e sul rispetto della trasparenza amministrativa, a favore di tutto il personale della Dirigenza e del Comparto	personale della Dirigenza e del Comparto formato / totale personale della Dirigenza e del Comparto	1			100%
Progetti per l'Informatizzazione/Comunicazione mediante utilizzo Fondi Finalizzati (FESR, POR ecc.)	Predisposizione Capitolati/Progetti	1			100%
Progetto Autismo	Monitoraggio dell'attività assistenziale erogata dalla Struttura Riabilitativa	1			100%

Obiettivo	Indicatore	Num. U.O.	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
	Convenzionata "S. Agostino" relativa al 100% dei pazienti inviati				
Progetto Autismo	Relazione al Direttore Sanitario sul monitoraggio dell'attività assistenziale erogata dalla Struttura Riabilitativa Convenzionata "S. Agostino" ai pazienti inviati dalla NPIA	1			100%
Progetto di Informatizzazione dell'S.P.P.	Acquisizione e attivazione del software di gestione entro il 2018	2		50%	50%
Progetto di informazione/formazione sull'epilessia con le scuole medie e superiori	Proposta di progetto "Epilessia nella scuola" per convenzione con Provveditorato agli Studi	1	100%		
Progetto MAPO	Avvio formazione su PP.OO. Murgia e Putignano Completamento formazione e applicazione sugli altri PP.OO. (tranne Triggiano e Terlizzi)	1		100%	
Progetto Regionale "Screening molecolare prenatale non invasivo: validazione clinica e modelli di implementazione"	Rispetto fase II del cronoprogramma	1			100%
Programma Aziendale per la Trasparenza e relativo Albero	Aggiornamento e pubblicazione del documento e delle misure organizzative	1			100%
Promozione della Salute	Campagna di comunicazione per la diffusione degli screening oncologici (cervice, mammella e colon)	1			100%
Promozione della sicurezza nutrizionale al fine di ridurre i disordini di carenza iodica	Controlli mirati al rilevamento della presenza di sale iodato presso i punti vendita	3			100%
Promozione della sicurezza nutrizionale al fine di ridurre i disordini di carenza iodica	Controlli mirati al rilevamento della presenza di sale iodato presso la ristorazione collettiva	3		33%	67%
Proporzione di neonati sottoposti a screening audiologico neonatale	N° di neonati sottoposti a screening audiologico neonatale/N° tot. Di bambini nati vivi	5			100%
PRP 2014 - 2018 Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: piani mirati di Vigilanza sugli obblighi aziendali per la valutazione dei rischi e l'adozione delle misure di prevenzione in agricoltura	Numero di aziende agricole o zootecniche con dipendenti vigilate nell'anno	1		100%	
PRP 2014 - 2018 Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: piani mirati di Vigilanza sugli obblighi aziendali per la valutazione dei rischi e l'adozione delle misure di prevenzione in edilizia	Percentuale di cantieri ispezionati sul territorio aziendale/Tot. Cantieri notificati sul territorio aziendale nell'anno precedente	1			100%
PRP 2014 - 2018 Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro:effettare piani Mirati di Vigilanza sugli obblighi aziendali per la valutazione dei rischi e l'adozione delle misure di prevenzione in agricoltura	Numero di aziende agricole o zootecniche con dipendenti vigilate nell'anno	1			100%
PRP 2014 - 2018 Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro:effettare piani Mirati di Vigilanza sugli obblighi aziendali per la valutazione dei rischi e l'adozione delle misure di prevenzione in edilizia	Percentuale di cantieri ispezionati sul territorio aziendale/Tot. Cantieri notificati sul territorio aziendale nell'anno precedente	1			100%

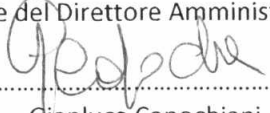

Obiettivo	Indicatore	Num. U.O.	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
PRP 2014 - 2018 Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: monitoraggio del rispetto delle condizioni di sicurezza nelle aziende - piano cancerogeni	Numero di aziende verificate sul rischio cancerogeni	1			100%
PRP 2014 - 2018 Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: monitoraggio del rispetto delle condizioni di sicurezza nelle aziende - piano cancerogeni	Numero di aziende verificate sul rischio cancerogeni	1			100%
PRP 2014-2018 Salute e sicurezza luoghi di lavoro: piani mirati di Vigilanza su obblighi aziendali per valutaz. dei rischi e adozione delle misure prevent. In edilizia	Percentuale di cantieri ispezionati sul territorio aziendale/Tot. Cantieri notificati sul territorio aziendale nell'anno precedente	1			100%
PRP 2014-2018 Salute e sicurezza luoghi di lavoro: piani mirati di Vigilanza sugli obblighi aziendali per valutaz. rischi e l'adozione misure prevent. in agricoltura	Numero di aziende agricole o zootecniche con dipendenti vigilate nell'anno	1			100%
PRP 2014-2018 Salute e sicurezza luoghi di lavoro: monitoraggio del rispetto delle condizioni di sicurezza nelle aziende - piano cancerogeni	Numero di aziende verificate sul rischio cancerogeni	1			100%
Punti di ascolto DCA a cura dell'Associazione familiari ed utenti DCA	Sostegno a punto di ascolto attivato da associazione. Avvio nuovo solo dopo disponibilità ed assegnazione di finanziamento dedicato	1			100%
Raggiungimento standard adeguati di formazione nell'ambito della sicurezza alimentare	% del Personale addetto al C.U. formato entro l'anno nei percorsi formativi 1 e 2 previsti al capitolo 2 dello Standard di Funzionamento dell'Intesa Stato-Regioni del 07.02.13	9		11%	89%
Razionalizzazione e concentrazione lavorazione Emocomponenti	Realizzazione Centro lavorazione emocomponenti	4		100%	
Realizzazione nuovo Ospedale Monopoli-Fasano	Ricerca residui bellici ed espianto ulivi Cantierizzazione lavori	1	100%		
Redazione D.V.R., Documento di Valutazione dei Rischi Incendio, Redazione Piano di Emergenza nei Dipartimenti Territoriali	N. Edizioni per documento per sede/Struttura	1			100%
Redazione D.V.R., Documento di Valutazione dei Rischi Incendio, Redazione Piano di Emergenza nei Distretti	N. Edizioni per documento per sede/Struttura	1		100%	
Regolamentazione aziendale in tema di codice di comportamento aziendale	Almeno 2 documenti per le Aree e basso/medio/alto rischio	1		100%	
Regolamentazione aziendale in tema di prevenzione e repressione della corruzione	Almeno 2 documenti per le Aree e basso/medio/alto rischio	1		100%	
Regolamentazione aziendale in tema di trasparenza	Almeno 2 documenti per le Aree e basso/medio/alto rischio	1		100%	
Revisione e Miglioramento delle Procedure per l'inserimento dei pazienti autori di reato nelle CRAP dedicate	Revisione documento	9			100%
Revisione e Miglioramento delle Procedure per l'inserimento dei pazienti nelle strutture riabilitative	Revisione del documento	7			100%
Revisione sistematica delle procedure amministrative	Regolamento per la definizione dei compensi degli avvocati interni	1		100%	

Obiettivo	Indicatore	Num. U.O.	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
Riabilitazione ex art 26 (Strutture private)	Verifica correttezza procedure autorizzative - Aderenza al piano riabilitativo	1			100%
Riabilitazione ex art.25 L 833/1978: appropriatezza prescrittiva	N° prescrizione/Tot prescrizioni	1			100%
Ricognizione del contenzioso aziendale al fine di una corretta valutazione del fondo rischi aziendale e fondo gestione diretta e gestione liquidatoria	Report trimestrale per CE infra annuali	1			100%
Ricognizione delle liquidazioni arretrate per parcelle avvocati e per atti giudiziari	Report annuale	1		100%	
Ricognizione fitti attivi e Regolarizzazione fascicoli immobili da reddito in proprietà e comodato d'uso	Completamento attività	1		100%	
Riconciliazione crediti/debiti con i Comuni	Riconciliazione partite creditorie e debitorie con i Comuni, eventuale definizione delle pendenze, stralcio e/o quantificazione del fondo svalutazione crediti	1			100%
Ricostituzione anagrafica aziendale Beni Economici	Relazione	1			100%
Riduzione costi	costi utilizzo mezzo proprio 2018 / costi utilizzo mezzo proprio 2017	13	8%	38%	54%
Riduzione degli importi da liquidare arretrati	Quantum richiesto/Quantum pagato	1		100%	
Riduzione del consumo di emazie	Elaborazione di un Protocollo condiviso con le U.O. Cliniche sull'utilizzo delle unità di sangue da sottoporre al COBUS	4	100%		
Riduzione del consumo di emoderivati	Elaborazione di un Protocollo condiviso con le U.O. Cliniche sull'utilizzo del Plasma da sottoporre al COBUS	4	100%		
Riduzione del ricorso al Parto Cesareo	% parti cesarei rispetto al totale dei parti	5		40%	60%
Riduzione tempi di attesa per visite di genetica medica programmabili	Dimezzamento dei tempi di attesa per visita ambulatoriale	1			100%
Rilevazione gradimento dell'utenza	n° questionari per la rilevazione della qualità percepita somministrati all'utenza	18		17%	83%
Rilevazione, correzione e validazione ed invio dei flussi ministeriali di competenza UOSE nel rispetto delle scadenze (Modelli NSIS)	Relazione	1			100%
Rilevazione, correzione, validazione ed invio dei flussi regionali di competenza UOSE nel rispetto delle scadenze (CEDAP, ISTAT D.11, ISTAT D.12, ISTAT D.14)	Attestazione trimestrale di adempimento agli obblighi informativi	1			100%
Riorganizzazione percorso Nascita	Completamento procedure interne attuative del Protocollo Operativo di cui alla DGR N. 1933/2016	1			100%
Riorganizzazione percorso Nascita	Rispetto Cronoprogramma di cui alla DGR n. 2198/2016	1			100%
Rispetto del vincolo di budget per prestazioni aggiuntive	Spesa Sostenuta /Budget Assegnato	2			100%
Rispetto delle scadenze per l'invio informatico dei flussi ministeriali di competenza UOSE Art 50 lex della	Atti	1			100%

Obiettivo	Indicatore	Num. U.O.	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
legge 326/2003					
Sanità digitale	Protocollo per la gestione della Cartella Clinica informatizzata nel rispetto della Legge sulla Privacy	1			100%
Sanità Digitale - Efficienza organizzativa	Utilizzo cartella clinica informatizzata	8		13%	88%
Screening prevenzione carcinoma cervice uterina	Avvio diagnostica molecolare per HPV	1	100%		
Semplificazione e standardizzazione delle indagini propedeutiche agli esami di II livello con mdc	Elaborazione del Protocollo condiviso con altre UU.OO.	6		100%	
Semplificazione e standardizzazione delle indagini propedeutiche agli esami di II livello con mdc e radiofarmaci	Elaborazione del Protocollo condiviso con altre UU.OO.	1		100%	
Sensibilizzazione allo screening infettivologico	Pazienti non ancora sottoposti a screening periodico vengono indirizzati ai servizi di Patologia Clinica	3		67%	33%
Sensibilizzazione verso stakeholder esterni alle tematiche dell'Anticorruzione e Trasparenza	Verbale incontri	1		100%	
Sicurezza degli operatori rispetto all'aggressività e alla violenza degli utenti	Relazione trimestrale del Direttore OUC in riferimento agli eventi sentinella dell'aggressività	2			100%
Sorveglianza BSE dei Bovini di età 48 mesi morti in allevamento	prelievi obex/sul totale prelevabile	3			100%
Spending review	Costo annuo per acquisto Servizi	1			100%
Spending review	Riorganizzazione Servizi di Telefonia	1			100%
Supporto ad AGRF esecuzione titoli gestione liquidatoria	Trasmissione trimestrale all'AGRF Fondo Rischi vertenze giudiziarie gestione liquidatoria	1			100%
Supporto all'OIV per la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget annuale (Relazione del Presidente del Nucleo di Valutazione)	Partecipazione agli incontri e supporto operativo	1			100%
Svil. ed implement. di sist. informativo per monitoraggio aspetti qualitativi controlli effettuati sul territorio, coerente con il sist. di monitoraggio performance aziendale	Adozione del sistema informativo dedicato alla qualità delle prestazioni di controllo rese sul territorio	1			100%
Sviluppo competenze	Organizzazione e realizzazione di un corso abilitante alla vendita di prodotti fitosanitari	3			100%
Sviluppo competenze	Organizzazione e realizzazione di un corso per ristoratori ed albergatori, in materia di celiachia ed alimentazione senza glutine	3			100%
Sviluppo cultura benchmarking	Redazione Relazione sanitaria anno 2017 entro il 15 Aprile 2018	1		100%	
Technology assessment	Analisi costo/efficacia su devices ad alto costo	1		100%	
Tempestiva compilazione e chiusura delle schede AIFA a fine trattamento	Numero di schede relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	1	100%		
Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	Alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	15		100%	
Tempestività del pagamento delle	Liquidazione e trasmissione all'AGRF dei	1			100%

Obiettivo	Indicatore	Num. U.O.	Non valutabile	Non Raggiunto	Raggiunto
fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	provvedimenti di liquidazione				
Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	Num. Giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	28		57%	43%
Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	Trasmissione bolle caricate in Euis alla Direzione Amministrativa nei modi e tempi utili all'alimentazione software WCP	5	20%		80%
Tempestività nella registrazione degli scarichi di beni sanitari	Registrazione scarichi entro un mese dalle chiusure trimestrali	1			100%
Tempestività nella registrazione degli scarichi di beni sanitari alle UU.OO.	Registrazione scarichi entro un mese dalle chiusure trimestrali	5		40%	60%
Terapia del dolore cronico oncologico e non oncologico	N. pazienti trattati in ambulatorio di terapia del dolore	3		33%	67%
Trattamento non invasivo delle gravi insufficienze respiratorie	Numero di ricoveri in UTI per gravi insufficienze respiratorie	3		33%	67%
Utilizzo del Sistema Informatico per la Registrazione diretta dei pazienti esenti ticket nelle UU.OO.	Percentuale pazienti esenti registrati	114		1%	99%
Utilizzo del Sistema Informatico per la Registrazione diretta dei pazienti esenti ticket nelle UU.OO.	Report trimestrale sul Monitoraggio sull'uso sistematico della Registrazione diretta dei pazienti esenti ticket nelle UU.OO.	7		14%	86%
Utilizzo Fondi Anti-incendio FSC	Cantierizzazione presso PP.OO. "San Paolo", "Di Venere" e Putignano	1		100%	
Utilizzo Fondi FESR 2014-2020	Predisposizione capitolati tecnici dopo la sottoscrizione dei relativi disciplinari con la Regione Puglia	1			100%
Utilizzo Fondi FESR 2014-2020	Raggiungimento del target degli Obiettivi Regionali	1			100%
Valutazione della qualità percepita ai sensi della DGR 300/2016	Analisi dei questionari compilati nei PP.OO. E nei Distretti	1		100%	
Valutazione dosimetri individuali	Relazione sullo scostamento dosi rilevate e dosimetri restituiti e non restituiti da inviare alle DPO	1	100%		
Valutazione e predisposizione con monitoraggio di PTR residenziali riabilitativi DCA di competenza ASL BA (compreso proroghe)	Relazione specialistica finale su PTR residenziali/utenti 2017 e confronto aa precedenti	1			100%
Valutazioni medico legali per responsabilità professionali su richieste SBL	N. pareri redatti entro 90 giorni sul totale	1			100%
Verifica congruità protocollo Regionale IMA-SCA in Strutture Private e EEMiulli	verbale di congruità	1			100%
Verifica di prestazioni ambulatoriali in Day Service SDA in IRCSS Maugeri + EEMiulli	numero SDA verificate/numero SDA pervenute	1			100%
Verifica di prestazioni ambulatoriali in Day Service SDA in Strutture Osped. Private	numero SDA verificate/numero SDA pervenute	1			100%
Verifica di prestazioni ambulatoriali in Day Service SDA in Strutture Pubbliche a gestione diretta	numero SDA verificate/numero SDA pervenute	1			100%



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

Il Segretario


IL DIRETTORE GENERALE

 Antonio Sanguedolce

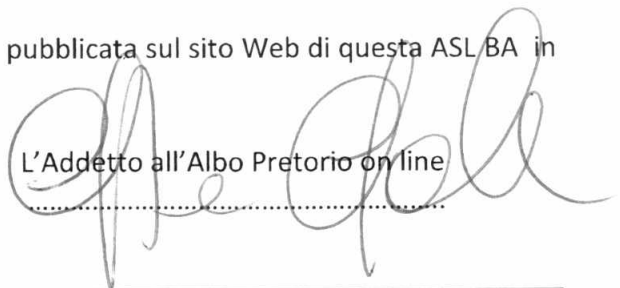
Area Gestione Risorse Finanziarie Esercizio 2020	
La spesa relativa al presente provvedimento è stata registrata sui seguenti conti:	
Conto economico n. _____	per € _____
Conto economico n. _____	per € _____
Conto economico n. _____	per € _____
..... (rigo da utilizzare per indicare finanziamenti a destinazione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

SERVIZIO ALBO PRETORIO

Pubblicazione n. **0076**

Si attesta che la presente deliberazione è stata pubblicata sul sito Web di questa ASL BA in data **25 GIU. 2020**

Bari: **25 GIU. 2020**


 L'Addetto all'Albo Pretorio on line

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