REGIONE PUGLIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

PIANO INTEGRATO di ATTIVITA' e ORGANIZZAZIONE

Anni 2025-2027

Sommario

PREMESSA **5**

SEZIONE I – SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE **6**

1 CHI SIAMO 6

2 COSA FACCIAMO 6

3 COME OPERIAMO 7

4 L'ASL BARI "IN CIFRE" 7

4.1 Territorio e popolazione 7
4.2 Assistenza Ospedaliera 8
4.3 Assistenza Distrettuale 10
4.4 Prevenzione 13
4.5 Dipendenze Patologiche 15
4.6 Salute Mentale 15

SEZIONE II – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE **17**

1 VALORE PUBBLICO 17

1.1 Mandato istituzionale e missione 17
1.2 Analisi del contesto esterno 18
1.3 Analisi del contesto interno 20
1.3.1 Programmazione degli investimenti per il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.) *20*
1.3.2 La gestione del patrimonio immobiliare della ASL BA *21*
1.3.3 Il nuovo Ospedale del Sud-Est Barese *23*
1.4 Analisi S.W.O.T. 25
1.5 Accessibilità digitale/Procedure da semplificare e re-ingegnerizzare 26
1.6 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio 2025 27
1.7 La gestione provvisoria dell'Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII" di Bari 27

2 PERFORMANCE 29

2.1 Albero della performance 29
2.2 Dagli obiettivi strategici pluriennali agli obiettivi operativi annuali 57
2.4 Allegati tecnici 60

3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA 65

PREMESSA 65

PARTE I IL PROCESSO DI ELABORAZIONE DELLA SEZIONE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA 66

1. Rilievo anticorruzione del modello organizzativo dipartimentale 66
2. Il processo di elaborazione della sezione anticorruzione e trasparenza: soggetti interni ed esterni, ruoli e responsabilità 66
3. Valutazione di impatto del contesto esterno ed interno 69

3.1 Contesto esterno ... 69
a. Principali stakeholder di riferimento in tema di integrità ... 69
b. Contesto criminale ... 70
c. Nuovo Codice degli Appalti (D.Lgs 36/2023) ... 70
d. Rapporti con gli operatori del privato accreditato: ... 71
e. Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) – Missione 6 ... 71
3.2 Contesto interno ... 72
a. Rilevazione interna all'ente ... 72
b. La mappatura dei processi ... 82
c. Corruzione in materia di appalti ... 83
3.3. Valutazione di impatto di interno ed esterno ... 84

PARTE II LE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE ... 86

1. Valutazione dei rischi ... 86
1.1 Identificazione dei rischi ... 87
1.2 Analisi e ponderazione dei rischi ... 87
1.3 Trattamento del rischio ... 88
a. Codice di comportamento dei dipendenti ASL BA ... 88
b. Disciplina del conflitto di interessi: obblighi di comunicazione e di astensione– Distinzione tra mal-administration e conflitto di interessi ... 88
c. Inconferibilità di incarichi dirigenziali ed incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali; formazione di commissioni di gara e concorso ed assegnazione agli uffici, in caso di condanna penale per reati contro la pubblica amministrazione ... 92
d. Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage) ... 94
e. Autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali ... 95
f. Rotazione del personale ... 96
g. Tutela del whistleblower ... 98
h. Formazione sui temi dell'integrità e della trasparenza ... 99
i. PNRR – attuazione Missione 6 "Salute" ... 100
j. Ulteriori misure trasversali: rapporti con società controllate e partecipate ... 101
k. La formazione ... 103
l. Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio ... 104
2 Risultati monitoraggio misure ... 105
3 Una prospettiva futura. PNRR e altri programmi. Digitalizzazione e *Artificial Intelligence* (AI). ... 105

PARTE III PROGRAMMAZIONE DELL'ATTUAZIONE DELLA TRASPARENZA E IL MONITORAGGIO DELLE MISURE ORGANIZZATIVE PER GARANTIRE L'ACCESSO CIVICO SEMPLICE E GENERALIZZATO, AI SENSI DEL D.LGS 33/2013 ... 108

Premessa ... 108
1. Definizione del riparto di competenze per la elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati ed individuazione dei responsabili ... 109
2. Modalità di elaborazione, trasmissione e pubblicazione di dati, informazioni e documenti nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web dell'Azienda ... 109
3. Modalità di controllo e monitoraggio del corretto adempimento degli obblighi di pubblicità ... 110
4. Accesso civico e Registro degli accessi ... 111

PARTE IV VALUTAZIONE DEGLI STRUMENTI DI BILANCIAMENTO TRA PRIVACY E TRASPARENZA ... 112

PARTE V GLI OBIETTIVI STRATEGICI DELL'ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA ... 115

SEZIONE III – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO ... 118

1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA ... 118

2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE 119
2.1 Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile in ASL Bari 119
2.2 Condizionalità e fattori abilitanti 123
a. Misure Organizzative, soggetti, processi e strumenti del lavoro agile 123
b. Destinatari, autorizzazione, accordo, monitoraggio 124
c. Piattaforme tecnologiche 125
2.3 Obiettivi 126
3 RISORSE UMANE NEL TRIENNIO 2022-2024 128
4 LA FORMAZIONE DEL PERSONALE 130
5 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE 134
6 PIANO DELLE AZIONI POSITIVE 139
6.1 Finalità e obiettivi generali del Piano 140
6.2 Pari opportunità 142
6.3 Valorizzazione del benessere 144
6.4 Il contrasto alle discriminazioni 145
6.5 Un Piano d'azione per lo sviluppo delle pari opportunità nel ciclo della performance 156
6.6 Un Piano d'azione per il Benessere Organizzativo 157
6.7 Raggiungimento degli obiettivi e risorse necessarie 158
6.8 Tempi di attuazione 158
6.9 Monitoraggio e aggiornamento 158
6.10 Conclusioni 159
SEZIONE IV – MONITORAGGIO 160
ALLEGATI 161
1. Tabella misure anticorruzione 161
2. Tabella obblighi di pubblicazione 161

Premessa

Tra le misure che concorrono all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), e con il dichiarato fine di rafforzare la capacità funzionale della pubblica amministrazione, l'articolo 6 del D.L. 9 giugno 2021 n.80 ha previsto che le pubbliche amministrazioni con più di 50 dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno il Piano Integrato di attività e organizzazione (P.I.A.O.).

Previsto come obbligatorio per la maggior parte delle pubbliche amministrazioni, il PIAO è chiamato a definire, su base triennale e con aggiornamento annuale a scorrimento, i principali assetti programmatori dell'azione amministrativa, apparentemente con la sola esclusione dei profili di carattere squisitamente economico.

Il Piano ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni. Con il D.P.R. 24 giugno 2022, n.81 (GU Serie Generale n.151 del 30-06-2022), infatti, sono stati individuati gli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione.

Si tratta, in particolare:

a. degli obiettivi programmatici e strategici della performance, sostituendosi al **Piano della Performance** (art. 10, d. lgs. 150/2009);
b. della strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante ricorso al lavoro agile, sostituendosi al **Piano Organizzativo del Lavoro Agile** (POLA, art, 263, d. l. 34/2020);
c. degli strumenti ed obiettivi del reclutamento di nuove risorse e valorizzazione delle risorse interne, sostituendosi al **Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale** (PTFP, art. 6, d. lgs. 165/2001);
d. degli strumenti e fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione, sostituendosi al **Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza** (PTPCT, art. 1, l. 190/2012).

A questi contenuti, si aggiungono:

- elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;
- modalità e azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- modalità e azioni finalizzate al pieno rispetto della **parità di genere**, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

Infine con il decreto 30 giugno 2022, n. 132 (GU Serie Generale n.209 del 07-09-2022) è stato definito il contenuto del Piano, ivi incluse le modalità semplificate previste per le amministrazioni con meno di 50 dipendenti.

Sezione I – SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

1 Chi siamo

L'Azienda Sanitaria Locale di Bari è stata istituita con Legge regionale n. 39 del 28/12/2006 ed è nata dalla fusione delle quattro preesistenti Aziende Unità Sanitarie Locali della ex Provincia di Bari (BA/2, BA/3, BA/4 e BA/5).

L'Azienda Sanitaria Locale di Bari ha sede legale in Bari, Lungomare Starita 6, ed è costituita con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale, ai sensi e per effetto di quanto previsto all'art. 3, comma 1-bis del D. L. vo 502/1992 e s.m.i..

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

L'indirizzo del sito internet istituzionale dell'ASL Bari è *www.sanita.puglia.it/web/asl-bari.*

Il logo aziendale, adottato con D.D.G.n.960 del 03/06/2021, in applicazione delle linee guida regionali del Progetto Regionale "Hospitality", di cui alle DD.R.G. n. 2261 del 21.12.2017 e n. 671 del 9.04.2019, è quello di seguito raffigurato:

ASL Bari
PugliaSalute

2 Cosa facciamo

L'Azienda svolge le funzioni ad essa assegnate dalla legge come organo del Servizio Sanitario Regionale, perseguendo la promozione e la tutela della salute dell'individuo e della collettività.

L'Azienda ha la *mission* di promuovere la salute agendo sulle comunità locali per ridurre i fattori di rischio ed i comportamenti dannosi e curare le persone ammalate fornendo, in maniera integrata, le prestazioni sanitarie di più elevata qualità possibile, con l'uso efficiente ed appropriato delle risorse disponibili, ponendo il cittadino al centro della propria azione. I Livelli Essenziali di Assistenza vengono assicurati garantendo agli operatori un ambiente lavorativo in cui sono ridotti al minimo i rischi e sono valorizzati l'impegno e le competenze, anche mediante congrui percorsi formativi.

La *Vision* aziendale persegue l'eccellenza clinica ed assistenziale, la centralità dell'utente durante la definizione e nell'attuazione di percorsi e protocolli assistenziali, la partecipazione dei cittadini alle fasi di programmazione delle attività e di valutazione dei servizi erogati, la partecipazione e lo sviluppo delle risorse umane favorendo il confronto interdisciplinare e interprofessionale, lo sviluppo dell'innovazione e la diffusione della cultura del cambiamento, la revisione sistematica della qualità dei servizi, l'integrazione tra l'assistenza ospedaliera ed l'assistenza territoriale.

3 Come operiamo

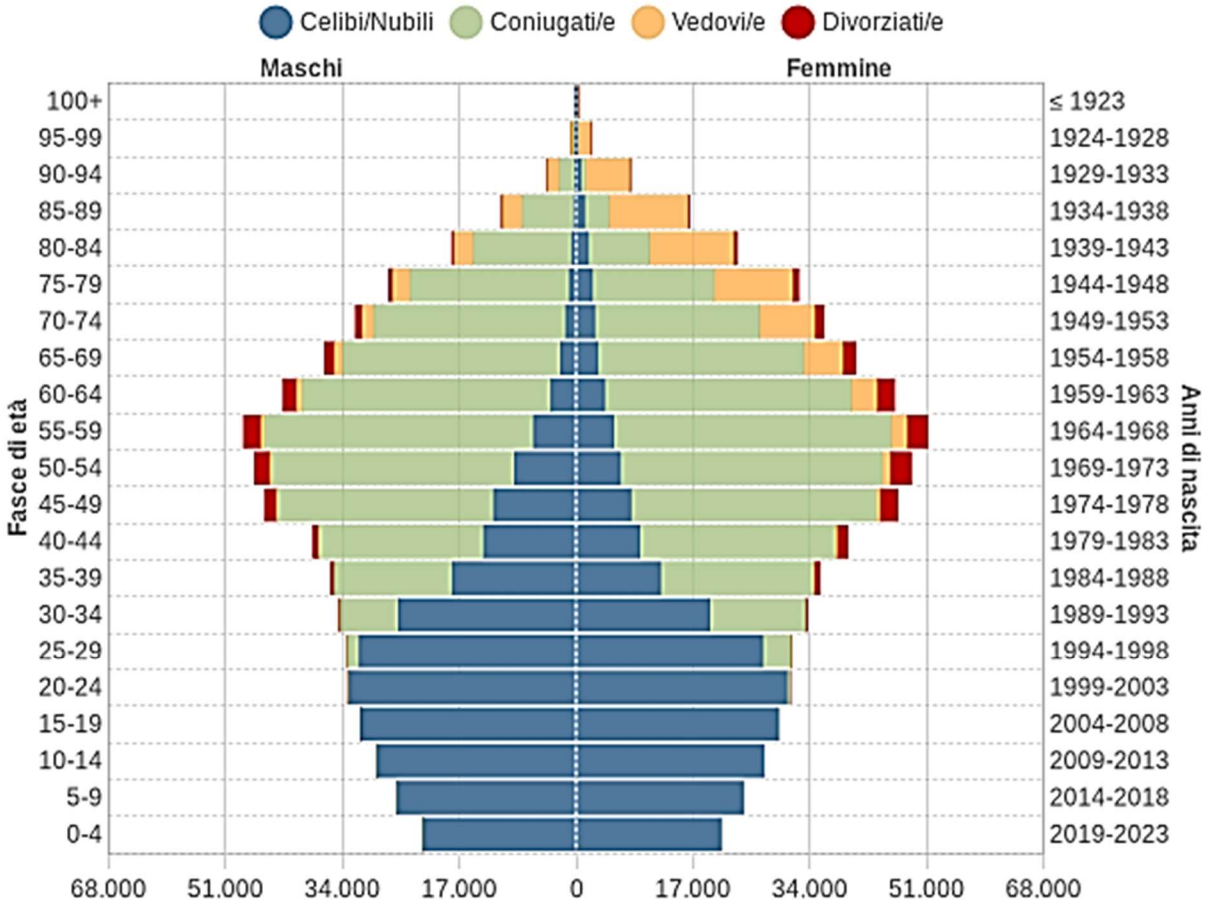
L'Azienda, per la realizzazione della propria *mission*, assume quali principi guida il rispetto della persona e la centralità del cittadino, l'equità, la trasparenza e l'etica professionale, la tutela della privacy, la qualità clinico-professionale e la gestione del rischio individuale e collettivo, l'appropriatezza e l'adozione di strumenti che favoriscano la valutazione dei servizi e la partecipazione alle scelte assistenziali da parte dei cittadini, la sostenibilità economica e finanziaria, l'efficienza e la qualità dei servizi, l'innovazione tecnologica ed organizzativa.

4 L'ASL Bari "in cifre"

4.1 Territorio e popolazione

La ASL Bari opera su un territorio di 3.865,14 Km^2, coincidente con la provincia di Bari, oggi Città Metropolitana di Bari, su cui risiedono complessivamente n.1.221.782 abitanti, con una densità pari a n.316,1 abitanti per Km^2, distribuiti in 41 comuni a loro volta suddivisi in n.12 Distretti Socio Sanitari. La distribuzione della popolazione per fasce di età, al 01/01/2024 è la seguente (Fonte: ISTAT):

Fascia d'età	Maschi	Femmine	Totale
0	4.215	4.120	8.335
1 - 4	17.957	16.862	34.819
5 - 14	54.871	51.600	106.471
15 - 44	206.661	201.162	407.823
45 - 64	182.542	192.672	375.214
65 - 74	68.662	76.552	145.214
+ di 74	61.146	82.760	143.906
Totale	**596.054**	**625.728**	**1.221.782**



Popolazione per età, sesso e stato civile - 2024
CITTÀ METROPOLITANA DI BARI - Dati ISTAT 1° gennaio 2024 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

4.2 Assistenza Ospedaliera

Sono ubicati nel territorio di competenza della ASL n.7 Ospedali a gestione diretta, n.2 Plessi di Post Acuzie (P.P.A.), n.5 Case di Cura convenzionate accreditate, n.1 Ospedale Ente Ecclesiastico, Ospedale "Miulli", e n.1 IRCCS privato "Salvatore Maugeri".

I posti letto esistenti ed utilizzabili delle strutture a gestione diretta nel 2024 (ex Mod. HSP 22bis in corso di aggiornamento) sono stati pari a n.1027 così suddivisi:

Ospedali a gestione diretta	P.L. ordinari	P.L. CoVID-19	Day Hospital	Day Surgery
Ospedale (I liv.) della Murgia – Altamura	172	3	1	0
Ospedale (I liv.) San Paolo - Bari	190	0	0	0
Ospedale (Base) Don Tonino Bello - Molfetta	69	0	0	0
Ospedale (I liv.) Umberto I - Corato	64	0	2	0
Plesso di Post-Acuzie Michele Sarcone - Terlizzi	40	0	0	0
Ospedale (Base) San Giacomo - Monopoli	135	0	1	0
Ospedale (Base) Santa Maria degli Angeli - Putignano	94	0	0	0
Ospedale (I liv.) Di Venere - Bari	227	0	6	5
Plesso di Post-Acuzie Francesca Fallacara - Triggiano	18	0	0	0
Totale	**1009**	**3**	**10**	**5**

Fonte N.S.I.S.

I posti letto accreditati delle strutture convenzionate, dell'Ente Ecclesiastico "Miulli" e dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "Salvatore Maugeri" di Cassano delle Murge nel 2024, sono stati pari a n.1694 così suddivisi:

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

Fonte N.S.I.S.

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

Fonte N.S.I.S.

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

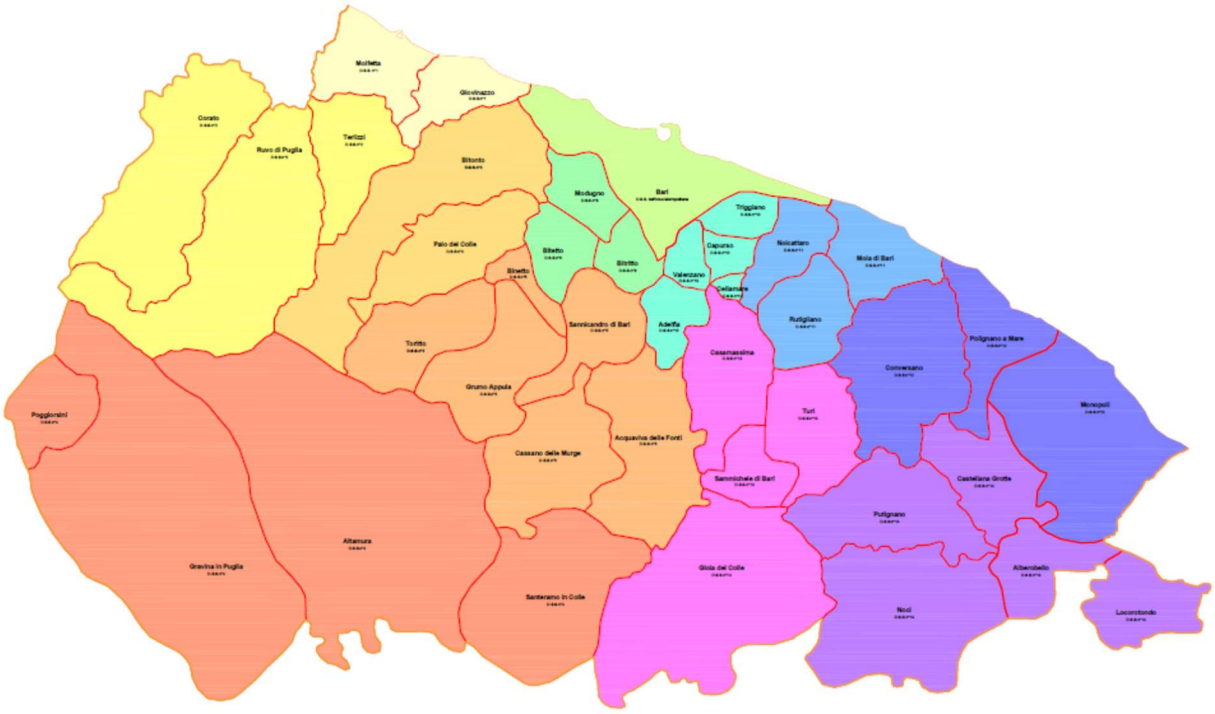
Fonte N.S.I.S.

La rete ospedaliera, pubblica e privata accreditata, garantisce la diagnosi, cura e *follow up* delle malattie in regime d'urgenza e programmato con il supporto dei reparti specialistici e di base. Vengono erogate, inoltre, prestazioni sanitarie in area medica e chirurgica in regime di Day Hospital, Day Surgery ed Ambulatoriale, compreso il Day Service.

Le diverse unità operative degli Ospedali a gestione diretta sono aggregate in una organizzazione dipartimentale che ha la finalità di realizzare l'integrazione delle competenze professionali esistenti in funzione del raggiungimento di comuni obiettivi e sulla base di risorse condivise.

4.3 Assistenza Distrettuale

L'assistenza Distrettuale dell'ASL Bari viene assicurata da n.12 Distretti Socio Sanitari nei quali si suddividono n.41 Comuni secondo la rappresentazione grafica e tabellare che di seguito si riporta.



Distretti Socio Sanitari	Comuni Afferenti
DSS 1 - Molfetta	GIOVINAZZO, MOLFETTA
DSS 2 - Ruvo	CORATO, RUVO DI PUGLIA, TERLIZZI
DSS 3 - Bitonto	BITONTO, PALO DEL COLLE
DSS 4 - Altamura	ALTAMURA, GRAVINA IN PUGLIA, POGGIORSINI, SANTERAMO IN COLLE
DSS 5 - Grumo Appula	ACQUAVIVA DELLE FONTI, BINETTO, CASSANO DELLE MURGE, GRUMO APPULA, SANNICANDRO DI BARI, TORITTO
DSS di Bari (ex DSS 6, 7 ,8)	BARI
DSS 9 - Modugno	BITETTO, BITRITTO, MODUGNO
DSS 10 - Triggiano	ADELFIA, CAPURSO, CELLAMARE, TRIGGIANO, VALENZANO
DSS 11 - Mola di Bari	MOLA DI BARI, NOICATTARO, RUTIGLIANO
DSS 12 - Conversano	CONVERSANO, MONOPOLI, POLIGNANO A MARE
DSS 13 - Gioia del Colle	CASAMASSIMA, GIOIA DEL COLLE, SAMMICHELE DI BARI, TURI
DSS 14 - Putignano	ALBEROBELLO, CASTELLANA GROTTE, LOCOROTONDO, NOCI, PUTIGNANO

La popolazione residente al 01/01/2024 per Comune dell'Area Metropolitana di Bari e per Distretto è la seguente:

	Fascia d'età =>	0		1 - 4		5 - 14		15 - 44		45 - 64		65 - 74		+ di 74		TOTALE			Totale
DISTRETTO	Nome Comune	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Totale	per DSS
DSS n.1	Giovinazzo	55	60	243	263	818	753	3.003	3.071	2.910	3.045	1.160	1.350	1.101	1.420	9.290	9.962	**19.252**	
	Molfetta	184	198	813	750	2.585	2.357	9.373	9.212	8.057	8.712	3.416	3.762	3.364	4.462	27.792	29.453	**57.245**	**76.497**
DSS n.2	Corato	169	174	738	699	2.289	2.055	8.344	8.195	7.104	7.390	2.345	2.702	2.012	2.778	23.001	23.993	**46.994**	
	Ruvo di Puglia	107	84	377	335	1.048	1.146	4.242	4.064	3.550	3.676	1.330	1.510	1.244	1.641	11.898	12.456	**24.354**	
	Terlizzi	88	84	389	396	1.166	1.103	4.696	4.494	3.933	3.970	1.526	1.598	1.145	1.454	12.943	13.099	**26.042**	**97.390**
DSS n.3	Bitonto	200	201	866	829	2.591	2.382	9.401	9.096	7.850	8.355	2.964	3.211	2.294	2.849	26.166	26.923	**53.089**	
	Palo del Colle	83	73	297	320	1.033	902	3.608	3.551	3.076	3.232	1.111	1.161	865	1.107	10.073	10.346	**20.419**	**73.508**
DSS n.4	Altamura	315	314	1.292	1.209	3.653	3.537	13.561	13.156	9.837	10.210	3.175	3.518	2.580	3.751	34.413	35.695	**70.108**	
	Gravina in Puglia	142	157	690	644	2.107	1.976	8.140	7.817	5.993	6.169	2.119	2.216	1.795	2.411	20.986	21.390	**42.376**	
	Poggiorsini	7	5	17	16	43	42	241	209	194	187	66	83	72	81	640	623	**1.263**	
	Santeramo in Colle	117	87	400	348	1.198	1.148	4.587	4.452	3.745	3.856	1.428	1.512	1.239	1.618	12.714	13.021	**25.735**	**139.482**
DSS n.5	Acquaviva delle Fonti	53	74	302	266	880	797	3.202	3.209	2.906	3.056	1.201	1.370	1.064	1.457	9.608	10.229	**19.837**	
	Binetto	11	8	31	47	117	105	392	366	311	323	113	121	88	108	1.063	1.078	**2.141**	
	Cassano delle Murge	59	48	219	218	741	648	2.613	2.540	2.335	2.364	889	915	630	871	7.486	7.604	**15.090**	
	Grumo Appula	37	44	181	164	539	506	2.268	2.017	1.870	1.831	670	670	574	741	6.139	5.973	**12.112**	
	Sannicandro di Bari	34	32	176	132	471	403	1.780	1.593	1.467	1.410	544	553	412	511	4.884	4.634	**9.518**	
	Toritto	34	27	128	115	343	355	1.421	1.389	1.142	1.229	468	470	396	492	3.932	4.077	**8.009**	**66.707**
DSS di Bari	Bari	978	969	4.277	3.959	13.024	12.419	51.381	49.186	46.984	51.519	18.177	21.150	17.286	24.903	152.107	164.105	**316.212**	**316.212**
DSS n.9	Bitetto	49	47	170	177	595	601	2.034	2.072	1.811	1.782	585	652	503	670	5.747	6.001	**11.748**	
	Bitritto	46	48	223	179	564	538	1.913	1.978	1.734	1.854	640	672	430	518	5.550	5.787	**11.337**	
	Modugno	134	110	481	484	1.778	1.631	5.835	5.928	5.473	5.679	2.033	2.415	1.858	2.313	17.592	18.560	**36.152**	**59.237**
DSS n.10	Adelfia	45	57	258	224	751	696	2.727	2.717	2.553	2.730	932	978	803	1.018	8.069	8.420	**16.489**	
	Capurso	52	59	230	207	694	688	2.421	2.517	2.326	2.430	897	967	735	948	7.355	7.816	**15.171**	
	Cellamare	33	28	122	98	292	297	1.028	1.034	945	986	263	276	177	223	2.860	2.942	**5.802**	
	Triggiano	92	106	335	383	1.146	1.068	4.178	4.248	3.976	4.229	1.505	1.701	1.214	1.661	12.446	13.396	**25.842**	
	Valenzano	59	45	250	221	747	668	2.801	2.784	2.612	2.862	998	1.146	887	1.141	8.354	8.867	**17.221**	**80.525**
DSS n.11	Mola di Bari	82	70	280	299	1.013	881	4.003	3.721	3.738	3.887	1.490	1.600	1.432	1.827	12.038	12.285	**24.323**	
	Noicattaro	106	98	435	389	1.268	1.153	4.658	4.573	3.910	4.093	1.426	1.450	1.088	1.352	12.891	13.108	**25.999**	
	Rutigliano	71	58	299	312	834	790	3.199	3.169	2.670	2.808	1.012	1.040	854	1.094	8.939	9.271	**18.210**	**68.532**
DSS n.12	Conversano	85	85	403	352	1.196	1.148	4.274	4.218	3.994	4.101	1.342	1.561	1.370	1.679	12.664	13.144	**25.808**	
	Monopoli	155	145	669	658	2.012	1.874	7.792	7.713	7.452	7.654	2.792	3.088	2.472	3.371	23.344	24.503	**47.847**	
	Polignano a Mare	49	57	273	238	763	721	2.868	2.933	2.732	2.754	996	1.097	870	1.113	8.551	8.913	**17.464**	**91.119**
DSS n.13	Casamassima	72	66	269	271	962	902	3.264	3.234	3.049	3.114	997	1.072	864	1.065	9.477	9.724	**19.201**	
	Gioia del Colle	77	71	352	348	1.168	1.047	4.297	3.986	4.005	4.186	1.581	1.799	1.538	2.048	13.018	13.485	**26.503**	
	Sammichele di Bari	18	10	74	70	226	213	908	862	888	924	344	419	435	577	2.893	3.075	**5.968**	
	Turi	38	43	187	181	568	583	2.090	2.124	2.041	2.092	746	802	658	869	6.328	6.694	**13.022**	**64.694**
DSS n.14	Alberobello	33	36	141	146	402	385	1.583	1.563	1.518	1.563	643	719	615	827	4.935	5.239	**10.174**	
	Castellana Grotte	68	74	312	270	848	835	3.278	3.269	3.005	3.110	1.093	1.275	952	1.315	9.556	10.148	**19.704**	
	Locorotondo	45	43	197	171	644	556	2.240	2.188	2.051	2.222	844	910	760	1.030	6.781	7.120	**13.901**	
	Noci	54	34	249	189	723	697	2.949	2.841	2.779	2.923	1.151	1.257	964	1.421	8.869	9.362	**18.231**	
	Putignano	79	91	312	285	1.031	994	4.068	3.873	4.016	4.155	1.650	1.784	1.506	2.025	12.662	13.207	**25.869**	**87.879**
	Totale	4.215	4.120	17.957	16.862	54.871	51.600	206.661	201.162	182.542	192.672	68.662	76.552	61.146	82.760	596.054	625.728	**1.221.782**	**1.221.782**

Fonte: ISTAT

I Livelli di Assistenza garantiti dalle strutture Distrettuali sono di seguito indicate:

Assistenza sanitaria di base: è la forma di assistenza erogata dal Medico di Base (Medico di Medicina Generale – MMG) o dal Pediatra di Base (Pediatria di libera scelta – PLS). Il cittadino può liberamente scegliere il MMG o il PLS da una lista di medici disponibile presso gli sportelli delle sedi distrettuali dell'ASL e sul sito Internet aziendale. Nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base i MMG ed i PLS propongono al Distretto l'erogazione delle cure a domicilio con l'apertura di interventi in Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) che prevede anche l'attività infermieristica.

Assistenza farmaceutica: le Farmacie Territoriali dispensano i farmaci prescritti dai MMG, dai PLS, dai Medici Specialisti Ambulatoriali e Ospedalieri.

Assistenza specialistica ambulatoriale: è erogata sia da specialisti che operano nelle sedi distrettuali sia da specialisti in ambito ospedaliero.

Assistenza residenziale e semiresidenziale: comprende una rete di Strutture Residenziali per l'assistenza ad anziani, disabili fisici, psichici e malati terminali non autosufficienti con diversa compromissione dell'autonomia personale. È prevista anche un'assistenza presso centri diurni (assistenza semiresidenziale).

Assistenza continuità assistenziale (ex Guardia Medica) è attivo nelle ore notturne (dalle 20:00 alle 08.00), nei giorni festivi (dalle 08:00 alle 20:00) e prefestivi (dalle 10:00 alle 20:00). Il Servizio di Continuità Assistenziale Pediatrica (SCAP) è attivo il sabato, la domenica, i prefestivi ed i festivi dalle 08.00 alle 20.00.

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

Per le strutture a gestione diretta

Strutt. a gest. Diretta	Tipo assistenza											
	Attività clinica	Diagnostica strument. e per immag.	Attività di laborat.	Att. Di Consult. Familiare	Assist. Psich.	Assist. per tossicodip	Vaccinazioni per emerg. pandemiche	Assist. agli anziani	Assist. Neuro Psichiatria Infantile	Assist. disabili psichici	Assit. ai malati terminali	Totale
Ambulat. Laborat.	74	34	26									**134**
Struttura residenz.le						1					2	**3**
Struttura semi resid.le					1							**1**
Altro tipo di struttura	2			38	14	16	52		1			**123**
Totale	**76**	**34**	**26**	**38**	**15**	**17**	**52**	**0**	**1**	**0**	**2**	**261**

Fonte: N.S.I.S.

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

Per le strutture convenzionate

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

Fonte: N.S.I.S.

I centri/ambulatori di riabilitazione convenzionati privati ex art.26, L.n.833/1978 sono n.5, per complessivi n.320 posti letto residenziali e n.161 posti letto semiresidenziali.

Relativamente all'Assistenza Primaria, l'Azienda opera mediante n.795 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 1.074.525 persone, e n.150 pediatri di libera scelta che assistono complessivamente una popolazione pari a 123.871 persone.

4.4 Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è una struttura dipartimentale della ASL (disciplinata dall'art. 13 della L.R. 3 agosto 2006 n. 25) dotata di autonomia gestionale, organizzativa e contabile ed organizzata per centri di responsabilità e centri di costo, ai sensi dell'art.7 e successivi del D.Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii.

La Regione Puglia emanando il R.R. 30.06.2009, n.13 "Organizzazione del Dipartimento di Prevenzione" (BURP n.101 del 06.072009), come modificato ed integrato dal R.R. 18.12.2012, n.30 (BURP n.188 Suppl. del 28.12.2012) ha ritenuto i programmi di sanità pubblica e la "visione" di popolazione tipica del Dipartimento (la visione collettiva dei problemi, l'epidemiologia, la gestione e la comunicazione del rischio, ecc.), elementi strategici per realizzare gli obiettivi di salute affidati alle AA.SS.LL.

Con deliberazione del Direttore Generale n.706 del 29.04.2013 è stato recepito il Regolamento Regionale richiamato, determinando la suddivisione del territorio di competenza, ovvero quello riferibile alla ex Provincia di Bari, in tre aree territoriali, definendone l'afferenza per ognuno dei Comuni compresi nel territorio precipuo, come di seguito rappresentato:

Denominazione: AREA NORD - sede Ruvo di Puglia
Comuni: Molfetta, Giovinazzo, Terlizzi, Bitonto, Corato, Ruvo di Puglia, Palo del Colle, Toritto, Grumo Appula, Bitetto, Bitritto, Binetto, Poggiorsini, Gravina in Puglia, Altamura e Santeramo in Colle
Popolazione: 432.000 abitanti circa
Superficie: 2.131,55 Kmq.

Denominazione: AREA METROPOLITANA - sede Bari
Comuni: Bari, Modugno, Triggiano, Capurso e Valenzano
Popolazione: 411.000 abitanti circa
Superficie: 198,77 Kmq.

Denominazione: AREA SUD - sede Putignano
Comuni: Locorotondo, Alberobello, Noci, Gioia del Colle, Cassano delle Murge, Acquaviva delle Fonti, Sammichele di Bari, Turi, Putignano, Castellana Grotte, Monopoli, Sannicandro di Bari, Adelfia, Casamassima, Rutigliano, Conversano, Polignano a Mare, Cellamare, Mola di Bari e Noicattaro
Popolazione: 379.000 abitanti circa
Superficie: 1.595,09 Kmq.

In tale ottica, al fine di conseguire equilibrio ed integrazione tra le azioni di vigilanza e le azioni di sorveglianza e di educazione alla prevenzione, tutte egualmente importanti per sostenere gli obiettivi della Prevenzione, il Dipartimento di Prevenzione svolge le seguenti funzioni:

- la profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- la tutela della collettività e dei singoli dai rischi sanitari presenti negli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sulla salute degli inquinanti ambientali;
- le attività di prevenzione rivolte alla persona (vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, programmi di diagnosi precoce);
- la tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro e le attività lavorative;
- la tutela igienico sanitaria degli alimenti;
- la sorveglianza e prevenzione nutrizionale;

- la sanità pubblica veterinaria;
- l'attività medico legale.

Sono, altresì, obiettivi generali del Dipartimento di Prevenzione:

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

La Direzione del Dipartimento di Prevenzione è assicurata dai seguenti organi:

a. Direttore del Dipartimento
b. Comitato di Direzione del Dipartimento

Il Dipartimento di Prevenzione è articolato nelle predette tre aree territoriali (Area Nord, Area Metropolitana ed Area Sud) composte dalle UU.OO. di seguito indicate, giusta D.D.G.n.446 del 28/02/2024:

a. U.O.C. Igiene e Sanità pubblica (SISP Area Metropolitana)
b. U.O.C. Igiene e Sanità pubblica (SISP Area Nord)
c. U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica (SISP Area Sud)
d. U.O.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPESAL Area Metropolitana)
e. U.O.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPESAL Area Nord)
f. U.O.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPESAL Area Sud)
g. U.O.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN Area Metropolitana)
h. U.O.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN Area Nord)
i. U.O.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN Area Sud)
j. U.O.S.V.D. Sanità Animale (SIAV A Area Metropolitana)
k. U.O.C. Sanità Animale (SIAV A Area Nord)
l. U.O.C. Sanità Animale (SIAV A Area Sud)
m. U.O.C. Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (SIAV B Area Metropolitana)
n. U.O.C. Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (SIAV B Area Nord)
o. U.O.C. Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (SIAV B Area Sud)
p. U.O.S.V.D. Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (SIAV C Area Metropolitana);
q. U.O.C. Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (SIAV C Area Nord)
r. U.O.C. Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (SIAV C Area Sud)
s. U.O.C. Epidemiologia, malattie cronico-degenerative, Registro tumori, ReNCaM e Centro Screening
t. U.O.S.V.D. Screening CR colon retto - Endoscopia Digestiva
u. U.O.S.V.D. Screening CR mammario - Radiodiagnostica Senologica
v. U.O.S.V.D. Screening CR cervice uterina
w. U.O.S.V.D. Sezione Provinciale COMIMP

x. U.O.S.V.D. Igiene Industriale
y. U.O.S.V.D. Randagismo

4.5 Dipendenze Patologiche

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

Le finalità tendono a sviluppare una serie di azioni concertate e coordinate per perseguire gli obiettivi della politica sociosanitaria Regionale ed aziendale, attraverso il coordinamento di tutte le Unità Operative del pubblico e del privato sociale accreditato che si occupano delle dipendenze patologiche.

Il DDP si articola nelle seguenti strutture:

U.O.C. DEL NORD BARESE

Comuni afferenti: Bari, Adelfia, Bitetto, Bitritto, Bitonto, Capurso, Cellamare, Corato, Giovinazzo, Modugno, Mola di bari, Molfetta, Noicattaro, Palo del Colle, Rutigliano, Ruvo di Puglia, Terlizzi, Triggiano, Valenzano.

U.O.C. DEL SUD BARESE

Comuni afferenti: Acquaviva, Alberobello, Altamura, Binetto, Casamassima, Cassano, Castellana, Conversano, Gioia del Colle, Gravina, Grumo, Locorotondo, Monopoli, Noci, Polignano, Poggiorsini, Putignano, Sammichele, Sannicandro, Santeramo, Toritto, Turi.

4.6 Salute Mentale

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

Il D.S.M. offre i suoi servizi ai cittadini di ogni fascia d'età ed attua i suoi interventi in un sistema di rete interistituzionale che coinvolge anche altri servizi e strutture dell'Azienda nonché tutti i soggetti, pubblici e privati, che concorrono alla tutela della salute mentale (Enti, Istituzioni, Associazioni e Cooperative del privato sociale ed imprenditoriale, Associazioni di familiari e utenti, gruppi di aiuto e di mutuo aiuto).

Il D.S.M. è pertanto in grado di rispondere all' intera domanda psichiatrica del territorio di riferimento e svolge, in maniera coordinata ed integrata, attività di prevenzione dei disturbi psichici, nonché di diagnosi, cura, riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo per i cittadini affetti da disturbi mentali

Il D.S.M. si articola nelle seguenti strutture, giusta D.D.G.n.446/2024:

CENTRO DI SALUTE MENTALE AREA 1
Comuni afferenti: Molfetta: Giovinazzo, Corato, Ruvo di Puglia, Terlizzi

CENTRO DI SALUTE MENTALE AREA 2
Comuni afferenti: Altamura, Acquaviva delle Fonti, Gravina in Puglia, Poggiorsini, Santeramo in Colle, Cassano delle Murge, Toritto, Binetto, Sannicandro, Grumo Appula

CENTRO DI SALUTE MENTALE AREA 3
Comuni afferenti: Modugno, Bitetto, Bitritto, Bitonto, Palo Del Colle

CENTRO DI SALUTE MENTALE AREA 4
Comuni afferenti: Bari

CENTRO DI SALUTE MENTALE AREA 5
Comuni afferenti: Mola di Bari, Rutigliano, Noicattaro, Conversano, Monopoli, Polignano

CENTRO DI SALUTE MENTALE AREA 6
Comuni afferenti: Triggiano, Adelfia, Capurso, Cellamare, Valenzano. Gioia Del Colle, Casamassima, Turi, Sammichele di Bari

CENTRO DI SALUTE MENTALE AREA 7
Comuni afferenti: Putignano, Castellana Grotte, Alberobello, Locorotondo, Noci

UOC PSICOLOGIA CLINICA

UOSVD - DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (DCA) "Salvatore Cotugno" - Altamura

UOSVD Esordi Psicotici

UOSVD Psichiatria Penitenziaria

SERVIZI PSICHIATRICI DI DIAGNOSI E CURA (SPDC):

- **SPDC Osp. Murgia**
- **SPDC Osp. San Paolo**
- **SPDC Osp. Putignano**

Sezione II – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE e ANTICORRUZIONE

1 Valore pubblico

I valori assunti dall'Azienda alla base degli scopi, delle scelte e dell'agire di ogni attore dell'organizzazione, per assolvere alla missione e creare valore pubblico, sono individuati:

- nel rispetto della dignità e della centralità della persona:
- nell'equità, nella solidarietà e nella riduzione delle disuguaglianze nella accessibilità e fruibilità dei servizi per la salute,
- nella trasparenza di una organizzazione che si impegna a garantire la libera circolazione delle informazioni sulle risorse impiegate e sui risultati ottenuti, la visibilità dei processi decisionali delle politiche aziendali, la diffusione dei criteri (evidenze di efficacia) su cui si basano le scelte di governo clinico e di politica sanitaria, l'esplicitazione dei livelli di responsabilità ed autonomia dei professionisti;
- nell'efficacia degli atti di gestione e nell'appropriatezza delle prestazioni erogate;
- nella sicurezza da garantire ai pazienti ed agli operatori;
- nell'efficienza gestionale e organizzativa intesa come flessibilità e capacità di adeguare i comportamenti, affinché tutti gli sprechi vengano evitati e combattuti considerato che le "scarse" risorse disponibili vengano utilizzate secondo criteri di priorità che garantiscano alle patologie più gravi ed ai cittadini più "fragili" quanto necessario per garantire tutela e sicurezza
- nell'approccio sistemico e differenziato: pensare e agire in un'ottica sistemica, che valorizza le differenze dei fruitori e degli erogatori, operando scelte innovative, sui versanti sia interno sia esterno;
- nel perseguire l'eccellenza:
- nell'integrazione: creazione di condizioni organizzative che consentano di far confluire verso comuni obiettivi gli sforzi compiuti da soggetti diversi, nella gestione di un processo o di un progetto, sia clinico- sanitario sia organizzativo- gestionale;
- nell'innovazione gestionale e tecnologica promossa sulla base di una continua analisi e valutazione del sistema e dei suoi risultati e l'adattamento delle soluzioni innovative modulato sulle proprie specificità organizzative.
- nella partecipazione dei cittadini alla prestazione del servizio, sia per tutelare il diritto alla corretta erogazione dello stesso sia per migliorare la collaborazione con gli utenti.

1.1 Mandato istituzionale e missione

La "missione" identifica la ragion d'essere e l'ambito in cui l'Azienda opera in termini di politiche ed azioni perseguite e rappresenta l'esplicitazione dei principi fondamentali che guidano la scelta degli obiettivi che si intende perseguire.

Come già indicato precedentemente l'Azienda ha la *mission* di promuovere la salute agendo sulle comunità locali per ridurre i fattori di rischio ed i comportamenti dannosi e curare le persone ammalate fornendo, in maniera integrata, le prestazioni sanitarie di più elevata qualità possibile, con l'uso efficiente ed appropriato delle risorse disponibili, ponendo il cittadino al centro della propria azione. I Livelli Essenziali di Assistenza vengono assicurati garantendo agli operatori un ambiente lavorativo in cui sono ridotti al minimo i rischi e sono valorizzati l'impegno e le competenze, anche mediante congrui percorsi formativi.

I Principi su cui è fondata l'organizzazione dell'Azienda sono:

- Centralità del cittadino
- Decentramento dei poteri decisionali e delle responsabilità

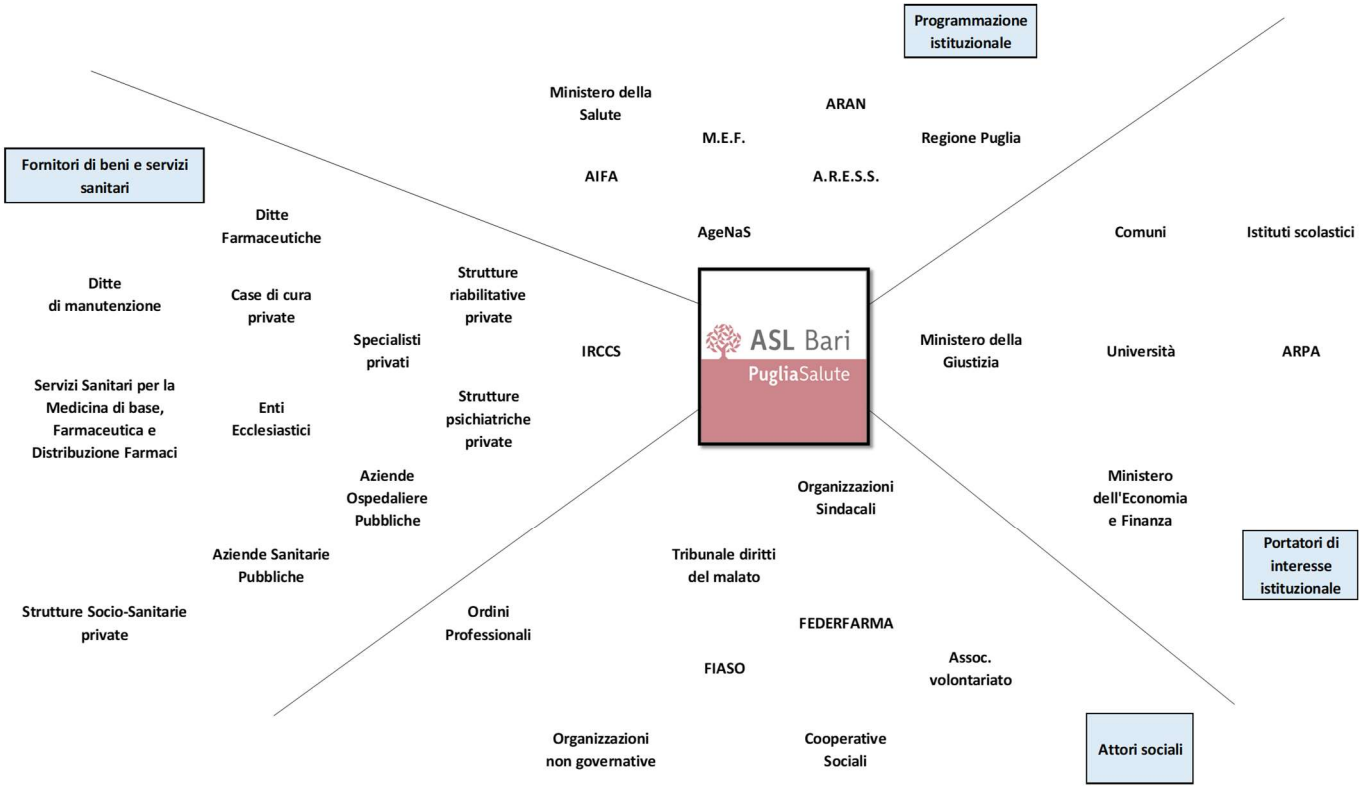
- Unitarietà del disegno organizzativo
- Innovazione gestionale e tecnologica
- Fruibilità del servizio
- Gestione per processi
- Modello professionale basato sulla progressiva realizzazione del governo clinico
- Pianificazione dell'offerta socio-sanitaria e dei luoghi di fruizione
- Continuità dei percorsi di cura
- Sussidiarietà, la concertazione e la partecipazione
- Semplificazione delle procedure e dei percorsi
- Umanizzazione del rapporto di assistenza
- Accoglienza e la Comunicazione efficace ed eticamente corretta

1.2 Analisi del contesto esterno

L'analisi del contesto esterno serve a esplorare alcune categorie che incidono con maggiore rapidità e portata su una azienda sanitaria per individuare i cambiamenti rilevanti attuali, emergenti o probabili, e i conseguenti effetti. Tale analisi riguarderà, quindi, il contesto politico, economico, sanitario, tecnologico ed epidemiologico.

Per una azienda sanitaria risulta ugualmente utile individuare i soggetti e le relazioni che compongono il sistema dei portatori di interesse dell'azienda. Questa tecnica tende a concentrare l'attenzione sulle esigenze degli *stakeholder*, e sulle interazioni che si instaurano a livello inter istituzionale, dando vita allo sviluppo di azioni strategiche compatibili tra obiettivi aziendali ed istanze dei portatori di interesse.

Mappa degli *stakeholder* esterni ASL



Principali indici demografici del territorio di competenza ASL

Di seguito si riportano alcuni indici demografici della popolazione della Città Metropolitana di Bari, calcolati sulla base delle rilevazioni ISTAT.

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

Periodo	2021	2022	2023	2024
tasso di natalità (per mille abitanti)	6,8	6,7	6,4	..
tasso di mortalità (per mille abitanti)	11,9	12,1	11,2	..
crescita naturale (per mille abitanti)	-5,1	-5,5	-4,8	..
tasso di nuzialità (per mille abitanti)	3,1	3,2	3,1	..
saldo migratorio interno (per mille abitanti)	0	0	0	..
saldo migratorio con l'estero (per mille abitanti)	2,7	4,4	4,6	..
saldo migratorio per altro motivo (per mille abitanti)	-1,1	..	..	..
saldo migratorio totale (per mille abitanti)	1,6	4,4	4,6	..
tasso di crescita totale (per mille abitanti)	-3,5	-0,6	-0,1	..
numero medio di figli per donna	1,25	1,24	1,2	..
età media della madre al parto	32,4	32,4	32,5	..
speranza di vita alla nascita - totale	82,5	82,6	83,1	..
speranza di vita a 65 anni - totale	20,4	20,4	20,9	..
popolazione 0-14 anni al 1° gennaio (valori percentuali) - al 1° gennaio	12,9	12,7	12,4	12,2
popolazione 15-64 anni (valori percentuali) - al 1° gennaio	63,6	63,5	63,5	63,5
popolazione 65 anni e più (valori percentuali) - al 1° gennaio	23,5	23,8	24,0	24,3
indice di dipendenza strutturale (valori percentuali) - al 1° gennaio	57,3	57,5	57,4	57,5
indice di dipendenza degli anziani (valori percentuali) - al 1° gennaio	37,0	37,5	37,8	38,3
indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio	182,6	187,6	193,1	199,8
età media della popolazione - al 1° gennaio	45,9	46,2	46,4	46,6

Fonte: ISTAT

Indice di dipendenza strutturale

Rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni).

Indice di dipendenza strutturale degli anziani

Rappresenta il rapporto tra la popolazione di età 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

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 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.

Evidentemente, il profilo demografico e la tendenza epidemiologica rappresentati determinano precisi risvolti economico-finanziari, che devono essere necessariamente tenuti in considerazione nelle attività di pianificazione e programmazione; a titolo esemplificativo ma non esaustivo si rappresenta che, tenendo presente tutte le tipologie di esenzione, il numero di esenzioni da ticket, nell'esercizio 2023, sono passati da

n.207.534, dell'anno 2022, a n. 224.650 unità per motivi di età e di reddito, e da n.737.372, del 2022, a n. 798.792 per altri motivi. Va precisato che alcuni cittadini beneficiano di più esenzioni.

1.3 Analisi del contesto interno

L'analisi del contesto interno serve a individuare le competenze e le capacità distintive proprie dell'organizzazione in termini di risorse, processi e risultati. In altre parole si valutano le capacità finanziarie, produttive, d'innovazione, di gestione delle risorse umane, logistiche e tecnologiche presenti nell'azienda sanitaria.

L'analisi del contesto interno richiede pertanto un'estesa e approfondita analisi delle funzioni interne sotto i profili operativi, strutturali, d'impiego delle risorse e delle competenze necessarie e dovrebbe riguardare elementi materiali (dotazioni quantitative e qualitative di personale, infrastrutture e strumentazioni tecnologiche a disposizione delle diverse funzioni) ed elementi immateriali come la cultura organizzativa, le capacità progettuali e realizzative dei gruppi di lavoro. La valutazione delle capacità interne deve effettuarsi pertanto con un mix di strumenti quantitativi (dotazioni organiche e strutturali, analisi dell'attività, analisi di bilancio) e strumenti qualitativi utili per la valutazione delle risorse immateriali.

1.3.1 Programmazione degli investimenti per il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.)

Per l'ASL di BARI sono state individuate le seguenti macro-categorie di intervento che prevedono

- la realizzazione di n. 53 interventi finalizzati alla realizzazione di n. 12 Centrali Operative Territoriali (COT), n. 36 Case di Comunità (CdC), n. 9 Ospedali di Comunità (OdC). In particolare tali interventi ricadono nella Missione 6, Component 1 e Missione 6, Component 2, Investimento 1.2 (Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale, Case della Comunità e presa in carico della persona, Casa come primo luogo di cura e telemedicina). Con riferimento alla realizzazione delle Case della Comunità, saranno opportunamente differenziate in Hub e Spoke, in quanto da tale distinzione discendono le diverse tipologie di intervento previste dal D.M. Salute 77 del 23 maggio 2022, Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, pubblicato sulla G.U. serie generale n. 144 del 22.06.2022.
- l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero di cui alla Missione 6, Component 2, Investimento 1.1.1 8 (ICT – Digitalizzazione) attraverso
  - la digitalizzazione dei Processi Sanitari e Amministrativi (PP.OO. ''Di Venere'', ''San Paolo'', ''Murgia'')
  - l'evoluzione del Sistema Informativo Trasfusionale EMOPUGLIA (P.O. ''San Paolo'')
- l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero di cui alla Missione 6, Component 2, Investimento 1.1.2 (Grandi attrezzature) con l'acquisto di
  - n.2 RM (PP.OO. '' Di Venere'', ''San Paolo'')
  - n.11 TAC (PP.OO. '' Di Venere'', ''San Paolo'', ''Murgia'', Corato, Monopoli, Putignano, PPA

Terlizzi, PTA Bitonto e Conversano)
- n.2 Gamma Camera (P.O. '' Di Venere'')
- n.2 Angiografi (P.O. '' Di Venere')
- n.10 Ecotomografi (PP.OO. '' Di Venere'', ''San Paolo'', ''Murgia'', Molfetta, Corato, Monopoli, Putignano, PPA Terlizzi, PTA Bitonto e Conversano)
- n.8 Sistemi radiografici digitali (PP.OO. '' Di Venere'', ''San Paolo'', ''Murgia'', Molfetta, Corato)

- l'investimento 1.2 destinato a sviluppare un ospedale sicuro e sostenibile attraverso
  - n.2 interventi di miglioramento ed adeguamento sismico (PP.OO. «Di Venere'' e Monopoli)
  - n.4 interventi di miglioramento ed adeguamento sismico (PP.OO. 'Molfetta, Corato, «San Paolo'' e Putignano). Questi ultimi interventi sono finanziati con fondi del Piano Nazionale degli investimenti Complementari (Fondi P.N.C.).

1.3.2 La gestione del patrimonio immobiliare della ASL BA

Le diverse scelte strategiche nella gestione del patrimonio immobiliare nella disponibilità della ASL BA si distinguono in due macroaree che possono essere individuate nella dismissione dei beni nel caso in cui si ritenga che un determinato immobile non sia funzionale alla propria attività e presenti una potenzialità di vendita sul mercato e nella valorizzazione dei beni nel caso in cui la ASL BA non intenda privarsi della titolarità del bene e, contemporaneamente, voglia individuare una serie di strumenti che consentono di massimizzare l'utilità derivante da tale bene.

L'art.58 del Decreto Legge n.112 del 25/06/2008 che detta una serie di norme in materia di patrimonio immobiliare degli Enti Pubblici, è importante nella gestione di tale patrimonio, perché regola alcuni aspetti di concreta rilevanza pratica, tra i quali la ricognizione del patrimonio, l'individuazione di strumenti di valorizzazione, e l'alienazione.

Da tempo è consolidato l'impegno sul versante delle politiche patrimoniali indirizzare alla vendita del patrimonio ritenuto non strategico per il perseguimento dei fini istituzionali.

Allo stato attuale, nell'ottica di interventi tesi al recupero ed alla valorizzazione del patrimonio, è in corso una attenta verifica del patrimonio utilizzato ai fini istituzionali che presenta problemi di vetustà, al fine di una nuova gestione volta alla rifunzionalizzazione degli immobili più significativi.

Allo stesso modo è in corso una verifica dei beni non ritenuti strategici, e per i quali si prosegue nell'azione di alienazione, con il duplice scopo di ottenere sia introito da un patrimonio sostanzialmente inutilizzato e non utilizzabile e di riduzione della spesa legata alla loro gestione corrente.

Le misure messe in atto finalizzate alla razionalizzazione dell'utilizzo del patrimonio immobiliare si inquadrano nelle linee di azione meglio esplicitate come segue.

MAPPATURA TECNICO GESTIONALE FABBRICATI E TERRENI

1. Analisi e sovrapposizione dei livelli informativi già in possesso dell'Azienda:

   al fine di raccogliere e allineare tutte le informazioni già "note" verranno considerate le seguenti banche dati:
   - Inventario dei beni immobili utilizzato ai fini economico patrimoniali;
   - Elenchi immobiliari in amministrazione Trasparente;
   - Dati comunicati al MEF in merito ai beni immobili di proprietà;
   - Elenco degli atti rogati a favore e contro l'Azienda;

2. Raccolta e valutazione delle banche presenti presso le precedenti ASL (BA/2, BA/3, BA/4 e BA/5) al fine di verificare con precisione la corretta "fusione dei patrimoni";

3. Richiesta e gestione dei dati catastali cartografico-censuari provenienti dalla Regione Puglia in convenzione con Sogei - Agenzia delle Entrate (Convenzione Servizi Massivi di Interscambio Dati – Territorio, SMIDT);

4. Acquisizione, decifratura ed elaborazione della banca dati catastale di ciascun Comune. I database messi a disposizione dagli SMIDT, verranno decriptati secondo i protocolli previsti da Agenzia delle Entrate, ed elaborati attraverso un applicativo specifico per identificare, dal punto di vista censuario e cartografico in ambiente GIS, tutte i cespiti di presenti all'interno del territorio provinciale di pertinenza, con il dettaglio di quelle intestate ad ASL Bari;

5. Ispezioni ipo-catastali tramite portale SISTER: ai fini di approfondire catastalmente le singole situazioni immobiliari e per verificarne la reale titolarità, attraverso le credenziali di accesso al portale SISTER;

6. Definizione della destinazione urbanistica: per ciascun cespite, nella fattispecie i terreni, verrà predisposta opportuna richiesta di Certificato di Destinazione Urbanistica il cui inoltro ai Comuni competenti è a cura dell'Azienda ASL BARI (ipotizzati 27 Enti). Una volta raccolte, le certificazioni faranno parte del fascicolo dell'immobile e andranno a fornire informazioni utili per la gestione tributaria del cespite;

7. Raccolta di tutte le informazioni necessarie ad una corretta descrizione ai fini della comunicazione al MEF sul Portale Tesoro (L.291/2009):

    - riferimenti catastali (foglio, mappale, subalterno, rendita, superficie, ecc.);
    - titolo di proprietà, presenza di diritti gravanti sui terreni (usi civici, enfiteusi);
    - epoca di costruzione e acquisizione;
    - indirizzo, ubicazione;
    - descrizione, reale destinazione d'uso.

Oltre agli interventi sul patrimonio della ASL BA, sono già stati avviati rapporti di collaborazioni con gli Enti Locali della Provincia di Bari attraverso la sottoscrizione di Protocolli d'Intesa finalizzati alla valorizzazione a rete di immobili pubblici per favorire sul territorio l'ampliamento di offerte e servizi.

L'affidamento dei beni nelle disponibilità degli enti pubblici, in gestione a terzi, avviene nell'ottica dei seguenti principi di ottimizzazione diretti ad ottenere, in generale, una maggiore efficienza gestionale.

La mission è quella di perseguire l'obiettivo di massima redditività in relazione sia alle funzioni istituzionali che sia alle finalità economico sociali degli enti stessi. Il principio di economicità in tal senso non viene assunto in senso assoluto (dovere di effettuare la scelta più conveniente), ma in senso relativo cioè all'obbligo di effettuare la scelta che alla luce della valutazione comparativa di tutti gli interessi pubblici risulta più conveniente.

Con il presente piano, oltre all'assolvimento degli obblighi derivanti dalle leggi citate in premessa, si andranno pertanto a rivedere anche i contratti in essere, e ove possibile, l'intervento sarà mirato sia alla rinegoziazione dei contratti allo scopo di renderli maggiormente aderenti alle necessità istituzionali dell'ente

sia mediante una più attenta gestione dei costi e delle spese nonché ad una maggiore responsabilizzazione nella manutenzione degli immobili.

1.3.3 Il nuovo Ospedale del Sud-Est Barese

L'intervento di realizzazione del "Nuovo Ospedale del Sud Est Barese – Monopoli-Fasano" è inserito nel Programma Attuativo Regionale del Fondo per le Aree Sottoutilizzate (PAR FAS 2007-2013) secondo quanto previsto dalla Deliberazione CIPE n. 166/2007, approvata dalla Regione Puglia con Del di G.R. n.2033 del 27.10.2009.

Con Del. di G. R. n.2787/2012 di presa atto della dotazione finanziaria complessiva assegnata all'Accordo di Programma Quadro "Benessere e Salute" a valere sulla Delibera CIPE n.92/2012, successivamente ridotta con Deliberazione di G.R. n.652/2014, si finanziava, tra gli altri interventi, la realizzazione, per € 80.000.000,00, del Nuovo Ospedale del Sud-Est barese, situato tra Monopoli e Fasano lungo la direttrice adriatica a sud di Bari.

Con atto deliberativo del 03.08.2012, pubblicato sulla G. U. della R. I. n.266 del 14.11.2012, il C.I.P.E. ha finanziato l'opera approvando la programmazione delle risorse residue del FSC 2000-2006 e 2007-2013 relative alla Regione Puglia, pari a 1.334,9 milioni di euro. All'interno di detto importo rientra la somma complessiva di € 80.000.000,00, destinata alla realizzazione del nuovo Stabilimento Ospedaliero del Sud Est Barese di Monopoli – Fasano.

Il Nuovo Ospedale del Sud-Est Barese è destinato ad integrare l'offerta sanitaria precedentemente costituita dall'Ospedale "S. Giacomo" di Monopoli e dall'Ospedale "Umberto I" di Fasano; l'intervento fa parte del processo di razionalizzazione della rete degli ospedali che la Regione Puglia ha concepito ed avviato per consolidare gli esiti ottenuti con il Piano di Rientro e per migliorare i livelli complessivi di efficienza e di qualità delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Regionale.

Il progetto risponde agli Indirizzi attuativi espressi dalla Giunta Regionale Pugliese, in quanto poggia sull'indagine epidemiologica, sulla valutazione della domanda e sulla previsione della sua possibile evoluzione; a partire da queste analisi il dimensionamento, la disposizione dei servizi e delle attività, nonché dei locali che li accolgono, sono stati concepiti per essere realmente in grado di soddisfare "la totalità del bisogno sanitario ed assolvere le necessità di una programmazione sanitaria integrata".

Il progetto del Nuovo Ospedale del Sud-Est Barese è stato concepito, inoltre, per dare il miglior contributo possibile all'incremento dello stato di salute della popolazione di riferimento e a ridurre ogni possibile diseguaglianza nell'accesso alle cure.

L'organizzazione dell'ospedale, così com'è stata ideata, consente di rispondere alle esigenze di programmazione e gestione del sistema sanitario regionale che è costantemente impegnato a coniugare qualità delle cure, soddisfazione dei cittadini e sostenibilità del sistema.

Il luogo di ubicazione del nuovo Ospedale è la Contrada S. Antonio D'Ascula fra Monopoli e Fasano. La progettazione e la successiva realizzazione hanno risposto alla necessità della Regione Puglia di costruire un presidio sanitario di eccellenza, che sia allo stesso tempo un innovativo modello funzionale di riferimento ed un'icona architettonica sostenibile, coerente con i nuovi principi di trasformazione del territorio e del Piano Paesaggistico Territoriale di recente approvazione.

I lavori di realizzazione del sistema edilizio che ospiterà il nuovo Ospedale di Monopoli-Fasano sono terminati nel corso dell'anno 2024 così come programmato nel precedente documento di programmazione. Per l'anno 2025 è prevista la conclusione dei lavori e il termine delle attività di collaudo dell'opera.

ARREDI ED ATTREZZATURE A COMPLETAMENTO DELL'OSPEDALE DI MONOPOLI-FASANO

Relativamente alla dotazione degli arredi e delle attrezzature sanitarie e non sanitarie, proseguiranno nell'anno 2025 le procedure di aggiudicazione di tutte le gare già oggetto di indizione e all'avvio delle opere di allestimento del costruendo ospedale.

Il termine delle attività di allestimento e di installazione delle apparecchiature elettromedicali è prevista per la metà dell'anno 2025.

ABBELLIMENTO DELL'OSPEDALE DI MONOPOLI-FASANO MEDIANTE OPERE D'ARTE

Contemporaneamente alle attività relative agli arredi e alle attrezzature, proseguiranno nel corso dell'anno 2025 la realizzazione e installazione delle opere artistiche previste ai sensi della Legge 29.7.1949, n. 717 e s.m.i., selezionate con un bando di concorso per artisti, finalizzato alla realizzazione di opere d'arte destinate all'abbellimento del Nuovo Ospedale di Monopoli-Fasano, approvato già con Deliberazione del Direttore Generale n. 2064 del 17.10.2023.

INFRASTRUTTURE DI ACCESSO ALL'OSPEDALE DI MONOPOLI-FASANO

L'area, attualmente è a destinazione agricola, distante dagli agglomerati urbani e non è servita da adeguata viabilità di accesso diretto alle principali vie di comunicazione. Il Progetto prevede l'adeguamento della viabilità esistente ai flussi di traffico collegati alla nuova funzione dell'area.

Proseguiranno nel corso del 2025 le attività di bonifica bellica terrestre propedeutiche all'avvio dei lavori di adeguamento delle infrastrutture stradali.

Così come proseguiranno i lavori i lavori di realizzazione delle infrastrutture stradali di accesso all'Ospedale di Monopoli-Fasano, già aggiudicati nel corso del 2024.

1.4 Analisi S.W.O.T.

L'analisi dei due contesti, interno ed esterno, costituisce il percorso aziendale che consente alla Direzione Aziendale di comprendere in modo dettagliato la situazione strategica dell'azienda (diagnosi strategica) e formulare le alternative strategiche. Tale analisi mira, perciò, ad individuare le opportunità e le minacce che interessano o in prospettiva possono interessare l'azienda sanitaria (analisi contesto esterno) e i punti di forza e di debolezza dell'organizzazione (analisi contesto interno).

L'analisi S.W.O.T. (Strenghts Weaknesses Opportunities Threats) prevede proprio la costruzione di una matrice che riporta su un sistema assiale le variabili dell'analisi (opportunità-minacce/punti di forza e di debolezza), che combinandosi definiscono il quadro delle condizioni strategiche che l'azienda deve fronteggiare adottando precise scelte strategiche

I due quadranti, che presentano combinazioni coerenti delle variabili (opportunità- punti di forza, minacce-punti di debolezza), determinano situazioni ben definite di comportamento strategico, finalizzate per un verso alla crescita e per altro verso al ridimensionamento delle attività, che possono essere mantenute in una logica di contenimento dei costi, o definitivamente abbandonate.

Negli altri due quadranti le variabili esterne e interne si combinano con modalità alternative positivo-negativo che tendono a vincolare le scelte strategiche.

Strengths (Punti di forza)	**Weakness (Punti di debolezza)**
Rinnovo delle attrezzature tecnico-sanitarie con fondi PNRR	Liste di attesa
Percorso Attuativo di Certificazione del Bilancio Aziendale	Resistenza al cambiamento
Capacità di far fronte agli impegni di pagamento di breve periodo (passivo corrente) con impieghi di breve periodo (attivo corrente).	Elevata estensione territoriale di competenza
Attivazione dei Percorsi di tutela per le persone appartenenti all'area della disabilità grave e a quella delle patologie oncologiche	Screening oncologici
Integrazione Ospedale-Territorio	Assistenza domiciliare
Capacità di governo della domanda di assistenza sanitaria	Percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero
Capacità di far fronte agli impegni di pagamento di breve periodo (passivo corrente) con impieghi di breve periodo (attivo corrente).	Elevati costi assistenza farmaceutica
Ridefinizione dell'Organigramma aziendale	
Completamento dell'attivazione del nuovo Sistema Informativo per il Monitoraggio della spesa del S.S.R. (M.O.S.S.)	Ritardo nell'assegnazione degli obiettivi triennali economico-gestionali di salute e funzionamento da parte della Regione
Costituzione delle Reti assistenziali Regionali	Aumento dei costi di acquisizione dei fattori produttivi (beni, servizi e personale)
Legge 30 dicembre 2024, n.207 - Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027	Presenza di strutture pubbliche (Policlinico, IRCCS), private (accreditate e non accreditate) ed E.E. nel territorio di competenza dell'ASL
Sanità digitale	Invecchiamento della popolazione
Piano Nazionale Ripresa Resilienza (PNRR) - Missione 6: Salute	Carenza di Medici Specialisti
	Migrazione sanitaria
	Crescente accesso al Sistema di emergenza-Urgenza
Opportunities (Opportunità)	**Threats (Minacce)**

1.5 Accessibilità digitale/Procedure da semplificare e re-ingegnerizzare

Risorse Tecnologiche

Il parco delle tecnologie medicali della ASL Bari consta di circa 27.500 apparecchiature con un valore di circa euro 143.000.000,00. Atteso il grado di obsolescenza delle stesse, la spesa sostenuta per la manutenzione delle attrezzature in questione, relativa all'esercizio 2024, è stata di circa Euro 12.000.000,00 (dato in fase di consolidamento).

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

- n.6 Sistemi per angiografia
- n.2 Gamma camera computerizzate
- n.19 Mammografi digitali
- n.6 R.M.
- n.16 T.A.C.

Risorse ICT

Le tecnologie ICT a disposizione sono quantificate in:

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

Nell'ambito dei progetti legati al Piano di Ripresa e Resilienza (PNRR), sono stati avviati progetti per aumentare la sicurezza sia a livello della singola postazione di lavoro che a livello di rete locale e rete geografica. A tale proposito si evidenzia la sostituzione del classico Antivirus con una soluzione EDR (*Endopoint Detection and Response*) e l'installazione di Firewall per segmentare la rete in base ai servizi previsti.

Anche la rete aziendale Wi-Fi è stata sottoposta ad approfondita rivisitazione al fine di permettere l'attivazione della "Cartella clinica elettronica" e migliorare l'accoglienza dedicandone parte dell'utilizzo all'utenza delle strutture di ricovero.

Infine si citano le iniziative che sono state pianificate per essere poste in essere dalla UO Servizi Informatici con riferimento alle sezioni e sottosezioni del PIAO:

1. SEZIONE VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

- Sottosezione Valore pubblico: dall'anno 2023 è prevista la completa fruibilità, da parte dei cittadini, della piattaforma PagoPA per il Pagamento del ticket delle prestazioni sanitarie, dei diritti relativi al

Dipartimento di Prevenzione, del versamento per la partecipazione a Concorsi e/o per Accesso agli atti. È prevista, inoltre, l'attivazione della messaggistica sulla piattaforma "IO" Per le comunicazioni inerenti, ad esempio, della disponibilità dei referti oppure per ricordare gli appuntamenti.

- Sottosezione Performance: già da alcuni anni la Gestione della Performance individuale è stata informatizzata e le schede di valutazione sono gestite in modalità digitale. Per il prossimo triennio è prevista la revisione delle schede di valutazione e l'adeguamento della relativa piattaforma con l'introduzione di obiettivi specifici e/o individuali e la digitalizzazione della fase successiva alla valutazione.
- Sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza: in tale contesto l'obiettivo è quello della digitalizzazione dei processi nell'ambito della loro Mappatura con la relativa Valutazione del Rischio Corruttivo.

2. SEZIONE ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

- Sottosezione Organizzazione del lavoro agile: la gestione delle autorizzazioni per l'accesso al L.A. è già stata informatizzata; l'obiettivo per il prossimo triennio è il perfezionamento delle procedure di autorizzazione e definizione degli obiettivi nell'ambito della reingegnerizzazione dei processi di lavoro compatibili con il L.A.;
- Sottosezione Piano triennale dei fabbisogni di personale: l'obiettivo per il prossimo triennio è la revisione delle procedure informatiche che sottendono alla gestione di questa fase altamente strategica della programmazione aziendale prevedendo la completa digitalizzazione dei relativi processi.

1.6 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio 2025

Con nota prot.n.627687 del 17/12/2024 l'Assessore alla sanità della Regione Puglia, per le motivazioni riportate nella stessa comunicazione, ha disposto che le Aziende del Servizio Sanitario Regionale "*procederanno ad adottare il Bilancio di Previsione 2025 entro la data prevista per i bilanci di previsione ex art. 5, comma 1 del Decreto Ministeriale del 24/07/2019 – Ministero della Salute*" ovvero entro il 15/02/2025 data successiva a quella prevista per la pubblicazione del presente P.I.A.O. che sarà, perciò, successivamente aggiornato in questo paragrafo.

1.7 La gestione provvisoria dell'Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII" di Bari

Ai sensi dell'art.6 della L.R. 31 dicembre 2024, n.42 "*con decorrenza dal 1° gennaio 2025 e nelle more della costituzione in ente ospedaliero autonomo con capacità attrattiva extra-regionale, è autorizzato il trasferimento in via transitoria delle unità operative riferite alle discipline ospedaliere del plesso pediatrico Ospedale Giovanni XXIII dall'Azienda Ospedaliera Policlinico di Bari, all'Azienda sanitaria locale di Bari, in attuazione dell'articolo 2, comma 2, lettera d), sub lettera a), del regolamento regionale 22 novembre 2019, n. 23 (Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M.n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017)…*".

Con nota prot.n.253 del 02/01/2025 il Direttore Generale f.f. ha designato il Direttore Amministrativo dell'Ospedale "Di Venere" di Bari quale dirigente incaricato della gestione giuridico-amministrativa del plesso pediatrico "Giovanni XXIII" di Bari con funzioni e compiti inerenti l'attuazione di quanto previsto dalla citata L.R.n.42/2024.

Per quanto compatibile, il presente PIAO si intende esteso al plesso pediatrico Ospedale Giovanni XIII per il periodo di permanenza sotto il controllo dell'ASL Bari.

2 Performance

Il ciclo della Performance si articola in fasi nelle quali, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale e dei vincoli di bilancio, sono individuati gli obiettivi, gli indicatori ed i risultati attesi (target di riferimento) delle varie articolazioni organizzative dell'ASL Bari.

In tale ambito vengono tracciati i contenuti programmatici della pianificazione e verifica dei risultati aziendali: dalla iniziale definizione degli obiettivi annuali si procede durante l'anno al loro monitoraggio e controllo, fino ad arrivare, l'anno successivo, alla loro verifica misurando i risultati raggiunti. Programmare per tempo gli obiettivi e controllarne successivamente gli esiti è determinante non solo per poter rendicontare agli *stakeholder* aziendali le modalità di utilizzo delle risorse pubbliche ma anche per pianificare le attività e gli obiettivi degli anni successivi. Il Piano della performance è, quindi, uno degli strumenti indispensabili per ottimizzare l'attività di programmazione e di controllo delle Aziende Sanitarie e garantire l'erogazione dei migliori servizi sanitari alla collettività.

2.1 Albero della performance

L'Albero della Performance rappresenta graficamente i legami tra *mission*, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi. Tale rappresentazione dimostra come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, alla missione aziendale. Ricevute le indicazioni regionali (obiettivi di mandato assegnati alla Direzione Generale e obiettivi di performance annuali), integrate con le esigenze prettamente strategiche aziendali, correlate all'analisi del contesto interno ed esterno, le stesse vengono tradotte in obiettivi operativi, assegnati ai Dirigenti ed a loro volta declinati in "Piani Operativi" con indicazione anche della equipe coinvolta nelle attività finalizzate al loro raggiungimento.

Gli obiettivi assegnati alla Direzione Generale costituiscono la base di partenza per l'elaborazione dell'Albero delle Performance.

In altri termini, l'albero della performance dimostra come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, al mandato istituzionale ed alla missione.

Le prospettive considerate per la definizione del modello di valutazione multidimensionale della performance della ASL Bari segue l'approccio descritto nel sistema di misurazione delle performance, *Balanced Scorecard* (BSC), in base al quale le attività aziendali vengono valutate bilanciando misure interne ed esterne sulla base delle seguenti 4 prospettive:

1. la prospettiva economico-finanziaria: gli obiettivi sono quelli economico-finanziari, misurati con i tradizionali indicatori di redditività: quando possibile i costi sono rapportati alla produzione al fine della ottimizzazione nell'impiego delle risorse;
2. la prospettiva del paziente/utente: l'obiettivo è il miglioramento dell'offerta assistenziale nel rispetto dell'equità dell'accesso alle cure, l'umanizzazione delle stesse e la trasparenza dei processi aziendali con particolare riferimento alla garanzia della tempestività delle risposte ai bisogni espressi;
3. la prospettiva dei processi interni all'azienda: l'obiettivo è l'ottimizzazione dei processi già in essere e l'identificazione di quei nuovi processi attraverso i quali l'Azienda possa raggiungere l'eccellenza. Tale miglioramento si ottiene partendo da una rigorosa misurazione della produzione e dal *benchmarking*;
4. la prospettiva di innovazione e della qualità: l'obiettivo è lo sviluppo dell'organizzazione, la crescita

globale dell'azienda e degli operatori, l'affinamento delle tecniche di misurazione della qualità, l'individuazione e la valorizzazione delle eccellenze.

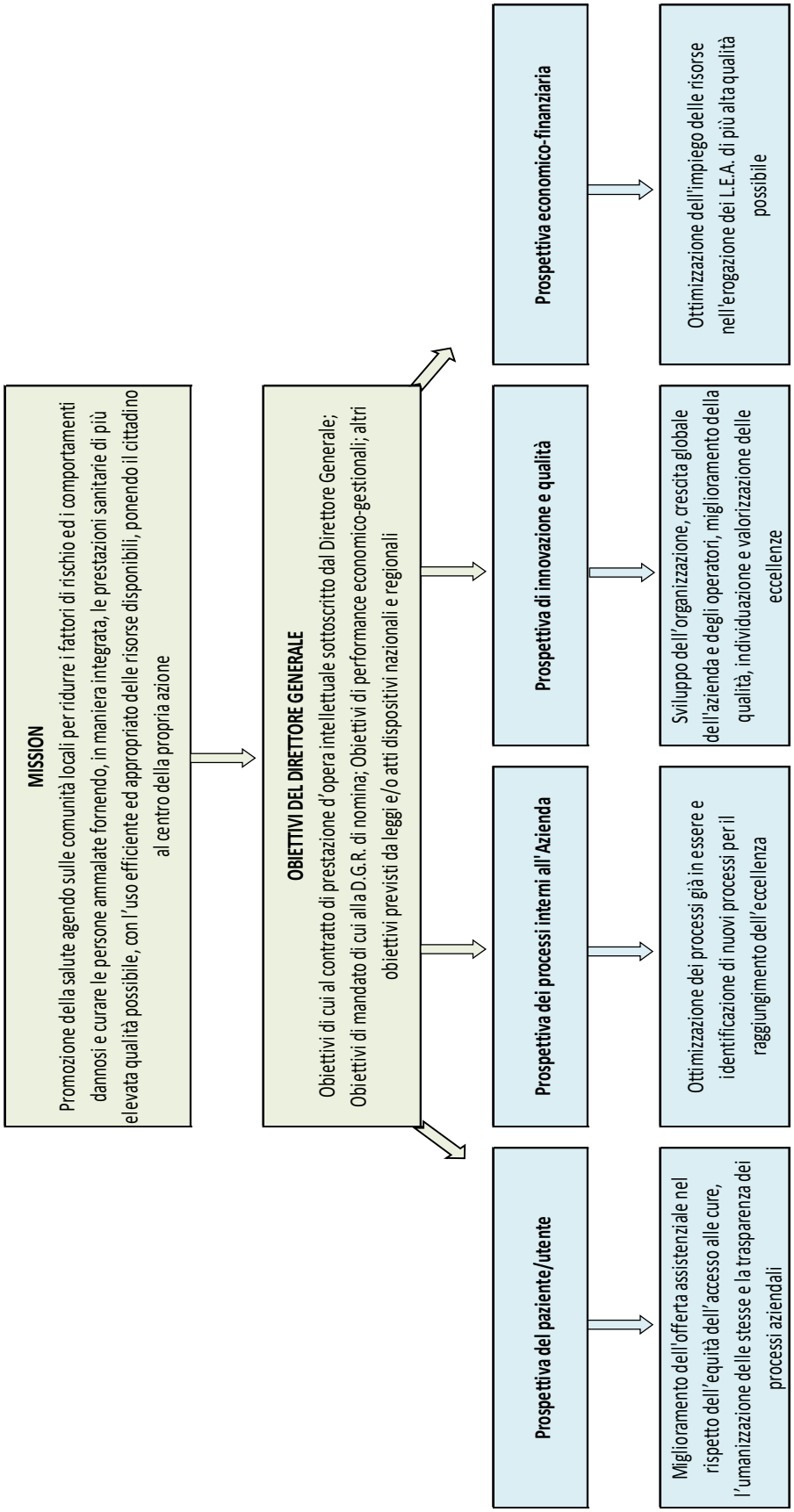
Per la definizione degli obiettivi strategici generali relativamente all'anno 2025 la Direzione Strategica, nelle more della individuazione ed assegnazione degli obiettivi di performance aggiornati alle Aziende Sanitarie Locali ed alle Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R da parte della Giunta Regionale, giusta D.D.G.n.2532 del 03/12/2024, ha tenuto conto dei seguenti riferimenti normativi:

a. D.G.R.n.1558 del 13/11/2023, avente ad oggetto "*Definizione e assegnazione degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. biennio 2023-2024*", con cui l'organo di governo regionale ha individuato ed assegnato gli obiettivi di performance delle Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. tenendo conto
   - degli indicatori individuati dal DM 12 marzo 2019, con cui è stato introdotto il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria;
   - delle priorità strategiche regionali derivanti anche dal Programma Operativo e previsioni normative dei Piani di rientro;
   - degli adempimenti derivanti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)
   - degli obblighi di legge, tra cui quanto stabilito dalla L. 145/2018 - art. 1 – c.865, secondo il quale: "*Per gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale che non rispettano i tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente, le regioni e le province autonome provvedono ad integrare i contratti dei relativi Direttori Generali e dei Direttori Amministrativi inserendo uno specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato. La quota dell'indennità di risultato condizionata al predetto obiettivo non può essere inferiore al 30 per cento.*";

b. D.G.R.n.412/2023 avente ad oggetto "*Analisi e valutazione della spesa sanitaria - L.R. n. 2/2011 - Programma operativo - Misure urgenti di riqualificazione e razionalizzazione della spesa*" e successive DD.G.R. applicative;

c. altri obiettivi previsti da leggi e/o atti dispositivi nazionali e regionali;

L'albero della performance nasce, perciò, dallo schema sotto riportato di obiettivi che la Direzione Generale considera strategici:


MISSION
Promozione della salute agendo sulle comunità locali per ridurre i fattori di rischio ed i comportamenti dannosi e curare le persone ammalate fornendo, in maniera integrata, le prestazioni sanitarie di più elevata qualità possibile, con l'uso efficiente ed appropriato delle risorse disponibili, ponendo il cittadino al centro della propria azione
OBIETTIVI DEL DIRETTORE GENERALE
Obiettivi di cui al contratto di prestazione d'opera intellettuale sottoscritto dal Direttore Generale; Obiettivi di mandato di cui alla D.G.R. di nomina; Obiettivi di performance economico-gestionali; altri obiettivi previsti da leggi e/o atti dispositivi nazionali e regionali
Prospettiva economico-finanziaria
Ottimizzazione dell'impiego delle risorse nell'erogazione dei L.E.A. di più alta qualità possibile
Prospettiva di innovazione e qualità
Sviluppo dell'organizzazione, crescita globale dell'azienda e degli operatori, miglioramento della qualità, individuazione e valorizzazione delle eccellenze
Prospettiva dei processi interni all'Azienda
Ottimizzazione dei processi già in essere e identificazione di nuovi processi per il raggiungimento dell'eccellenza
Prospettiva del paziente/utente
Miglioramento dell'offerta assistenziale nel rispetto dell'equità dell'accesso alle cure, l'umanizzazione delle stesse e la trasparenza dei processi aziendali

	Prospettiva del paziente/utente	Prospettiva dei processi interni all'Azienda	Prospettiva di innovazione e qualità	Prospettiva economico-finanziaria
Dimensione Appropriatezza e qualità		Miglioramento appropriatezza chirurgica	Miglioramento qualità percepita	
		Miglioramento appropriatezza medica	Miglioramento della qualità globale da sostenere mediante una politica della formazione aziendale adeguata a sviluppare le competenze professionali del personale	
		Miglioramento qualità e appropriatezza area materno-infantile		
		Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza		
		Miglioramento qualità di processo		
		Implementazione delle Raccomandazioni e delle attività di monitoraggio nell'ambito del Rischio Clinico		
		Monitoraggio aziendale dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private insistenti sul territorio aziendale, ivi compresi gli Enti ecclesiastici e gli IRCCS		

	Prospettiva del paziente/utente	Prospettiva dei processi interni all'Azienda	Prospettiva di innovazione e qualità	Prospettiva economico-finanziaria
Dimensione Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa		Qualificazione delle Strutture Pubbliche tramite l'implementazione dei percorsi di qualità di cui ai Manuali del R.R.n.16/2019		Monitoraggio del rispetto dei vincoli di finanza pubblica
		Perfezionamento dell'avvio in esercizio del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del S.S.R. (MOSS)		Monitoraggio dei tempi di pagamento dei fornitori al fine del rispetto dell'Indice di Tempestività dei pagamenti (ITP) previsto dalla normativa vigente
		Deflazionamento del Contenzioso		Stipula e rispetto dei contratti con le strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate
		Revisione sistematica delle procedure amministrative (governance aziendale) con l'obiettivo di garantire l'ottimizzazione dei processi nel rispetto dei principi di equità e trasparenza		Riqualificazione della spesa per acquisto prestazioni residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari da privato accreditato in relazione all'Assistenza Sociosanitaria in favore di soggetti non autosufficienti, disabili, persone con disturbi mentali, persone affette da dipendenze patologiche, soggetti in età evolutiva, persone con disturbi dello spettro autistico, persone nella fase terminale della vita, persone cui sono applicate le misure di sicurezza (D.G.R.n.412/2023)
		Potenziamento del sistema relativo alla sicurezza sul lavoro		Realizzazione del Piano degli Investimenti e aggiornamento delle gare
		Prosecuzione ed ultimazione delle attività per l'avvio in esercizio dell'Ospedale Monopoli-Fasano		Contenimento della spesa del personale entro i limiti fissati dalla normativa vigente e pianificazione dei fabbisogni di personale, ai sensi del D.Lgs.n.165/2001 e ss.mm.ii., secondo le linee guida regionali e la programmazione sanitaria
		Rispetto degli obblighi contenuti nei disciplinari, sottoscritti per la gestione dei fondi comunitari e/o nazionali, con particolare riferimento al pieno raggiungimento delle previsioni di spesa comunicate e dell'aggiornamento del sistema informative di monitoraggio		Misure per il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata, della spesa farmaceutica relativa agli acquisti diretti e della spesa per acquisto di dispositivi medici nel rispetto dei tetti di spesa regionali e di quanto previsto dalla D.G.R.n.412/2023 e successive DD.G.R. applicative.
		Definizione ed adozione dell'Atto Aziendale		
		Attuazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza		
		Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR)		
		Rispetto degli obblighi previsti nel PNRR		

	Prospettiva del paziente/utente	Prospettiva dei processi interni all'Azienda	Prospettiva di innovazione e qualità	Prospettiva economico-finanziaria
Dimensione Assistenza farmaceutica		Potenziamento del monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva dei Medici Ospedalieri, Specialisti Ambulatoriali, Medici di Medicina generale e Pediatri di libera scelta al fine del contenimento della spesa farmaceutica con particolare riferimento all'utilizzo di farmaci biosimilari e generici nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali		
		Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale		
		Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA		
Dimensione Assistenza sanitaria territoriale	Potenziamento dell'offerta nell'ambito della salute mentale	Potenziamento delle attività mirate all''integrazione Ospedale-Territorio		
	Potenziamento dell'offerta nell'Assistenza Sanitaria Territoriale nell'ambito degli obiettivi previsti dal P.N.R.R.	Qualificazione dell'Assistenza residenziale e semiresidenziale		
		Potenziamento assistenza domiciliare		

	Prospettiva del paziente/utente	Prospettiva dei processi interni all'Azienda	Prospettiva di innovazione e qualità	Prospettiva economico-finanziaria
Dimensione Capacità di governo della domanda sanitaria		Attuazione della programmazione regionale in materia di rete ospedaliera e territoriale Attuazione del Piano Aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa vigente		
Dimensione Prevenzione	Completezza e qualità dei dati e realizzazione obiettivi PRP Potenziamento screening oncologici (mammografico, cervice uterina, colon retto) Attuazione del Piano Regionale Integrato dei controlli e rispetto delle relative frequenze di Controllo Ufficiale stabilite in materia di alimenti, mangimi, salute animale, sottoprodotti di origine animale, benessere degli animali, prescrizioni per l'immissione in commercio e l'uso di prodotti Potenziamento attività di prevenzione vaccinale	Attuazione linee strategiche e organizzative del Piano Regionale Prevenzione Vaccinale (PRPV)		
Dimensione Sanità digitale		Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 Diffusione e corretta gestione della cartella clinica elettronica Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	

Per la valutazione del grado di raggiungimento degli elencati obiettivi strategici sono stati utilizzati oltre n.450 indicatori con relativo target focalizzando l'attenzione per il 2025 sugli obiettivi di processo che consentono sia il miglioramento della qualità assistenziale sia la migliore allocazione delle risorse con riduzione degli sprechi:

Prospettiva	Num. Indicatori
Econom.-finanz.	40
Innovaz. e qualità	39
Paziente utente	14
Processi interni	361
Totale	**454**

La traduzione dello schema sopra riportato in obiettivi assegnati alle diverse Unità Operative aziendali viene rappresentato nel seguente Albero della Performance:

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
Appropriatezza e qualità	**Appropriatezza delle prestazioni sanitarie**	Controllo appropriatezza cartella clinica/congruità SDO ex art 56 (Strutture Osped. Private - IRCCS Maugeri e EE Miulli): numero SDO verificate/numero SDO prodotte
		Controllo dell'appropriatezza dei ricoveri in IRCSS Maugeri - EEMiulli: numero SDO verificate/numero SDO prodotte
		Controllo dell'appropriatezza dei ricoveri/congruità SDO in Strutture Osped. Private: numero SDO verificate/numero SDO prodotte
		Controllo su ricoveri con T.C., con protesi, DRG potenz. Inappr. e trattam. con cyberknife e gammaknife in Strutture Osped. Private, IRCSS Maugeri - EEMiulli: numero SDO verificate/numero SDO prodotte
		Riabilitazione ex art 26 (Strutture private): Verifica correttezza procedure autorizzative - Aderenza al piano riabilitativo
		Riabilitazione ex art.25 L 833/1978: appropriatezza prescrittiva: N° prescrizione/Tot prescrizioni
		Verifica congruità protocollo Regionale IMA-SCA in Strutture Private e EEMiulli: verbale di congruità
		Verifica di prestazioni ambulatoriali in Day Service SDA in Strutture Osped. Private, IRCSS Maugeri - EEMiulli: numero SDA verificate/numero SDA prodotte
		Controllo casuale sul 10% delle Cartelle Cliniche relativamente alla correttezza compilativa dei Consensi Informati e Check list di Sala Operatoria
		Report annuale sulle attività svolte
	Appropriatezza prescrittiva	Numero di schede di monitoraggio sulla piattaforma AIFA relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica
		Report trimestrale sui casi di inappropriatezza prescrittiva dei MMG riscontrati e comunicati alla Direzione Generale e ai Direttori di Distretto
	Appropriatezza setting assistenziale	Analisi NGS (Esoma clinico) in epoca prenatale in urgenza (referto entro 10 giorni lavorativi)
		Monitoraggio del drop out dei primi contatti esitati in presa in carico in un anno nella UOSVD
		N°di gravidanze gemellari monocoriali gestite per valutazione ed eventuale trattamento in caso di complicanze tipiche della condizione
		Percentuale aberrazioni genomiche diagnosticate alla diagnosi invasiva mediante prelievo di villi coriali (villocentesi)
		Progetto Esoma - Studio NGS di casi clinici con sospetto per causa genetica
		Utilizzo della Scheda redatta nel 2021 dal DSM nelle attività di verifica delle Strutture Riabilitative
		Valutazione e predisposizione con monitoraggio di PTR residenziali riabilitativi DCA di competenza ASL BA (comprese proroghe)
		Dati attività UOSVD DCA Ambulatorio intensivo ad attività diurna (tipo Day Service DCA), dati accorpati
		Gestione dei casi difficili in collaborazione con i CSM – Monitoraggio qualitativo del fenomeno Revolving Door intraziendale mediante scheda appositamente redatta
		Monitoraggio del drop out dei primi contatti esitati in presa in carico in un anno nel CSM
		Elaborazione di proposta PDTA per assunzione in cura/presa in carico da parte dei CC.SS.MM. Di giovani con disagio psichico fra i 18 e 25 anni in collaborazione con la UOSVD Esordi Psicotici
		Monitoraggio pazienti in TSO Dati relativi a diagnosi, durata del ricovero
		Monitoraggio routinario dell'outcome dei trattamenti psicologici,e degli esiti dei progressi in psicoterapia, somministrazione del questionario CORE-OM -N. schede di valutazione somministrate prima/durante e post-trattamento
		Proposta scheda PTRI condivisa comune a CC.SS.MM. e SerD per invio utenti in Comunità Terapeutica Doppia Diagnosi in strutture residenziali
		Continuità terapeutica -Monitoraggio drop out per un anno nel CSM
		Erogazione test genetici per Malattie Neurodegenerative (SLA)
		Gestione dei casi difficili in collaborazione con gli SPDC – Monitoraggio qualitativo del fenomeno Revolving Door intraziendale mediante scheda appositamente redatta
	Formazione	Organizzazione eventi formativi in presenza e/o on line in materia di privacy

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Aggiornamento professionale in materia di Radioprotezione Medica e Fisica ai sensi del D. lgs 101/2020 e s.m.i.
		Conseguimento di almeno 80% dei crediti ECM nel corso dell'anno 2003, di almeno l'80% del Personale
		Eventi formativi per lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione dell'emergenza nei luoghi di lavoro
		Formazione di Dirigenti Medici e Tecnici della Prevenzione
		Formazione di Dirigenti Medici, Veterinari e Tecnici della Prevenzione
		Formazione sull'uso appropriato degli antibiotici
		Formazione sulla sicurezza sul lavoro per il personale della UOC: organizzazione di eventi su nuovi temi
		Organizzazione corsi per la Gestione avanzata delle vie aeree per le UU.OO. dei Presidi Ospedalieri
		Organizzazione corsi per PTC avanzato per personale del 118 e delle UU.OO. Ospedaliere
		Organizzazione di eventi formativi per i Referenti aziendali (referenti distrettuali e farmacisti territoriali) della Rete Malattie Rare
		Organizzazione di evento formativo aziendale – Formazione Continua Interdisciplinare (PL 13 – PNP 20-25)
		Organizzazione di evento formativo rivolto a personale medico e di comparto della ASL
		Organizzazione di un evento formativo sulla Medicina di Genere
		Organizzazione Evento formativo per il personale medico e infermieristico delle UU.OO. della ASL
		Piano di formazione obbligatoria biennale BLSD e ALS per le UU.OO. del Dipartimento di Emergenza-Urgenza e per il personale delle Sale Operatorie
		Progetto COM.INC. Comunicare per includere - Corso di Alta Formazione su A.S.D. (seconda edizione) rivolto a vari Stakeholders della cittadinanza attiva (Altamura) - ASL BA
		Realizzazione percorso formativo per personale medico, psicologico e comparto su nuove dipendenze, DAN, Psicofarmacologia, Altro
		Supervisione dei PTRI e ciclo di incontri con équipes CRAP Autori di reato
		Organizzazione di evento formativo dipartimentale su tematiche di Medicina di Laboratorio
		Realizzazione di evento formativo dipartimentale in Neuroradiologia
		Criticità e innovazione nella residenzialità psichiatrica: percorsi virtuosi finalizzati all'inserimento e al monitoraggio del percorso riabilitativo
		Organizzazione di evento formativo sulle Emocolture dall'accettazione alla refertazione
		Organizzazione di eventi formativi per il personale del Dipartimento
		Organizzazione di un Congresso con ECM, rivolto ai MMG e agli

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		specialisti ambulatoriali e ospedalieri per il miglioramento della conoscenza dell'utilizzo dell'O.T.I. nelle patologie acute e croniche.
		Organizzazione di corso di formazione aziendale su Fine Vita e Palliazione
		Organizzazione di corsi di formazione sulla "STABILIZZAZIONE DEL NEONATO IN ATTESA DELLO STEN" per personale medico ed infermieristico dei centri nascita della ASL BARI
		Realizzazione di N. 3 incontri di formazione sul campo con gruppi di miglioramento sullo strumento di valutazione degli interventi psicologici e monitoraggio degli esiti in psicoterapia CORE-OM
		Organizzazione di eventi formativi per il personale di Comparto
		Aggiornamento in materia giuridico-forense: aspetti legali e forensi del lavoro nei SerD per gli utenti autori di reato.
		Ridefinizione del percorso del paziente con Ictus acuto dal territorio all'ospedale
		Organizzazione di eventi formativi per il personale operante all'interno della U.O.C.
		Organizzazione di evento formativo aziendale indirizzato al personale addetto al I Livello
		Promozione di corsi di formazione su Consenso Informato e Responsabilità Professionale
		Realizzazione di un evento formativo su "Gestione del dolore cronico"
		Promozione corsi di formazione sulla Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali n.13 aggiornata
		Organizzazione evento "Patient Blood Management (PBM)"
		Organizzazione di evento formativo aziendale dedicato ai TSRM impegnanti nel programma di screening
		Realizzazione di Corso di formazione annuale ECM rivolto ai Fisioterapisti del Dipartimento
		Progetto pilota di prevenzione primaria del benessere e salute psicofisica dei minori "Avrò cura di… me" rivolto a vari stakeholders: scuole, associazioni, Comune (Monopoli)-ASL BA
		Organizzazione di evento sulla digitalizzazione dei percorsi sanitari per il personale delle Direzioni Mediche e del P.O.
		Formazione di operatori per l'esecuzione di esami di screening del I e II Trimestre: Numero di operatori che hanno effettuato il tirocinio presso la UOC e che hanno ottenuto l'accreditamento durante il tirocinio
		Organizzazione di un evento formativo destinato a OSA e commissioni mensa riguardo la ristorazione collettiva in un'ottica one health
		Formazione operatori del settore Alimentare (OSA)
		Organizzazione di almeno 2 corsi di formazione riguardanti la celiachia e le allergie/intolleranze da alimenti destinate agli OSA
		Progetto formativo interno "Tecniche e procedure di polizia giudiziaria nell'ambito della sicurezza alimentare"

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		NUMERI DI CORSI DI FORMAZIONE ECM COMPLETATI DAL PERSONALE AFFERENTE ALL'AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE
		Organizzazione di un evento formativo destinato agli operatori dei servizi di sicurezza alimentare e nutrizionale riguardo la ristorazione collettiva in un'ottica one health
		Realizzazione di un percorso formativo accreditato ECM sul tema "Autorizzazione e Accreditamento Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie"
		Organizzazione di un evento formativo destinato agli operatori dei servizi di sicurezza alimentare e nutrizionale riguardo la prevenzione e la gestione delle intossicazioni da funghi epigei
		Organizzazione di un evento formativo destinato agli operatori dei servizi di sicurezza alimentare e nutrizionale riguardo le indagini di polizia giudiziaria ed il procedimento penale nell'ambito della sicurezza alimentare
		Piano di formazione aziendale: preparazione e svolgimento del corso di formazione aziendale " Farmacosorveglianza alla luce del Reg. Ue 2019/6 e del D.Lgs 7/12/2023 n. 218 "
		Organizzazione di un evento formativo destinato agli operatori dei servizi di sicurezza alimentare e nutrizionale riguardo il Controllo Ufficiale di laboratori che eseguono analisi nell'ambito dell'autocontrollo delle imprese alimentari
	Governo delle liste di attesa	Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa
		Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa con le Direzioni dei Distretti
		Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa con le Direzioni Mediche di Presidio
	Lotta allo Stigma	Effettuazione eventi di lotta allo stigma e/o promozione della salute rivolto a popolazione target a rischio DCA e/o operatori socio-sanitari
		Realizzazione di almeno un evento di sensibilizzazione delle comunità per la lotta allo stigma
		Realizzazione eventi di lotta allo stigma e/o interventi formativi nelle scuole rivolto a insegnanti e genitori. Almeno due scuole secondarie di secondo grado dell'area metropolitana barese
	Miglioramento della qualità assistenziale	Analisi con Metodologia NGS dei casi di Cardiomiopatia /Aritmia cardiaca in collegamento con il Dipartimento Cardiovascolare della ASL BARI
		Inizio terapia medica oncologica dalla data della diagnosi conclusiva discussa in MMD
		Intervento chirurgico dopo chemioterapia neoadiuvante entro 30 giorni dall'ultimo ciclo di terapia
		N. ricoveri chirurgici con utilizzo di procedure robotizzate su protesi di ginocchio
		Percentuale di adesione: % di persone in età target che eseguono il test / donne residenti (ind. LEA/NSG)

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Percentuale di adesione: % di persone in età target che eseguono il test / donne residenti (ind. LEA/NSG)
		Percentuale di parti vaginali con Partoanalgesia
		Posizionamento di clip amagnetica per riconoscimento di lesioni tumorali in pazienti arruolate in Breast Unit e candidate alla chemioterapia neoadiuvante
		Proporzione di pazienti con carcinoma infiltrante e ascella negativa alla valutazione clinico-strumentale (US/FNAC/CNB) sottoposte a sola biopsia del linfonodo sentinella
		Screening Carcinoma della cervice uterina: Percentuale di adesione della popolazione bersaglio
		Screening Neonatale per la Atrofia Muscolare Spinale
		Utilizzo del Sistema di Sequenziamento NGS per test DNA fetale per la analisi genomica ad ampio spettro (previo counselling)
		Elaborazione di un protocollo interno che descriva la presa in carico di pazienti chirurgici ricoverati c/o l'U.O.C. di Chirurgia Generale del P.O. San Paolo o di altri P.O.
		Progetto Genoma Puglia - Screening Genomico Neonatale
		Conferma modello di intervento 0-60 mesi; Attivazione di percorso sperimentale di trattamento per minori autistici 6-13 anni
		Revisione - Attivazione PDTA Autismo
		Elaborazione di una procedura operativa per la prenotazione/esecuzione degli esami di idoneità di primo livello ai pazienti che devono eseguire O.T.I.
		Attivazione processo transition per pz con epilessia con modalità intraziendale - Numero di pazienti condivisi con l'Ambulatorio di Epilessia dell'U.O.C. di Neurologia P.O. Di Venere ASL Bari
		Elaborazione di un protocollo operativo interno all'U.O. relativo al trattamento della ipoacusia improvvisa in pazienti ricoverati o ambulatoriali
		Inserimento di espansore mammario immediato post-Mastectomia (età <= 55 aa)
		Protocollo ERAS: creare un percorso di gestione pre, peri e postoperatorio standardizzato per la riduzione dello stress chirurgico e un miglior supporto delle funzioni d'organo, per una ripresa dopo intervento chirurgico più veloce e sicura
		Implementazione dell'ambulatorio di Cure Palliative di Grumo Appula con attivazione Ambulatorio Infermieristico di Cure Simultanee per Malati Rari e Fragili (come da Del. 1252 del 15 luglio 2019).
		Prevenzione del rischio suicidario con conseguente riduzione dell'ospedalizzazione e/o dell'istituzionalizzazione - Intervento di gruppo sugli adolescenti con incontri a tema
		Sperimentazione Intervento di Mindfulness Eating di gruppo per soggetti con Disturbo da Alimentazione Incontrollata (BED) con sovrappeso/obesità

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Percentuale di pazienti avviate a chemioterapia neoadiuvante dopo discussione in MMD
		Numero di counselling ai fini della preservazione della fertilità
		Completamento rete di 2 livello - attivazione centro di Santeramo in Colle
		Estensione DNA fetale ad altri Centri Regionali (AOU Foggia - ASL Lecce)
		Attivazione procedure condivise dei rapporti di rete con i servizi socio-sanitari del territorio
		Update dei minori in trattamento con il protocollo DAN
Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa	**Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO"**	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione
		Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza
	Certificazione dei Bilanci	Completamento del Percorso Attuativo Certificabilità dei Bilanci
	Comunicazione istituzionale	Invio dei dati all'URP per l'aggiornamento del Portale aziendale
		Monitoraggio per la valutazione della presenza della ASL sui media - Analisi qualiquantitativa del sentiment e delle menzioni/citazioni
		Analisi e revisione dei contenuti al fine della migrazione dati verso nuovo sito ASL Bari - Portale PugliaSalute
	Controllo della Spesa	Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni effettuate da medici prescrittori aziendali per l'incremento dell'utilizzo di farmaci biosimilari o comunque a più basso costo nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali
		Mobilità Passiva extraregionale Assistenza Specialistica relativa alla Neuropsichiatria Infantile
		Monitoraggio della spesa annua per residenzialità riabilitativa per DCA rispetto al budget assegnato
		Monitoraggio della spesa dell'Assistenza Riabilitativa per malati e disturbati mentali da privato
	Controllo dell'implementazione delle procedure di servizio	Supervisione in campo del personale dirigente e controllo a posteriori dei TDP
	Deflazionamento del contenzioso	Monitoraggio delle prestazioni erogate in pronta disponibilità attiva e relativi riposi, ai sensi del DLGS 66/2003 e Legge 133/2008
		Monitoraggio ferie maturate e non godute
		Ricognizione delle 200/250 partite aperte/fatture anni precedenti implementate sul MOSS come da indicazione AGRF
	Efficienza operativa	Analisi della movimentazione in ingresso/uscita degli utenti dalle strutture sociosanitarie, con indicazione dei relativi periodi di permanenza e di eventuale cambio tipologia di Assistenza con creazione di database, anche anonimizzato
		Avvio della produzione di Emocomponenti ad uso non trasfusionale
		Collaborazione con STP nella stesura della Relazione annuale sulla Performance
		Controllo di qualità su apparecchiature radiologiche: Numero apparecchiature controllate/apparecchiature installate

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne
		Ispezioni presso le farmacie pubbliche e private convenzionate, parafarmacie e distributori all'ingrosso Monitoraggio e verifica del rispetto della normativa vigente nazionale e regionale in materia di vigilanza ispettiva
		N. Valutazioni medico legali per responsabilità professionali su richieste SBL redatti entro 180 giorni sul totale delle visite medico-legali eseguite
		N.ro misure di esposizioni ambientali/N.ro diagnostiche radiologiche
		N.ro schede personali dosimetriche aggiornate/ N.ro schede totali
		Numero prestazioni ambulatoriali esterne
		Potenziamento Ambulatorio Cefalee: Numero visite
		Potenziamento Ambulatorio Parkinson: Numero visite
		Potenziamento Ambulatorio Potenziali Evocati: Numero prestazioni
		Produzione unità di plasma da destinare alla lavorazione industriale
		Reclutamento delle gestanti con rischio intermedio al test combinato per l'esecuzione del test del DNA fetale.
		Recupero crediti cessione emazie a Case di Cura Private Accreditate, come da disposizioni della Direzione Strategica e degli Uffici Regionali
		Sottoscrizione accordi contrattuali con le Strutture Accreditate in conformità alle disposizioni regionali
		Sottoscrizione accordi contrattuali con le Strutture Sociosanitarie in conformità alle disposizioni regionali
		Supporto all'OIV e STP per la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget annuale
		Unità di sangue raccolte
		Utilizzo del software gestionale per la sorveglianza sanitaria presso tutte le sedi e unificazione degli archivi
		Numero prestazioni ambulatoriali esterne Ambulatorio Terapia del Dolore
		Fatturato Day Service
		Realizzazione del progetto "percorsi di tutela della ASL BA" in favore di pazienti oncologici, disabili gravissimi e pazienti con codice esenzione 046 (SMA, SLA, Sclerosi Multipla)
		Collaborazione con STP alla Redazione del PIAO 2025-2027 relativamente alle parti di competenza
		N. esami strumentali EcoTSA e Doppler Transcranico
		Numero Day Service
		Implementazione controllo neurologico in telemedicina: N. di Televisite neurologiche di controllo
		Elaborazione di almeno un Capitolato Tecnico per ciascuna Farmacia Ospedaliera per l'acquisto di beni sanitari
		Apertura degli ambulatori di Geriatria, Dietologia e Day Service Anemie

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Realizzazione e pubblicazione dell'elenco dettagliato (Denominazione Struttura, Indirizzo, Comune, CAP, Telefono) delle Strutture Private Accreditate di competenza UOGRC
		Audit semestrali con le strutture private accreditate e contrattualizzate per la verifica dell' esecuzione delle prescrizioni contrattuali e di legge, per la definizione di appositi protocolli attuativi e Best Practices da implementare uniformemente
		Numero Day Service per Anemie
	Efficienza organizzativa	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS comprensivo di personale dipendente e convenzionato
		Audit periodici (con cadenza quadrimestrale) di aggiornamento e controllo dell'attuazione del protocollo aziendale delle procedure amministrative per l'accesso dei pazienti alle Strutture Sociosanitarie alla luce delle nuove Disposizioni Regionali
		Azioni propedeutiche per il monitoraggio delle Macrostrutture sull'attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale
		Controlli ispettivi presso le UU.OO. Ospedaliere mediante l'utilizzo di check list validate dal Direttore del Dipartimento Gestione del Farmaco
		Coordinamento nelle attività Dipartimentali per la predisposizione del Piano degli Investimenti anno 2025
		Espletamento Gare sotto soglia dopo la ricezione dei capitolati tecnici (DDG 2161/2016), in seguito ad assegnazione della Direzione Amministrativa Aziendale
		Espletamento visite obbligatorie del personale neo assunto (visite preventive in fase preassuntiva)
		Gestione amministrativa e giuridica del personale assegnato all'UOC Medicina Penitenziaria e UOC Cure Palliative
		Gestione centralizzata e standardizzazione delle procedure tese alla gestione del budget per i contributi alle spese sanitarie sostenute dai cittadini con disturbi dello spettro autistico (art. 72 comma 4 L.R. n° 32/2022 e D.G.R. N° 1086/2023)
		Gestione centralizzata e standardizzazione delle procedure tese alla gestione del budget per i contributi erogati ad assistiti aventi diritto agli adattamenti agli strumenti di guida, rif. DGR 455/2022
		Implementazione PIAO per la parte di competenza dell'AGRU
		Indizione Avvisi UU.OO.SS Distrettuali
		Intervallo di tempo tra richiesta Documento Unico di Valutazione Rischi da Interferenze e consegna dello stesso alle Strutture competenti
		Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale
		Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi operativi di budget delle UOC E

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		UOSVD al 30 giugno, come da singoli obiettivi assegnati alle UOC e UOSVD
		Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget
		Monitoraggio del rispetto dei vincoli di finanza pubblica in occasione dei CE trimestrali
		Organizzazione di incontri periodici con le singole UU.OO. Sull'andamento della spesa per beni sanitari
		P.N.R.R.: Supporto al gruppo di lavoro aziendale per le attività richieste dalla Regione
		Percentuale di Unità di sangue eliminate per cause tecniche
		Procedure di Gara sotto soglia per fabbisogno di fornitura di beni/servizi per fabbisogno ospedaliero ASL aggregato
		Promozione di attività di informazione/ formazione in merito alla vaccinazione antinfluenzale (obbligatoria) per il personale sanitario della ASL BA, inserimento su portale GIAVA, comunicazioni siti istituzionali
		Raccolta relazioni degli obiettivi operativi di budget delle UOC e UOSVD al 31 dicembre
		Redazione documento annuale sul raggiungimento degli obiettivi di budget
		Report dati Provinciali relativo alla produzione degli SPESAL con il confronto tra le tre aree in rapporto alla dotazione del personale disponibile
		Rispetto dei target di spesa per la Rendicontazione dei Fondi Europei FESR
		Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale
		Trasmissione mensile entro 10 gg. dalla fine del mese di riferimento alla Direzione Amministrativa di Presidio dei dati necessari alla fatturazione mensile da parte delle ditte fornitrici dei servizi di Lavanderia e Mensa
		Censimento delle attività amministrative trasversali SBL-AGRU e SBL-AGRF ai fini deflattivi del relativo contenzioso
		Aggiornamento dei DVR dei PP.OO
		La scelta del mdc Integrazione con i mdc generici - Posizione SIRM
		Proposta di regolamento aziendale per la gestione delle liste d'attesa
		Elaborazione procedura operativa in caso di sciopero per il personale di Comparto
		Aggiornamento dei DVR dei Distretti
		Monitoraggio della qualità dei campioni cito-istologici di screening provenienti dai Consultori Familiari e dagli Ambulatori di Ginecologia
		Elaborazione procedure operative delle professioni sanitarie Area Critica - Area Medica - Area Chirurgica - Area Territoriale
		Organizzazione di incontri periodici con i MMG sull'appropriatezza prescrittiva in ambito riabilitativo
		Aggiornamento dei DVR dei Dipartimenti Territoriali
		Aggiornamento DVR Presidi Ospedalieri: sopralluoghi presso i presidi ospedalieri oggetto dell'aggiornamento del DVR;

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		individuazione delle sorgenti di rischio; valutazione dei rischi e dei conseguenti livelli di esposizione; aggiornamento del DVR
		Definizione di buone prassi per l'erogazione terapia farmacologica sostitutiva nei SerD.
		Completamento delle Gare Service dei Lotti Corelab ed Elettroforesi
		Elaborazione Protocollo operativo controlli di qualità SPEC/CT
		Censimento titoli per recupero crediti ASL
		Aggiornamento DVR dei Distretti: sopralluoghi presso i Distretti Socio Sanitari oggetto dell'aggiornamento del DVR; individuazione delle sorgenti di rischio; valutazione dei rischi e dei conseguenti livelli di esposizione; aggiornamento del DVR
		Proseguimento ed implementazione dell'attività di televisita già in atto - Numero pazienti contattati in televisita
		Attivazione di attività di recupero dei crediti ASL censiti
		Aggiornamento DVR dei Dipartimenti: sopralluoghi presso le strutture del Dip. Territoriale oggetto dell'aggiornamento del DVR; individuazione delle sorgenti di rischio; valutazione dei rischi e dei conseguenti livelli di esposizione; aggiornamento del DVR
		Elaborazione di un Protocollo Operativo che, partendo dalla mappatura dei processi, vada a definire le attività coordinate dell'AGP e della UOASSI, nell'acquisizione di beni e servizi HW e SW
		Redazione Bilancio di Genere 2024
		Relazione per i rischi specifici da radiazioni ionizzanti negli ambienti in cui sono allocate apparecchiature e/o sorgenti radiogene e per il rischio in risonanza magnetica
		Valutazione di soggetti seguiti presso U.O.S.V.D. Centro Epilessia ed EEG Età Evolutiva per approfondimento di tipo genetico
		Elaborazione della Carta dei Servizi della U.O.C. Cure Palliative
		Completamento Nuovo Ospedale Monopoli-Fasano: fornitura, installazione e collaudo dell'80% circa, delle apparecchiature elettromedicali aggiudicate per il lotto 2 e per il lotto 3.
		P.N.R.R.: Avvio e cantierizzazione di almeno il 50% di tutti gli interventi inerenti le Case di Comunità e gli Ospedali di Comunità
		Effettuazione esami e refertazione di TC e RM, ove presente entro 72 h. dalla richiesta per pazienti ricoverati
		Percorso urgenze: N. pazienti provenienti da UU.OO. di Pediatria dell'ASL BA con patologia acuta in atto - Prima valutazione ed eventuale presa in carico entro 48 ore
		Aggiornamento del Regolamento Aziendale sul Patrocinio Legale dei dipendenti della ASL BA
		Audit reattivi a seguito di aggressioni del personale
		Programma Investimenti ex art. 20 L. 67/88 - redazione capitolati per le apparecchiature presenti nel quadro economico del progetto

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		sia per il PO Di Venere che per il PO San Paolo.
		Proposta di regolamento per graduazione e conferimenti incarichi di Dirigenza P.T.A.
		Indizione ed aggiudicazione della procedura di gara per il servizio di conduzione, manutenzione ordinaria e straordinaria degli impianti termici e di climatizzazione della ASL BA
		Gara per tutti gli Enti del SSR per l'affidamento dei servizi di archiviazione, custodia e gestione della documentazione sanitaria, assimilabile ed amministrativa degli Enti del SSR
		Controllo Analogo sulla Società in house Sanitaservice come da Protocollo Operativo in D.D.G. 1766/2024
		Alimentazione flusso informativo grandi apparecchiature sanitarie sul portale NSIS - Alimentato trimestrale ed invio annuale al Ministero per il flusso delle grandi apparecchiature.
		Proposta di piattaforma di contratto integrativo aziendale 2025 – Area Sanità
		Indizione ed aggiudicazione della procedura di gara per il servizio di conduzione, manutenzione ordinaria e straordinaria degli impianti elevatori della ASL BA
		Completamento Nuovo Ospedale Monopoli-Fasano: Cantierizzazione, Avvio e conclusione dell'appalto dei lavori e forniture delle sale operatorie
		Espletamento delle procedure di conferimento di incarico di direzione di strutture complesse
		Aggiudicazione procedura aperta per fornitura triennale di protesi e mat. vascolare per chir. vascolare ed endovascolare per le UOC di Chir. Vascolare e Cardiologia dell'ASL BA finalizzata alla conclusione di un Accordo Quadro con più operatori economici
		Completamento Nuovo Ospedale Monopoli-Fasano: Cantierizzazione, Avvio e conclusione dell'appalto dei lavori e forniture di radiodiagnostica
		Riconoscimento indennità di personale di studio ai MMG aderenti alle A.F.T. – AIR 2024
		Espletamento convocazione a visita del personale di prossima quiescenza ai sensi del DL 81/2008 e s.m.i.
		Patrimonio Immobiliare in locazione; Ottimizzazione degli immobili in locazione nel comune di Acquaviva delle Fonti
	Governance aziendale	Gestione istanze esercizio di diritti e data-breach
		Gestione istanze sperimentazioni cliniche
		Attività di audit nell'ambito del Piano di Audit presso le strutture interne all'Azienda
		Riorganizzazione della Rete Referenti URP
	Monitoraggio attività libero professionale	Predisposizione CE ALPI 1 Semestre 2025
	Monitoraggio della spesa	Monitoraggio della spesa dell'Assistenza Riabilitativa residenziale/semiresidenziale per tossicodipendenti da privato
	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)
	Rispetto dei tempi di pagamento	Tempo medio annuo di pagamento delle fatture dopo la liquidazione delle stesse
	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	Monitoraggio mensile delle presenze di utenti in comunità
		Num. giorni necessari per la liquidazione fatture
		Trasmissione bolle caricate in MOSS alla Direzione Amministrativa di Presidio nei modi e tempi utili alla liquidazione entro 40 giorni
Assistenza farmaceutica	**Misure per la razionalizzazione degli acquisti di beni sanitari**	Inventario al 30 giugno e 31 dicembre del deposito farmaceutico della U.O. Farmacia e delle singole UU.OO. Del Presidio secondo le indicazione del Direttore del Dipartimento
	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali
	Attuazione Piano Nazionale della Farmacosorveglianza	Allevamenti DPA previsti/controllati per la corretta gestione del farmaco
		Controlli ufficiali presso attività diverse da quelle in cui si allevano animali da produzione di alimenti previsti/controllati
Assistenza Sanitaria Territoriale	**Integrazione Ospedale-Territorio**	Immissione di nuovi pazienti in dialisi peritoneale
Capacità di governo della domanda sanitaria	**Analisi epidemiologiche**	Aggiornamento dell'analisi, per singolo DSS, della cronicità per coorti di pazienti in base alla complessità e relativo setting assistenziale
		Analisi Mobilità Passiva Ambulatoriale
		Analisi Mobilità Passiva Ospedaliera
		Relazione sullo Stato di Salute della popolazione della ASL BA
	Attuazione Piano Nazionale Alimentazione Animale	n. campionamenti effettuati/tot. campionamenti previsti
		n. campionamenti PNAA effettuati/numero campionamenti previsti
	Clinical governance	% codici Arancioni presi in carico entro 15 minuti
		% Abbandoni da P.S.
		% Accessi seguiti da ricovero o trasferiti
		% di ricoveri per Gastroenterite
		% Dimissioni volontarie
		% IMA non provenienti da altre Strutture trattati con PTCA entro 2 gg
		% parti vaginali con Episiotomia
		% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48 ore dal ricovero in regime ordinario in pazienti > 65 anni
		% Ricoveri da P.S. in Reparti chirurgici con DRG Chirurgico alla dimissione
		% ricoveri in regime di urgenza nelle UU.OO. di Area Medica attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza
		Ambulatorio generale: N. pazienti/mese
		Attività chirurgica per ipertrofia prostatica benigna: N. ricoveri ordinari
		Degenza Media
		Degenza Media Pre Operatoria

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Implementazione e/o potenziamento attività di Day Service nefrologici autorizzati dalla Regione Puglia (es. PAC 26, 27, 28, 29, 73; PCB 26)
		Importo attività ambulatoriale
		Incontri di gruppo con intervento riabilitativo DCA con Like Skill e Cognitive Remediation Realizzazione Therapy a soggetti area DCA restrittiva
		Incremento dei punti di offerta diagnostico-operativa per lo screening
		Indice Chirurgico
		Monitoraggio implementazione procedura per la presentazione dell'istanza di autorizzazione dei farmaci e/o trattamenti extra-LEA a carico del SSN/SSR per i pazienti affetti da MR
		N. di Tracheotomie chirurgiche
		N. prestazioni di Day Service
		Numero di pazienti arruolate per interruzione di gravidanza oltre il 90° giorno di amenorrea
		Numero di pazienti con diagnosi di aborto ritenuto arruolate per procedura farmacologica in day hospital
		Numero di prescrizioni di terapia a domicilio mediante piattaforma EDOTTO
		Numero di prescrizioni di terapia mediante legge 648/96 in proporzione ai day service/day hospital
		Numero inserimento IUD post IVG
		Numero pazienti inviate ai consultori post IVG
		Numero sedute IVG farmacologiche per IVG e Aborti spontanei
		Percentuale Colecistectomie Laparoscopiche con D.M. postop. <3gg
		Percentuale di interventi chirurgia colo-rettale in laparoscopia
		Peso medio DRG
		Prevenzione delle recidive di IVG con contraccezione orale o meccanica predisposta all'atto della dimissione
		Prevenzione e Gestione Integrata dei fenomeni di marginalità e inclusione sociale
		Programma strutturato di Psicoeducazione per familiari di soggetti con DCA in carico alla UOSVD DCA
		Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario
		Screening Carcinoma della cervice uterina: potenziamento dell'attività di II livello
		Screening pre-eclampsia
		Implementazione di un procedura interna per l'assistenza al neonato ELGAN a partire dalla sala parto
		Potenziamento campagna vaccinale per la popolazione detenuta
		Aggiornamento del Piano Organizzativo della Rete dei Laboratori della ASL BA alla luce delle modifiche della Rete Ospedaliera
		Mezzi di contrasto in età pediatrica: Indicazioni, protocolli, prevenzione e gestione delle reazioni avverse
		% parti cesarei primari

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Elaborazione di percorso aziendale di posizionamento PEG di primo impianto e prima sostituzione per i pazienti Fragili e Rari in collaborazione con UOC Cure Palliative e UOC Gastroenterologia P.O. San Paolo.
		Elaborazione di un percorso di sedazione palliativa
		Elaborazione di protocollo per la diagnosi, cura e follow up delle patologie pneumologiche nella popolazione detenuta
		Elaborazione Documento per la Dematerializzazione della Documentazione clinica in diagnostica
		Creazione di coordinamento unico sperimentale per individuazione appropriato setting comunitario utente autore di reato Riduzione dei tempi della lista d'attesa di 3 mesi
		Accentramento della diagnostica virologica aziendale presso il Laboratorio Provinciale di Microbiologia e Virologia dell'Ospedale Di Venere
		Statement sull'uso della Mammografia con MdC (CEM) in Italia
		Potenziamento attività presso il P.O. della Murgia: N. prestazioni ambulatoriali esterne ed interne
		Adozione di un questionario per la valutazione delle qualità delle cure percepita dai genitori
		Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria
		Elaborazione documento di Management della erogazione delle prestazioni di diagnostica per immagini nei Distretti Socio Sanitari
		Ampliamento dei punti di offerta diagnostico-operativa
		Consolidamento dei punti di offerta diagnostico-operativa di recente apertura per lo screening
		Elaborazione di report mensile sulle infezioni ospedaliere
		Realizzazione di sopralluoghi di verifica di appropriatezza della presa in carico e setting riabilitativo adottato con i P.R.I.
		Potenziamento attività ERCP presso il P.O. della Murgia: N. prestazioni di ERCP
		Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute aggiornata
		Elaborazione della procedura aziendale condivisa dagli operatori pediatrici ed a cura di medici pediatri delle UU.OO. di Pediatria
		Elaborazione di un protocollo assistenziale relativi alle principali patologie in carico, sia in regime residenziale che assistenziale
		Implementazione di un procedura interna in linea con le raccomandazioni della Società Italiana di neonatologia per la profilassi oftalmica neonatale
		Implementazione di un nuovo settore Biologia Molecolare
		Organizzazione di Audit proattivi nelle UU.OO. Area Medica - Area Chirurgica - Terapia Intensiva

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Realizzazione di Protocollo per la presa in carico e setting dei pazienti fragili
		Organizzazione di evento pubblico divulgativo con pubblicazione di brochure informativa
		Realizzazione di progetti psicoeducativi rivolti a pazienti dell'SPDC
		Potenziamento attività di Day Service
		Percentuale di Day Service erogati a seguito di prenotazione su Agenda in nCUP
		Adeguamento alle Linee di indirizzo ministeriali 2020 relative alla procedura farmacologica per IVG ambulatoriale
		Follow up telefonico degli outcome su almeno il 50% degli utenti dimessi dal 2011 ad oggi
		Elaborazione di Percorso integrato per la gestione degli accessi vascolari per Emodialisi
		Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n.13 aggiornata
		Coordinamento studio prospettico osservazionale su dimissioni ritardate nei reparti Medicina Interna Geriatria e LD Regione Puglia (DIRIMI)
		Avvio procedura CEM BIOPSY per ridurre la percentuale di esiti inadeguati
	Donazione Organi e/o Tessuti	N. donazioni/N. accertamenti morte cerebrale
		Organizzazione di incontri con il personale sanitario delle varie UU.OO. (D.M., C.P.S.I) finalizzato alla elaborazione di una procedura che descriva la presa in carico dei potenziali donatori di cornee.
	Miglioramento dell'offerta sanitaria	Percentuale di ricoveri di pazienti extra ASL
	Misure per il contenimento della spesa farmaceutica	% erogazioni effettive del primo ciclo di terapia rispetto alle prescrizioni.
		Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria
		Costo Mat. Diagn. Laboratori / Ricavi da attività sanitaria
		Costo Materiale per emodialisi / Ricavi da attività sanitaria
		Costo Materiale per radiologia / Ricavi da attività sanitaria
		Costo Materiale protesico / Ricavi da attività sanitaria
		Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria
		Monitoraggio, Analisi e Controllo per DSS dei costi della farmaceutica convenzionata per ATC con scostamento rispetto all'esercizio precedente
		Monitoraggio, Analisi e Controllo per DSS dei costi per beni sanitari (farmaci e dispositivi) con scostamento rispetto all'esercizio precedente
		Prescrizione di farmaci aventi brevetto scaduto nei pazienti "naive" nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali
		Spesa farmaceutica convenzionata (al lordo del payback ed al netto del ticket) per popolazione pesata normalizzata OSMED
	Obblighi informativi	Redazione Report attività I e II livello per gli anni 2022-2023-2024-2025
	Registro regionale delle malformazioni	N° casi comunicati
Prevenzione	**Attività di vigilanza e controllo (Obiettivo LEA)**	Numero di aziende da verificare e controllare sul totale di attività produttive con almeno un

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		dipendente (n. 14380) presenti nel territorio della ASL BA (rif. LEA)
		Numero di aziende da verificare e controllare sul totale di attività produttive con almeno un dipendente presenti sul territorio di competenza (Fonte INAIL)
	Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di controlli ufficiali sulla base di criteri e frequenza stabilita su OSA Registrati	Numero di controlli minimi su OSA registrati ai sensi del Reg. CE 852/04 con tecniche di ispezione o audit / numero di OSA Registrati Reg. CE 852/04
	Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di controlli ufficiali sulla base di criteri e frequenza stabilita su OSA Riconosciuti	Numero di controlli minimi su OSA riconosciuti ai sensi del Reg. CE 853/04 con tecniche di ispezione o audit / numero di OSA Riconosciuti Reg. CE 853/04 (NSG - P 13Z)
	Attuazione Piano Nazionale Residui	n. campionamenti effettuati / tot. campionamenti previsti
	Certificazione animali morti	Controlli su invio a smaltimento degli animali morti
	Controlli sugli allevamenti	Allevamenti bovini-bufalini-ovicaprini con indirizzo produttivo latte con qualifica sanitaria per Paratubercolosi (PT0) assegnata / totale allevamenti bovini-bufalini-ovicaprini con indirizzo produttivo latte
		Allevamenti controllabili per Aujeszky/totale allevamenti suini soggetti al programma
		Allevamenti controllabili per BR bovina / totale allevamenti bovini soggetti al programma
		Allevamenti controllabili per BR ovi-caprina / totale allevamenti ovi-caprini soggetti al programma
		Allevamenti controllabili per TBC e LEB bovina / totale allevamenti bovini soggetti al programma
		Allevamenti equini controllati/tot. allevamenti equini controllabili
		Genotipizzazione del EST (Scrapie) per le quote da rimonta degli allevamenti iscritti a libri genealogici e razze autoctone in via di estinzione soggetti al programma, ai fini della salvaguardia del patrimonio genetico ovino
		Allevamenti ovini e caprini controllabili per Scrapie classica / totale allevamenti ovini e caprini soggetti al programma
	Controllo e contenimento randagismo	Cani randagi catturati identificati ed iscritti nel sistema SIRAAF / cani randagi catturati
		Iscrizione nel sistema SIRAAF di tutte le Colonie feline conosciute
		Cani randagi catturati identificati ed iscritti Anagrafe Canina Regionale / cani randagi catturati per le Macroaree Metro, Nord e Sud
		Iscrizione in BDR sistema SIRAAF di tutte le Colonie feline conosciute per le Macroaree Metro, Nord e Sud
	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti	Liv. di copertura di base delle principali attività di controllo per la contaminaz. di alimenti, con partic. riferimento alla ricerca di sostanze illecite, residui di contaminanti, farmaci, fitofarmaci e additivi negli alimenti di origine animale e veget.
	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
	Mantenimento standard adeguati di sicurezza alimentare	Revisione ed adeguamento delle analisi del rischio degli stabilimenti riconosciuti CE

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
	P.R.P. 2021-2025: PP3	Realizzazione di un progetto di salute a livello territoriale per la mappatura del cardiorischio in lavoratori di età superiore ai 45 anni
	P.R.P. 2021-2025: PP6	Percorsi di formazione per le aziende individuate e percorsi di formazione dei lavoratori e dei datori di lavoro -Formazione incentrata su metodologie efficaci di verifica della valutazione del rischio
		Supporto alle imprese su sostegno, autovalutazione e gestione dei rischi, ruolo dei lavoratori nell'organizzazione della salute e sicurezza aziendale tramite l' attivazione di specifico PMP in "settori" specifici diversi da Edilizia e Agricoltura
		Formazione incentrata su metodologie efficaci di verifica della valutazione del rischio (attrezzature di lavoro in edilizia)
	P.R.P. 2021-2025: PP7	Numero di cantieri vigilati rispetto al totale delle notifiche preliminari ex art. 99 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i. nell'annualità precedente rispetto a quella di riferimento
		Piano mirato di prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali: Completamento di PMP nel settore agricolo e zootecnico
		Numero di cantieri edili ispezionati sul territorio aziendale rispetto al totale dei cantieri notificati ex art. 99 D.Lgs 81/08 sul territorio di competenza nell'anno precedente
		Definizione e applicazione di strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) mirate al contrasto di un rischio e/o esposizione prioritari - PMP come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali
	P.R.P. 2021-2025: PP8	Controlli su sostanze e miscele classificate cancerogene su iniziativa degli SPESAL
		Piano mirato di prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali: Elaborazione e avvio di un PMP
		Numero di controlli annui in coordinamento con ACR REACH-CLP
	Potenziamento attività di controllo	N. controlli su Piscine Pubbliche o Private espletati / N. richieste di controllo Piscine Pubbliche o Private pervenute
		Numero di scuole dell'infanzia verificate "monitoraggio radon" rispetto al numero delle scuole dell'infanzia che insistono sul territorio
		n° di strutture ricettive (Hotel) verificate "adempimenti protocolli per la prevenzione Legionellosi"/n° strutture ricettive (Hotel) insistenti sul territorio
	Potenziamento attività di controllo ufficiale sugli Stabilimenti di commercio ingrosso/dettaglio mangimi e determinazione del profilo di rischio	Stabilimenti di commercio ingrosso/dettaglio mangimi (materie prime, mangimi composti) controllati/totale in anagrafica aggiornata
	Potenziamento attività di prevenzione vaccinale	Copertura vaccinale a 24 m. per ciclo base (NSG-P01C)-N. soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (3 dosi) / N. soggetti della stessa coorte
		Copertura vaccinale a 24 m. per la 1a dose di vaccino anti-MPR (NSG-P02C) - N. soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con 1a dose / N. soggetti della stessa coorte
		Copertura vaccinale anti-HPV (NSG-P05C). Chiamata attiva bambine nel corso del 12°a.

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		di vita. N° inviti / N. bambine della stessa coorte
		Copertura vaccinale anti-meningococcica tetravalente (NSG-P04C) - N. soggetti entro i 24 m. di età vaccinati con ciclo completo / N. soggetti della stessa coorte
		Copertura vaccinale anti-pneumococcica (NSG-P03C) - N. soggetti entro i 24 m. di età vaccinati con ciclo completo / N. soggetti della stessa coorte
	Potenziamento screening oncologici	Screening Carcinoma Cervice Uterina: Applicazione delle procedure di controllo di qualità interno ed esterno previste dal GISCI per il nuovo algoritmo di screening
		Screening Carcinoma del Colon retto: Percentuale di estensione della popolazione bersaglio
		Screening Carcinoma del colon-retto: potenziamento dell'attività di II livello
		Screening Carcinoma della cervice uterina: Percentuale di estensione della popolazione bersaglio
		Screening Carcinoma della mammella: Percentuale di estensione della popolazione bersaglio
		"Procedura per il trasporto dei campioni biologici citologici e istologici" – aggiornamento 02
		Screening Carcinoma Cervice Uterina: Monitoraggio della mancata applicazione delle indicazioni delle linee guida per la prevenzione del cervicocarcinoma da parte delle Strutture afferenti
		Potenziamento degli screening oncologici per il carcinoma del colon-retto nella popolazione detenuta
		Organizzazione incontri di sensibilizzazione e aggiornamento dei MMG
		Organizzazione incontri di sensibilizzazione e aggiornamento dei MMG e Specialisti Ambulatoriali
	Prevenzione primaria delle dipendenze	Progetto "intelligenza emotiva" Incontri di Informazione/Educazione sui rischi connessi all'uso di alcool volto agli alunni delle scuole secondarie di primo grado
	Promozione della sicurezza alimentare	Controlli mirati sull'utilizzo del sale iodato nella ristorazione collettiva e nele attività di vendita
		Controlli su attività di deposito produzione e commercializzazione MOCA
		Controllo dei laboratori che eseguono analisi per l'autocontrollo
		Effettuazione di AUDIT congiunti con SIAV B Nord su ristorazione scolastica e socio assistenziale
		Effettuazione di ispezioni congiunte con SIAV B su ristorazione scolastica e socio assistenziale per sorveglianza e prevenzione della Listeriosi
		10 cc.uu.* (ispezione, audit, campionamento) congiunti presso centri cottura e terminali di somministrazione pasti per la ristorazione scolastica ed assistenziale. Tutela consumatori – Sicurezza alimentare utenza sensibile
		7 Audit su attività indicizzate come ad alto rischio

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		C.U./ Audit su laboratori che effettuano analisi per Autocontrollo su alimenti
		Ispezioni programmate presso OSA nella misura di 279/anno, comprendendo ispezioni presso Aziende Primarie, rivenditori di fitosanitari, pozzi, serbatoi e casette dell'acqua.
		Controlli ufficiali congiunti con il SIAN sulla Ristorazione collettiva e socioassistenziale
		8 Audit su attività indicizzate come ad alto rischio
		Organizzazione di un evento formativo destinato a operatori degli impianti di macellazione – igiene generale GMP e GHP – prelevamento dei campioni per la ricerca della trichina nelle specie sensibili
		Organizzazione di un evento formativo destinato a operatori degli impianti di macellazione – benessere degli animali alla macellazione
		Valutazione nutrizionale Scheda 4.7 ristorazione collettiva scolastica e socio-assistenziale
	Qualità flussi informativi	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza
		Rendicontazione semestrale relativa all'utilizzo del sistema informativo CLICK PREVENZIONE suddiviso per area
		Ricezione, correzione, validazione ed invio dei flussi ministeriali di competenza UOSE nel rispetto delle scadenze (Modelli NSIS)
		Rispetto delle scadenze per l'invio informatico dei flussi ministeriali di competenza UOSE Art.50 ex legge n.326/2003 su Sistema TS
		Rispetto dello scadenziario di ogni flusso informativo richiesto dalla direzione DDP
		Scheda nazionale A Rilevazione attività: Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti/totale flussi informativi di competenza
		Scheda nazionale B Rilevazione attività: Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti/totale flussi informativi di competenza
		Verifica della validazione, con rilevazione di eventuali anomalie, dei flussi regionali di competenza UOSE nel rispetto delle scadenze (CEDAP, SDO, ISTAT D.11, ISTAT D.12, ISTAT D.14)
		Modello FLS 18 Assistenza Sanitaria Collettiva: Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti/totale flussi informativi di competenza
	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	Misurazione agenti fisici in ambienti di lavoro
		Misurazione agenti biologici in ambiente di lavoro
	Sorveglianza BSE dei Bovini di età 48 mesi morti in allevamento	prelievi obex/sul totale prelevabile
	Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di audit su OSA riconosciuti	Numero di audit su OSA riconosciuti ai sensi del Reg. CE 853/04
	Attuazione Piano Nazionale Benessere Animale	Allevamenti DPA previsti/controllati per la corretta applicazione del benessere animale

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
	Ispezione/Controllo, in esecuzione al Piano Nazionale Alimentazione Animale, presso gli Allevamenti con animali destinati alla produzione di alimenti e loro derivati	Allevamenti animali da reddito
	Potenziamento attività di controllo sugli impianti che trasformano Sottoprodotti di Origine Animale	Numero di controlli previsti/Numero di controlli effettuati
	Potenziamento attività di controllo sui mangimifici e determinazione del profilo di rischio dello stabilimento	Mangimifici controllati/totale mangimifici in anagrafica aggiornata
	Potenziamento attività di controllo sul benessere animale in allevamento	Allevamenti controllabili/Allevamenti controllati
		n. scorte proprie del veterinario per attività zooiatriche/ 33% del totale delle scorte proprie del veterinario per attività zooiatriche
		Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario
	Potenziamento attività di controllo sulla sicurezza alimentare	Controllo dei caseifici riconosciuti e registrati
		Controllo semestrale dei Centri di imballaggio uova
		Piano di monitoraggio armonizzato sulla resistenza agli antimicrobici (AMR) dei batteri zoonotici e commensali
		Programmazione ed esecuzione di controlli congiunti con il SIAN sulla ristorazione scolastica e socioassistenziale
		Certificazioni/attestazioni sanitarie richieste dagli OSA ai fini dell'esportazione degli Alimenti di Origine Animale, rilasciate entro i termini richiesti
		Controllo degli OSA che effettuano l'e-commerce alimentare
	Potenziamento attività di prevenzione del rischio correlato alle attività lavorative	Monitoraggio delle prescrizioni/limitazioni dei giudizi di idoneità per ogni P.O.
	Sorveglianza TSE ovini/caprini di età ≥ 18 mesi morti in allevamento	prelievi obex/sul totale prelevabile
Sanità digitale	**Sanità digitale**	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia
		% di prestazioni ambulatoriali con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia
		Completamento attivazione Software di Gestione della Rete Trasfusionale
		Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata
		Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse
		Aggiornamento regolamento di struttura per l'uso delle Postazioni di Lavoro (PdL) e dei servizi ICT nella ASL di Bari
	Cybersecurity	Predisposizione del Piano per la Sicurezza Informatica in attuazione della Direttiva Europea NIS 2 (Network and Information Security), recepita con Decreto Legislativo 138/2024
		Registrazione alla Piattaforma Digitale dell'Agenzia per la Cybersicurezza Nazionale (ACN) per definire la tipologia di soggetto ed i relativi obblighi normativi ai sensi del Decreto Legislativo 138/2024- Target

2.2 Dagli obiettivi strategici pluriennali agli obiettivi operativi annuali

Le politiche e le strategie aziendali sono definite dalla Direzione Strategica all'interno della *mission* e recepiscono le linee di indirizzo nazionali e regionali: esse sono il filo conduttore che congiunge il passato (valori), il presente (missione), il futuro prossimo (obiettivi), il futuro di lungo periodo (visione) e che consolida la ricerca della coerenza strategica. Le politiche e le strategie vengono declinate ogni anno in obiettivi assegnati alle singole strutture attraverso il processo di budget.

Il passaggio dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi è realizzato tramite la contrattazione degli obiettivi operativi di budget descritta dettagliatamente nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) aggiornato con D.D.G.n.179 del 26/01/2024.

Gli obiettivi di budget, coerenti con gli obiettivi di mandato del Direttore Generale e con gli obiettivi regionali e statali annuali, sono frutto di una contrattazione, sulla base dell'istruttoria coordinata dalla U.O. Controllo di Gestione, tra la Direzione Generale ed i dirigenti apicali (Direttori di Dipartimento Ospedaliero, Direttori di Dipartimento Territoriale, Direttori delle Aree di Gestione ed i Direttori/Dirigenti Responsabili delle Unità Operative (UU.OO.) di Staff).

Il conseguimento degli obiettivi, misurato con un criterio di proporzionalità, costituisce condizione necessaria per l'erogazione degli incentivi previsti dalla contrattazione integrativa aziendale, nel rispetto dei principi stabiliti nel D.Lgs.n.150/2009, nel D.Lgs.n.74/2017, nei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro della dirigenza e del comparto e nella regolamentazione aziendale.

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

La scheda di budget è costituita dai seguenti elementi:

- La descrizione sintetica dell'obiettivo
- La prospettiva alla quale ciascun obiettivo è collegato
- Il peso di ogni singolo obiettivo: ogni obiettivo sarà pesato secondo 3 valori: Alto-1; Medio-0,5 e Basso-0,25
- L'individuazione del relativo indicatore
- Il target che si deve raggiungere
- Gli obiettivi generali di cui sono espressione analitica

La contrattazione verte su un gruppo di obiettivi, organizzati secondo le 4 prospettive precedentemente enunciate, predisposti dalla Direzione Aziendale, dopo fase istruttoria curata dalla S.T.P. e dalla U.O. Controllo di Gestione (CdG), eventualmente integrati con ulteriori obiettivi specifici proposti dai Direttori/Responsabili di Struttura.

Gli obiettivi devono essere:

- coerenti rispetto ai bisogni degli assistiti, alle finalità istituzionali aziendali e alle scelte strategiche dell'Azienda e della Regione;
- misurabili, pertinenti e chiaramente descritti;
- rapportati alla quantità ed alla qualità delle risorse disponibili;
- riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno;
- tali da determinare un miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- comparabili, quando possibile, con i risultati raggiunti nei periodi precedenti e commisurati a

valori standard definiti a livello regionale o a valutazioni ottenute tramite la comparazione con strutture aziendali che svolgono attività omologhe.

Il processo di *budgeting* si avvale, per la sua realizzazione operativa, del sistema informativo aziendale e dei suoi sottoinsiemi costituiti, in particolare, da contabilità generale, contabilità analitica, sistema di gestione dei magazzini, sistema di gestione dei cespiti, sistemi di gestione del personale e flussi informativi regionali e nazionali.

Il percorso di budget operativo si sviluppa, di norma, nelle seguenti fasi:

- Definizione del Regolamento del budget operativo: il Regolamento di budget viene elaborato dalla Struttura Tecnica Permanente (S.T.P.) con il supporto della U.O. Controllo di Gestione, su mandato della Direzione Generale, ed adottato con atto deliberativo, nel più ampio quadro del SMVP elaborato dalla stessa Struttura Tecnica Permanente, su mandato della Direzione Generale;
- Apertura fase di negoziazione: la fase di negoziazione ha inizio con incontri tra la Direzione Generale ed i dirigenti apicali (Direttori di Dipartimento Ospedaliero, Direttori di Dipartimento Territoriale, Direttori delle Aree di Gestione ed i Direttori/Dirigenti Responsabili delle UU.OO. di Staff). Durante tali incontri la Direzione Generale, con il supporto della U.O. Controllo di Gestione e della S.T.P., presenta la proposta di budget (liv. II) sulla base degli indirizzi strategici aziendali, come risultanti dagli obiettivi di mandato del Direttore Generale e da quelli annuali assegnati dalla Regione ovvero individuati direttamente dallo Stato (liv. I), con l'invito ad integrarla eventualmente con obiettivi specifici;
- Fase istruttoria: questa fase si sviluppa inizialmente all'interno di ciascuna Macrostruttura, a cura del Direttore/Dirigente Responsabile, con la finalità di
    - illustrare ai Direttori/Responsabili delle Unità Operative afferenti la proposta della Direzione Generale promuovendo il dibattito e la partecipazione attiva;
    - individuare per ciascuna Unità Operativa, d'intesa con i relativi Responsabili, gli eventuali obiettivi integrativi. Tali obiettivi integrativi devono essere in linea con le 4 prospettive precedentemente indicate e coerenti con gli obiettivi regionali e statali assegnati al Direttore Generale e comunque rientranti nella sostenibilità economica e tecnica dell'Azienda. I Direttori di Macrostruttura completano le schede di budget con le eventuali proposte di integrazioni scaturite dal confronto e le trasmettono alla S.T.P.. Successivamente la S.T.P., con il supporto del Controllo di Gestione, effettua l'analisi delle proposte di budget operativo evidenziandone le eventuali incongruenze con la programmazione aziendale e la sostenibilità economica e tecnica.
- Conclusione della negoziazione e formalizzazione delle schede di budget: la Direzione Generale valuta la proposta di budget operativo pervenuta dalle Macrostrutture, ed in particolare le eventuali integrazioni introdotte, sulla base dell'istruttoria predisposta dalla S.T.P. con il supporto del Controllo di Gestione. La negoziazione si conclude, durante uno specifico incontro, con l'intesa tra il Direttore Generale e i Direttori/Dirigenti Responsabili di Macrostruttura e la sottoscrizione del documento di budget (scheda di budget). Copia delle schede sottoscritte viene pubblicata sulla Intranet aziendale all'indirizzo http://10.14.192.211/wordpress/cdg/cdg-sb/ raggiungibile da un computer collegato alla rete aziendale.
- Formalizzazione del budget operativo delle UU.OO.: il Direttore/Dirigente Responsabile di Macrostruttura formalizza le schede di budget sottoscritte con il Direttore Generale alle UU.OO. afferenti.
- Comunicazione interna della negoziazione dei budget operativi: i Direttori/Dirigenti Responsabili

delle Unità Operative hanno il compito di:

- informare i collaboratori assegnati alla Unità Operativa dell'esito della negoziazione
- documentare l'avvenuta comunicazione tramite l'invio di verbale al Controllo di Gestione
- predisporre il relativo Piano Operativo, che illustra, ripartisce ed assegna gli obiettivi di lavoro a tutto il personale della Unità Operativa, sia della dirigenza che del comparto. Tale documento, atto dirigenziale di programmazione annuale, è sottoscritto dal Direttore/Dirigente Responsabile, che ne dà comunicazione a tutto il personale assegnato alla U.O., ed inviato alla S.T.P.

- Monitoraggio intermedio e rimodulazione eventuale obiettivi di budget operativo: i Direttori/Dirigenti Responsabili destinatari degli obiettivi di budget possono richiedere, nelle ipotesi riportate di seguito, la rimodulazione della scheda di budget operativo inoltrando formale richiesta alla Struttura Tecnica Permanente, supportata dall'U.O. Controllo di Gestione, che provvederà a inoltrare, entro il mese di settembre, le proposte di rimodulazione alla Direzione Strategica per le opportune valutazioni e determinazioni, da approvarsi entro il mese di ottobre.

La scansione temporale per la negoziazione del budget operativo e la rendicontazione di fine anno del raggiungimento degli obiettivi è quella descritta nel citato S.M.V.P. che prevede, tra l'altro, che i Direttori dei DSS, i Direttori di Area, i Direttori Amministrativi dei Presidi Ospedalieri, i Direttori/Responsabili delle UU.OO. di Staff trasmettano alla Struttura Tecnica Permanente una relazione sul raggiungimento di ogni singolo obiettivo assegnato con osservazioni in merito a quelli eventualmente non raggiunti. La S.T.P., con il coordinamento del Controllo di Gestione, ricevute le suddette relazioni, predispone gli atti da trasmettere all'O.I.V. per la valutazione di competenza. L'O.I.V. effettua la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati alle Strutture dell'Azienda e la trasmette al Direttore Generale.

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

- osservazioni/indicazioni formali dell'O.I.V.;
- tempestiva richiesta di variazione da parte del Direttore/Dirigente Responsabile di Macrostruttura e Ufficio di staff opportunamente motivate rispetto agli esiti del monitoraggio che rendano necessaria/opportuna la variazione in corso d'anno;
- circostanze imprevedibili al momento della programmazione;
- variazioni normative;
- variazioni organizzative aziendali;
- assegnazione di nuovi obiettivi da parte della Regione.

Le variazioni proposte sono soggette alla procedura di budget ed approvate con provvedimento deliberativo della Direzione Strategica.

2.4 Allegati tecnici

Scheda di budget

ASL Bari
PugliaSalute

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI
OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento Cardiovascolare
UNITA' OPERATIVA UOC

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 #	3		M			
2 #	4		M			
3 #	1 2		M			
4 #	1 2		B			
5	3		M			
6	3		A			
7 #	3		M			
8	3		B			
9 #	1		M			
10#	1		M			

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.
Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.
* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017 ** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25 L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

Schede di valutazione individuale del personale dell'Area di Comparto

- **Area degli Operatori (ex Categoria –BS)**
- **Area degli Assistenti (ex Categoria C)**
- **Area dei professionisti della salute e dei funzionari (ex Categoria D – DS)**

ASL Bari

Stampa schede valutazione dipendenti

SCHEDA VALUTAZIONE INDIVIDUALE CATEGORIA BS/DS

Valutato	
Struttura	
Valutatore Ia Istanza	
Valutatore IIa Istanza	

Valutazione Comportamenti	
Comportamento	Giudizio
Autonomia e responsabilità	
Contributo ai programmi dell'unità operativa	
Flessibilità	
Orientamento ai bisogni dell'utenza	
Programmazione attività	
Qualità del contributo professionale	
Relazione con i colleghi	
Sviluppo professionale	
TOTALE	

Commenti	
Commento del valutatore	
Commento del valutato	

15-01-2024 13:07

Pag. 1

- **Area del personale di Supporto (ex Categoria A – B)**

ASL Bari

Stampa schede valutazione dipendenti

SCHEDA VALUTAZIONE INDIVIDUALE CATEGORIA A - B

Valutato	
Struttura	
Valutatore Ia Istanza	
Valutatore IIa Istanza	

Valutazione Comportamenti	
Comportamento	Giudizio
Orientamento verso l'utente	
Osserva in maniera puntuale i compiti affidati	
Rapporto con i colleghi e superiori	
Rispetto orario di servizio	
Utilizzo delle risorse materiali e strumentali	
TOTALE	

Commenti	
Commento del valutatore	
Commento del valutato	

15-01-2024 13:05

Pag. 1

Schede di valutazione individuale del personale dell'Area della Dirigenza

Schede di valutazione individuale del personale dell'Area della Dirigenza UOC/UOSVD/UOSAVS/UOS

ASL Bari

Stampa schede valutazione dipendenti

SCHEDA VALUTAZIONE DIRIGENTI TITOLARI DI UOC/UOSVD/UOSAVS/UOS

Valutato	
Struttura	
Valutatore Ia Istanza	
Valutatore IIa Istanza	

Valutazione Performance	
Sezioni	**Giudizio**
Sezione 1: valutazione competenze / comportamenti / leadership (40%): Analisi della performance gestionale. Qualità e Quantità della prestazione di lavoro	
Sezione 2 - Peso per valutazione obiettivi (60%): Risposta all'Assegnazione degli obiettivi nel percorso di budgeting	
TOTALE	

Commenti	
Commento del valutatore	
Commento del valutato	

15-01-2024 13:03

Pag. 1

Schede di valutazione individuale del personale dell'Area della Dirigenza <u>diversa</u> da UOC/UOSVD/UOSAVS/UOS

ASL Bari

Stampa schede valutazione dipendenti

SCHEDA VALUTAZIONE DIRIGENTI NON TITOLARI DI UO

Valutato	
Struttura	
Valutatore Ia Istanza	
Valutatore IIa Istanza	

Valutazione Performance	
Sezione	Giudizio
Sezione 1: valutazione competenze / comportamenti / leadership (60%): Analisi della performance gestionale. Qualità e Quantità della prestazione di lavoro	
Sezione 2 - Peso per valutazione obiettivi (40%): Risposta all'Assegnazione degli obiettivi nel percorso di budgeting	
TOTALE	

Commenti	
Commento del valutatore	
Commento del valutato	

15-01-2024 13:03

Pag. 1

3 Rischi corruttivi e trasparenza

Premessa

Ai fini della presente sezione, il concetto di corruzione è inteso in senso lato, come comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività istituzionale, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati facendo prevalere un interesse primario diverso dal fine istituzionale dell'ente.

La presente sottosezione è predisposta dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, sulla base degli obiettivi strategici in materia definiti dalla Direzione Strategica, ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190. Costituiscono elementi essenziali della sottosezione quelli indicati nel piano nazionale anticorruzione 2022 (PNA 2022) e negli atti di regolazione generali adottati dall'ANAC ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190 del 2012 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

La Sezione Anticorruzione e Trasparenza (d'ora innanzi anche "Sezione") è stata redatta tenendo in considerazione, secondo una logica di miglioramento progressivo, gli esiti del monitoraggio del piano dell'anno precedente, al fine di evitare la duplicazione di misure e l'introduzione di misure eccessive, ridondanti e poco utili.

L'elaborazione della Sezione ha tenuto conto di tutti i significativi mutamenti impressi alla macro-organizzazione dell'Azienda proseguito da ultimo con DDG n. 462/2023.

Il quadro delineato dal presente Piano, consegue ad interlocuzioni e confronti sulle puntuali misure di integrità con i vertici delle Macrostrutture aziendali e la partecipazione attiva di tutta la struttura organizzativa, come riflessa nella attuale Rete dei Referenti RPCT.

Particolare attenzione è stata indirizzata:

- alla puntuale ricognizione dei fattori abilitanti il verificarsi di fatti/episodi corruttivi, distinti per ciascun processo a rischio caratterizzante le attività rientranti nella competenza istituzionale dell'Amministrazione, anche per effetto delle indicazioni ricevute – nel contesto della partecipazione al *Forum* per l'Integrità in Sanità, organizzato dall'associazione *Transparency* Italia;
- all'esito del monitoraggio delle misure oggetto della Sezione;
- all'esito della mappatura dei processi effettuata durante il precedente anno 2024 con i Referenti RPCT, culminata con la predisposizione di un ristretto numero di processi – individuati a seguito di analisi congiunta - da continuare a monitorare nel corso dell'anno 2025.

In linea con le scansioni del PNA 2022, il presente Piano si articola in IV parti:

1. la Parte I, dedicata alla presentazione specifica del contesto criminale esterno, oltre che alla descrizione delle modalità di gestione del rischio;
2. la Parte II, dedicata alle misure di prevenzione del rischio di corruzione, ulteriormente ripartita in misure generali e misure specifiche, secondo la distinzione accolta dal PNA 2022, nonché alla misura per la gestione della fase attuativa degli interventi aziendali finanziati tramite il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). È integrata dalla tabella delle misure anticorruzione allegata sub 1), contenente le misure generali e specifiche di prevenzione e contenimento del rischio oltre che la tabella relativa ai fattori di rischio utilizzata per la valutazione del livello di rischio di ciascun processo

e sub-processo.

3. la Parte III, dedicata alla misura della trasparenza e all'istituto dell'accesso civico afferisce la tabella allegata sub 2) alla presente Sezione, ricognitiva degli obblighi di pubblicazione.
4. la Parte IV, dedicata agli obiettivi strategici dell'anticorruzione e trasparenza.

Parte I Il processo di elaborazione della sezione anticorruzione e trasparenza

1. Rilievo anticorruzione del modello organizzativo dipartimentale

La riconducibilità di buona parte delle attività, ritenute dall'Autorità come particolarmente esposte a rischi corruttivi, confermano l'impegno della Direzione Strategica nella predisposizione dell'impianto organizzativo necessario all'attuazione della strategica complessiva in materia di integrità adottata dall'Amministrazione, su impulso del RPCT.

La Direzione Strategica pertanto chiamata ad una nuova ed aggiornata valutazione circa l'assetto delle concrete azioni ed attività richieste a ciascuna articolazione aziendale in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione, alla luce della definitiva ricognizione dei procedimenti di competenza di ciascuna Macroarticolazione interna.

2. Il processo di elaborazione della sezione anticorruzione e trasparenza: soggetti interni ed esterni, ruoli e responsabilità

Il ruolo di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza è affidato all'attuale Dirigente della UOS Affari Generali, nominato con DDG 2294/2022 e coadiuvato da un gruppo di lavoro composto da un collaboratore amministrativo, un assistente amministrativo e un coadiutore amministrativo.

Quanto al ruolo dei Direttori/Responsabili di tutte le Macrostrutture nella complessiva strategia anticorruzione dell'Ente – tanto in considerazione della complessa organizzazione amministrativa e sanitaria dell'Azienda quanto al fine di assicurare una più puntuale osservanza della l. 190/2012 – gli stessi sono confermati quali primi responsabili dell'attuazione delle misure disposte con il PTPCT, così come della tempestiva e corretta esecuzione delle indicazioni provenienti dal RPCT, ferma la funzione di interfaccia tra i predetti Direttori/Responsabili e il RPCT, nonché di supporto di natura tecnica in favore dei medesimi Direttori/Responsabili di Macrostruttura, attribuita dal PNA ai Referenti.

Tutti i Direttori/Responsabili di struttura destinataria di misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza, inoltre, provvedono al monitoraggio circa la corretta attuazione delle stesse.

I Referenti, infatti, concorrono con il RPCT alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità, così come a fornire un presidio tecnico alle articolazioni aziendali, ai fini della corretta attuazione delle norme in materia di trasparenza. In ottemperanza a quanto previsto dalla normativa di riferimento, i predetti Referenti collaborano con il RPCT assicurando:

1. l'individuazione, nell'ambito delle rispettive Macrostrutture e d'intesa con i relativi Direttori/Responsabili, le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione aggiornando e trasmettendo periodicamente al RPCT le schede per il censimento di tutte le attività rilevanti gestite, dei relativi rischi corruttivi e fattori abilitanti la corruzione e del relativo livello di rischio, ai fini

dell'aggiornamento della Sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO;

2. l'attuazione, d'intesa con il RPCT, di meccanismi di formazione interna a ciascuna Macrostruttura, attuazione e controllo delle decisioni;
3. il tempestivo aggiornamento del RPCT, con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio di corruzione per ciascuna Macrostruttura;
4. il monitoraggio circa il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti;
5. il monitoraggio dei rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando relazioni di parentela o affinità tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e dipendenti dell'amministrazione in forza alla propria struttura assicurando, in caso di conflitto d'interesse, anche potenziale, l'attivazione dei meccanismi di astensione e sostituzione conseguenti all'obbligo di astensione di cui all'art. 6-bis della Legge 241/1990 del personale in conflitto;
6. il monitoraggio dell'efficace attuazione della Sezione, per la componente anticorruzione, e la sua idoneità ad assolvere la funzione sua propria nonché la proposta di eventuali modifiche dello stesso quando siano accertati significativi scostamenti dalle prescrizioni/misure programmate ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione che richiedono un necessario adeguamento della Sezione stessa; a tale scopo i Referenti concorrono all'istruttoria delle relazioni periodiche circa lo stato di attuazione delle misure anticorruzione e di trasparenza previste dalla Sezione, chieste alle rispettive Macrostrutture dal RPCT in sede di monitoraggio, comunicando al RPCT eventuali criticità rilevate e collaborando con il rispettivo Direttore/Responsabile di Macrostruttura in sede di proposta di possibili modalità idonee al superamento delle difficoltà riscontrate, secondo quanto richiesto in tabella 1);
7. il monitoraggio circa l'attuazione effettiva delle misure di rotazione previste dalla Sezione ovvero delle misure alternative alla rotazione, motivando in merito alle ragioni ostative della rotazione stessa;
8. elementi utili alla individuazione, da parte del RPCT, del personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità, in quanto chiamato ad operare nei settori nei quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
9. l'esatta osservanza delle prescrizioni in materia di trasparenza dell'attività amministrativa garantendo che nell'esercizio delle rispettive funzioni, l'esercizio delle stesse nell'ambito dell'organizzazione amministrativa sia resa quanto più possibile trasparente e le attività espletate dalle singole unità organizzative siano coordinate fra loro.

Tutti i dirigenti ed i dipendenti, per l'area di rispettiva competenza:

a. assicurano attività informativa nei confronti del RPCT, dei Referenti e dell'autorità giudiziaria e contabile;
b. partecipano al processo di gestione del rischio;

c. coadiuvano il Direttore Responsabile di Macrostruttura alla proposta delle misure di prevenzione (art. 16, d.lgs. n. 165 del 2001 e l. 190/2012);

d. assicurano l'osservanza del Codice di comportamento;

e. adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale (artt. 16 e 55-bis d.lgs. n. 165 del 2001);

f. osservano le misure contenute nella Sezione Anticorruzione e Trasparenza (art. 1, c. 14, della l. n. 190/2012);

g. possono indicare al RPCT le criticità riscontrate nell'attuazione delle misure anticorruzione e trasparenza circa gli obblighi di pubblicazione, gli eventuali casi di corruzione/violazione del codice di comportamento per gli aspetti di competenza dello stesso, i bisogni formativi in tema di integrità/trasparenza, con l'individuazione nominativa del personale da formare, nonché le azioni di miglioramento individuate e gli eventuali suggerimenti, al fine di aggiornare e migliorare la Sezione; a questi dati si aggiungono i dati relativi ai procedimenti giudiziari e disciplinari rilevanti, da trasmettere entro il 31 dicembre di ciascun anno, così da consentire al RPCT di predisporre la propria Relazione annuale;

h. garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dal d.lgs n. 33/2013 così come modificato dal d.lgs 97/2016, secondo quanto riportato in tabella 2), allegata alla presente Sezione;

i. assicurano al RPCT e alla Direzione Generale il necessario supporto istruttorio, in sede di esame delle segnalazioni di presunti episodi corruttivi ricevute dall'Azienda.

Al riguardo si rammenta che l'art. 8, D.P.R. 62/2013 prevede un dovere di collaborazione dei dipendenti nei confronti del RPCT, la cui violazione è sanzionabile disciplinarmente e da valutare con particolare rigore. È imprescindibile, dunque, un forte coinvolgimento di tutti i dipendenti (dirigenti e non) in tutte le fasi di predisposizione e di attuazione delle misure anticorruzione della presente Sezione.

Nelle modifiche apportate dal d.lgs. 97/2016 risulta evidente l'intento di rafforzare i poteri di interlocuzione e di controllo del RPCT nei confronti di tutta la struttura. Emerge più chiaramente come alla responsabilità del RPCT si affiancano, con maggiore decisione, quelle dei soggetti che, in base alla programmazione del PTPC, sono responsabili dell'attuazione delle misure di prevenzione. Lo stesso d.lgs. 165/2001 all'art. 16, c. 1, lett. l-*bis*), l-*ter*) e 1-*quater*), prevede, d'altra parte, tra i compiti dei dirigenti quello di concorrere alla definizione di misure idonee a prevenire e a contrastare i fenomeni di corruzione, fornendo anche informazioni necessarie per l'individuazione delle attività nelle quali è più elevato il rischio corruttivo e provvedendo al loro monitoraggio.

Il RPCT, pertanto, concorre con Direttore Generale al cambiamento di prospettiva nella individuazione delle misure più opportune a fronteggiare il rischio del verificarsi di fenomeni di *mal-administration* anche in ragione della necessità di completare l'adeguamento della strategia aziendale alla nuova metodologia illustrata dal PNA 2022 prendendo le mosse dalle aree di rischio generali e specifiche individuate dall'ANAC, con il PNA 2022 e, per l'ambito sanitario, con l'Aggiornamento 2015 al PNA 2013 e con il PNA 2016, alle quali vengono ricondotti i singoli processi aziendali e le relative Macrostrutture interne competenti, piuttosto che da "autonome" categorizzazioni proposte dagli Uffici.

Alle due aree generali e specifiche, si aggiunge l'area trasversale, rappresentata dalle misure di raccordo con la società *in-house* aziendale Sanitaservice ASL BA, per gli ambiti dell'anticorruzione e della trasparenza, cui si aggiunge – in sede di rimodulazione infrannuale del presente Piano, alla luce del monitoraggio circa la strategia societaria in tema di integrità, l'approvazione di atto formale di indirizzo sui temi dell'integrità e della trasparenza, a supporto della società *in-house*.

Vengono introdotte, infine specifiche misure aventi ad oggetto l'organizzazione per la gestione dei programmi riconducibili all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 "Sanità".

Il RPCT ed il Direttore Generale propongono a tutte le Macrostrutture una mappatura dei processi a rischio, aggregati rispetto ai macro-insiemi rappresentati dalle aree di rischio, generali, specifiche e trasversali, individuate dai PNA succedutisi nel tempo, nonché relativi ai rischi legati alla gestione della fase di attuazione del PNRR.

In tal modo, è stato possibile assicurare una maggiore uniformità/omogeneità di trattamento a situazioni spesso sovrapponibili o, comunque, analoghe, anche in vista della definizione ed attuazione delle pertinenti misure volte al contenimento del rischio di verificarsi di eventi avversi.

3. Valutazione di impatto del contesto esterno ed interno

3.1 Contesto esterno

Il presente paragrafo si pone l'obiettivo di evidenziare le caratteristiche dell'ambiente in cui opera l'ASL e che potrebbero favorire il verificarsi di condotte *latu sensu* corruttive all'interno dell'Amministrazione.

Nel rinviare alla precedente Sezione I, per le generali caratteristiche demografiche della popolazione, nel cui ambito vanno individuati i destinatari finali delle attività tutte di competenza della ASL, particolare attenzione verrà dedicata nel prosieguo all'atteggiarsi degli *stakeholder* "tipici" dell'attività di prevenzione della corruzione e di trasparenza posta in essere dall'Azienda oltre che all'analisi dello specifico contesto "criminale" provinciale.

a. Principali stakeholder di riferimento in tema di integrità

Sui temi dell'integrità, oltre a quanto già rilevato alla precedente Sezione I, la ASL si relaziona – sia tramite le proprie articolazioni interne che tramite il RPCT – con singoli cittadini, anche riuniti in associazioni, in sede di segnalazioni anticorruzione, di istanze di accesso civico semplice e generalizzato, e di segnalazioni di disservizi, di cui all'art. 14, c. 4, d. lgs. 502/1992.

Inoltre, sempre con riferimento ai temi dell'integrità, la ASL è in contatto con la magistratura ordinaria e contabile, oltre che con le forze dell'ordine (in particolare, NAS dei Carabinieri e Guardia di Finanza).

Si segnala, inoltre, l'adesione da parte dell'Amministrazione al Forum dell'Integrità in Sanità, oggi alla IV Edizione, organizzato da *Transparency* Italia, in collaborazione con l'Associazione RE-ACT, al quale hanno aderito – tramite i propri RPCT – anche altre aziende sanitarie locali del territorio nazionale e con le quali si è instaurato un rapporto di collaborazione e scambio qualificato.

Nel quadro di tale iniziativa, in particolare, le associazioni organizzatrici del *Forum* hanno demandato a soggetti terzi ed imparziali la valutazione della Sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO degli enti e

delle aziende aderenti, cui è stato successivamente trasmesso il relativo documento di valutazione, contenente spunti di miglioramento da avviare con il presente ciclo di gestione del rischio. Questi ultimi attengono, in particolare, al solo indicatore in tema di ambito e precisione della descrizione dei rischi e suggerendo, dunque, una più puntuale descrizione dei rischi mediante una più marcata distinzione tra eventi corruttivi che le misure programmate intendono evitare e relativi fattori abilitanti cui il RPCT e la Direzione Generale hanno aderito.

L'Azienda, inoltre, continua la collaborazione assicurata sulle tematiche della trasparenza e della prevenzione della corruzione con il Network Regione Puglia dei RPCT SSR, fin dalla sua istituzione con d.G.R. 48/2018 presso la Segreteria Generale della Presidenza della Regione Puglia – Sezione Affari istituzionali e giuridici, Basilicata ed al quale partecipano ASL regionali, IRCCS regionali, AOU regionali, IZS Puglia e Basilicata.

b. Contesto criminale

In Puglia, secondo quanto riferito già nella Relazione del secondo semestre 2023 del Ministro dell'Interno al Parlamento sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia visualizzabile al seguente link

https://direzioneinvestigativaantimafia.interno.gov.it/wp-content/uploads/2021/12/Rel.-Sem.-2-2023-WEB.pdf

si dà atto di uno scenario mafioso eterogeneo, connotato dall'azione di diverse organizzazioni (mafia foggiana, criminalità barese e sacra corona unita), ciascuna delle quali tipicamente strutturata ed espressione, nelle rispettive aree di origine e di influenza, di una particolare strategia criminale ed evolutiva segnalando altresì la vivacità dello scenario criminale pugliese.

Dallo scenario criminale evidenziato e con i rischi connessi anche all'attuazione del PNRR, l'Azienda ha focalizzato la propria attenzione sugli appalti e sui rapporti con il privato accreditato.

c. Nuovo Codice degli Appalti (D.Lgs 36/2023)

Con l'emanazione del nuovo Codice degli Appalti (D.Lgs 36/2023) l'approccio alle attività cambia prospettiva dandone una visione positiva, in virtù del conclamato principio della fiducia. Difatti, oggi, l'attribuzione e l'esercizio del potere nel settore dei contratti pubblici si fonda sul principio della reciproca fiducia nell'azione legittima, trasparente e corretta dell'amministrazione, dei suoi funzionari e degli operatori economici. Il principio della fiducia favorisce e valorizza l'iniziativa e l'autonomia decisionale dei funzionari pubblici, con particolare riferimento alle valutazioni e alle scelte per l'acquisizione e l'esecuzione delle prestazioni secondo il principio del risultato. Nell'ambito delle attività svolte nelle fasi di programmazione, progettazione, affidamento ed esecuzione dei contratti, ai fini della responsabilità amministrativa costituisce colpa grave la violazione di norme di diritto e degli auto-vincoli amministrativi, nonché la palese violazione di regole di prudenza, perizia e diligenza e l'omissione delle cautele, verifiche ed informazioni preventive normalmente richieste nell'attività amministrativa, in quanto esigibili nei confronti dell'agente pubblico in base alle specifiche competenze e in relazione al caso concreto.

Il RPCT, coadiuva costantemente con il Direttore del Dipartimento Investimenti Acquisti e tecnologie, le aree incardinate ed il personale ivi incaricato, al fine di limitare il rischio di comportamenti di mala-administration.

Si aggiungono inoltre quelli legati alla gestione dei fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), con riferimento ai quali l'azienda ha:

- assicurato il necessario raccordo informativo verso la Regione Puglia, mediante la designazione dello stesso RPCT, quale componente aziendale del Gruppo di lavoro interistituzionale Regione/Aziende sanitarie;
- dall'altro, conseguentemente istituito un Gruppo PNRR ASL BA, così da consentire una maggior controllo e una più incisiva collegialità alle decisioni di rilievo per l'ente.

d. *Rapporti con gli operatori del privato accreditato:*

Relativamente all'assistenza ospedaliera privata si rinvia al paragrafo 4.2 del presente P.I.A.O. dove viene, tra l'altro, rappresentata la matrice dei posti letto convenzionati delle strutture private accreditate.

Per quanto attiene l'assistenza territoriale si rinvia al paragrafo 4.3 del presente P.I.A.O. dove viene riportata, tra l'altro, la matrice relativa al numero di strutture private convenzionate suddivise in base alla tipologia di struttura e al tipo di assistenza erogata.

e. *Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) – Missione 6*

Il PNRR sviluppa una nuova sanità del territorio. Gli investimenti programmati di cui è destinataria la ASL di Bari, per un volume finanziario pari ad Euro 172.671.786,00 mirano a rendere più efficiente la risposta dei servizi alle esigenze dei cittadini attraverso il potenziamento dell'assistenza territoriale, di cui sarà ampliata l'offerta su tutto il territorio provinciale e regionale, attraverso l'acquisizione di moderne tecnologie sanitarie che, oltre ad offrire un miglioramento dell'assistenza, permetteranno di avvicinare i servizi sanitari ai cittadini con lo sviluppo della telemedicina e degli strumenti per la sanità digitale.

La nuova rete territoriale prevede la realizzazione di n. 35 Case di Comunità, n.9 Ospedali di Comunità e n.12 Centrali Operative Territoriali. La ripartizione territoriale degli investimenti è stata pianificata secondo i criteri stabiliti nel PNRR.

Di seguito viene riportata una breve descrizione delle tipologie di strutture previste:

1. *Le **Case della Comunità** saranno strutture sanitarie territoriali, promotrici di un modello di intervento multidisciplinare (modello Case della Salute). Il cittadino può trovare tutti i servizi sanitari di base, il Medico di Medicina Generale e il Pediatria, gli specialisti ambulatoriali e altri professionisti (logopedisti, fisioterapisti, tecnici della riabilitazione). Figura chiave nella Casa della Comunità sarà l'infermiere di famiglia, che diventa il professionista responsabile dei processi infermieristici in famiglia e Comunità*.
2. *Gli **Ospedali di Comunità** saranno strutture sanitarie della rete territoriale a ricovero breve e destinati a pazienti che necessitano interventi sanitari a bassa intensità clinica. Sono strutture intermedie tra la rete territoriale e l'ospedale, di norma dotati di 20 posti letto (max. 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica*.
3. *Le **Centrali Operative territoriali (COT)** saranno HUB tecnologicamente avanzati per la presa in carico del cittadino e per il raccordo tra servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e della rete di emergenza-urgenza.*

Nell'ambito dello stesso finanziamento complessivo rientra il piano di investimento per l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero, attraverso cui si procederà all'acquisto delle grandi apparecchiature per il potenziamento della ASL di Bari e l'adeguamento sismico delle strutture ospedaliere della ASL di Bari.

Il Cronoprogramma con il dettaglio delle azioni programmate è di seguito riportato:

Case di Comunità:

- *Approvazione* CIS: 30/06/2022;
- *Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara*: 31/12/2022;
- *Assegnazione dei codici CIG*: 31/03/2023;
- *Stipula dei contratti*: 30/09/2023;
- *Ultimazione lavori*: 31/12/2025.

Ospedale di Comunità:

- *Approvazione CIS*: 30/06/2022;
- *Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara*: 31/12/2022;
- *Stipula dei contratti*: 30/09/2023;
- *Ultimazione lavori*: 31/12/2025;

Ospedale Sicuro e Sostenibile:

- *Approvazione CIS*: 30/06/2022;
- *Pubblicazione gara per interventi strutturali*: 30/06/2023;
- *Ultimazione lavori*: 30/06/2026;

Grandi apparecchiature:

- *Approvazione CIS*: 30/06/2022;
- *Pubblicazione gara d'appalto*: 31/12/2022;
- *Collaudo apparecchiature e messa in esercizio*: 31/12/2024.

3.2 Contesto interno

L'analisi del contesto interno, volta ad individuare le competenze e le capacità distintive proprie dell'organizzazione aziendale in termini di risorse umane, finanziarie, produttive e d'innovazione, offre spunti di valutazione circa le prospettive di graduale e realistico sviluppo della strategia aziendale in materia di integrità.

a. Rilevazione interna all'ente

Nel presente paragrafo, dunque, si illustreranno i risultati della prima rilevazione in materia di prevenzione della corruzione, svolta tra i dipendenti.

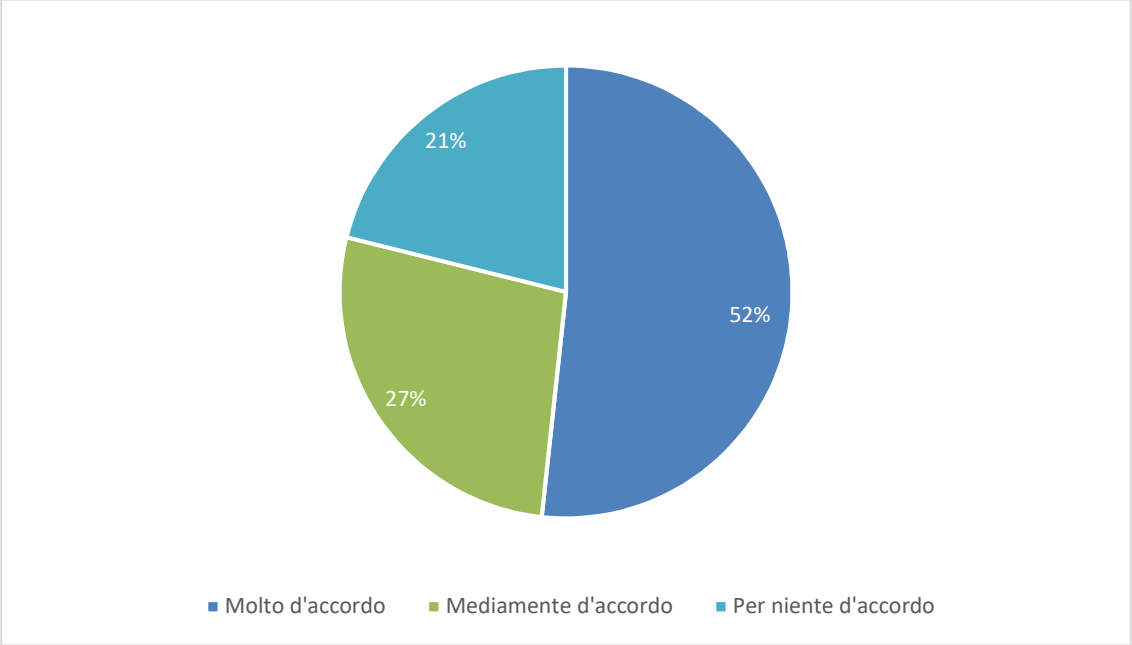
Nel più ampio contesto della partecipazione al Forum per l'Integrità in Sanità, il RPCT ed il Direttore Generale hanno dato avvio, contestualmente informandone tutti i dipendenti, alla somministrazione di un questionario finalizzato ad una prima raccolta, in forma anonima, di dati relativi alla percezione della corruzione e alla conoscenza della strategia aziendale volta a prevenire il verificarsi di fatti corruttivi.

I dati forniti confermano, da un lato, le risultanze di più ampie ricognizioni sul tema della corruzione effettuate periodicamente a livello nazionale ed internazionale, evidenziando, dall'altro, la percezione dei dipendenti di un

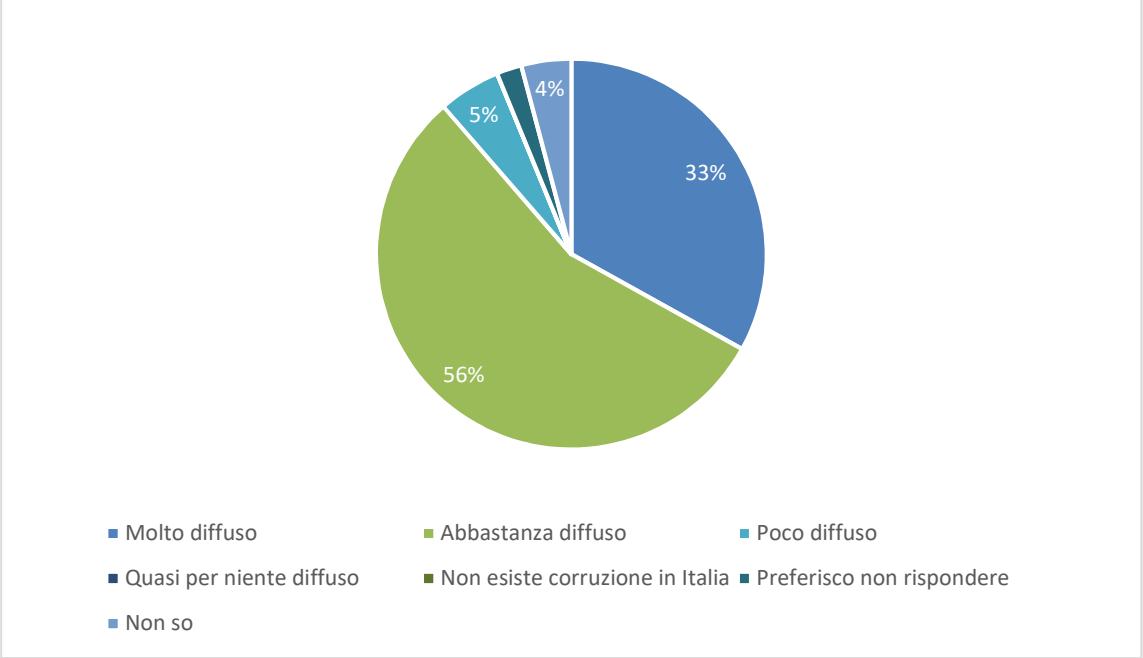
contesto aziendale meno permeabile alla cattiva amministrazione rispetto a quanto avviene a livello sia regionale che nazionale. A questa rilevazione è stato dato spazio anche alla gestione dei fondi PNRR.

È intendimento del RPCT e della Direzione Generale, infine, confermare tale tipo di rilevazione anche nelle future annualità, favorendo la più ampia partecipazione da parte dei dipendenti così da disporre di informazioni annualmente aggiornate e specifiche, utili alla più efficace calibrazione delle misure preventive a programmarsi.

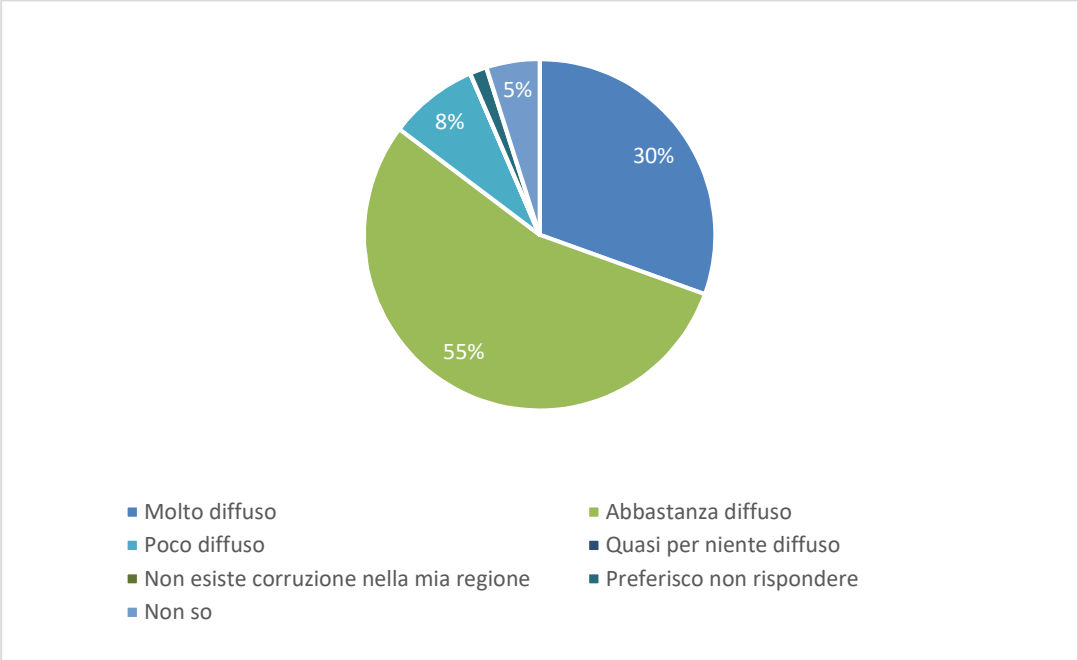
1. *Quanto è d'accordo o in disaccordo con la seguente affermazione: "Come cittadino, sono personalmente danneggiato dalla corruzione nella mia vita quotidiana".*



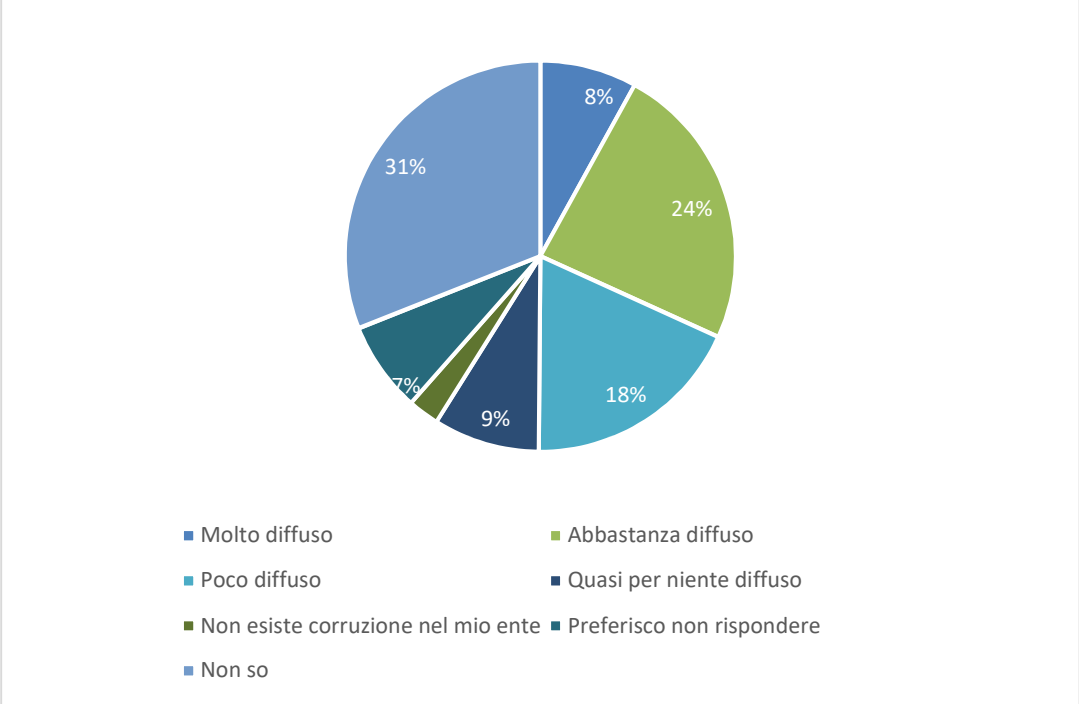
2. *Secondo lei, quanto è diffuso il fenomeno della corruzione in ITALIA?*



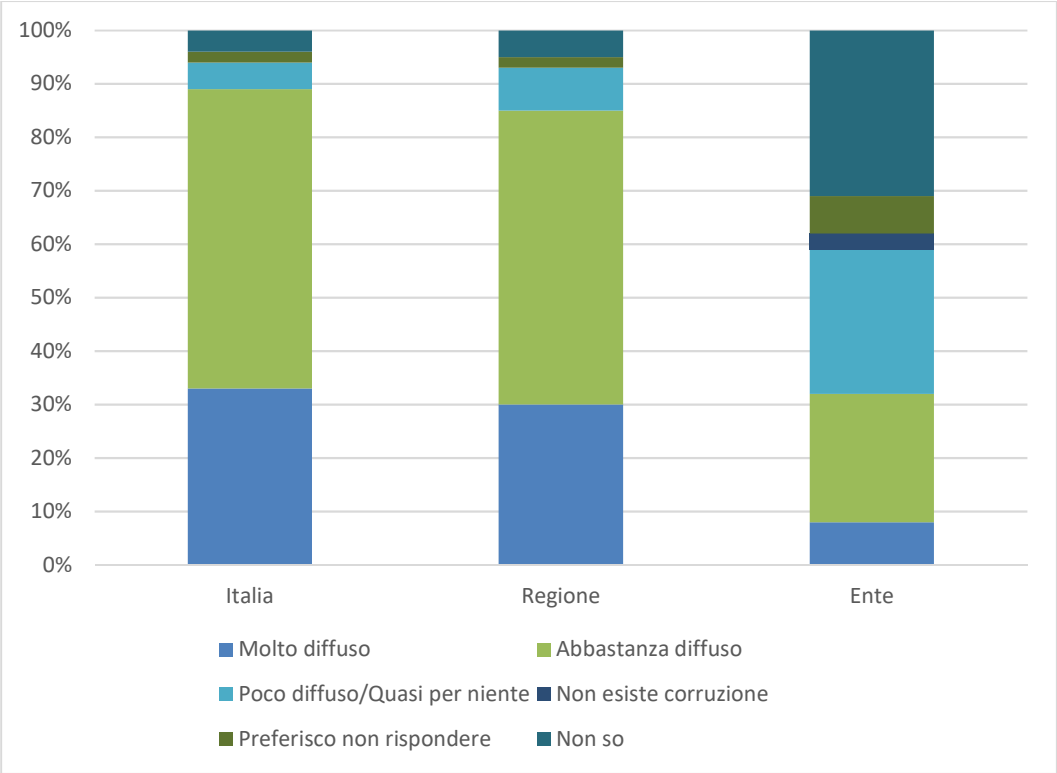
3. *Secondo lei, quanto è diffuso il fenomeno della corruzione nella sua REGIONE?*



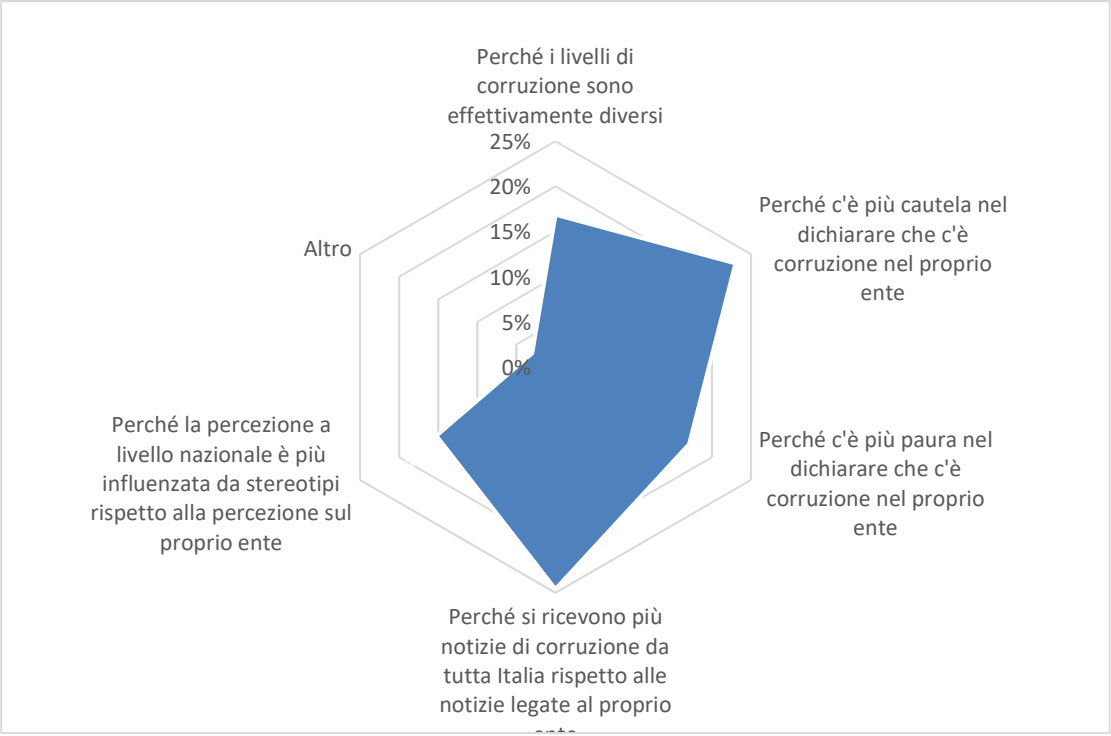
4. *Secondo lei, quanto è diffuso il fenomeno della corruzione nel suo ENTE?*



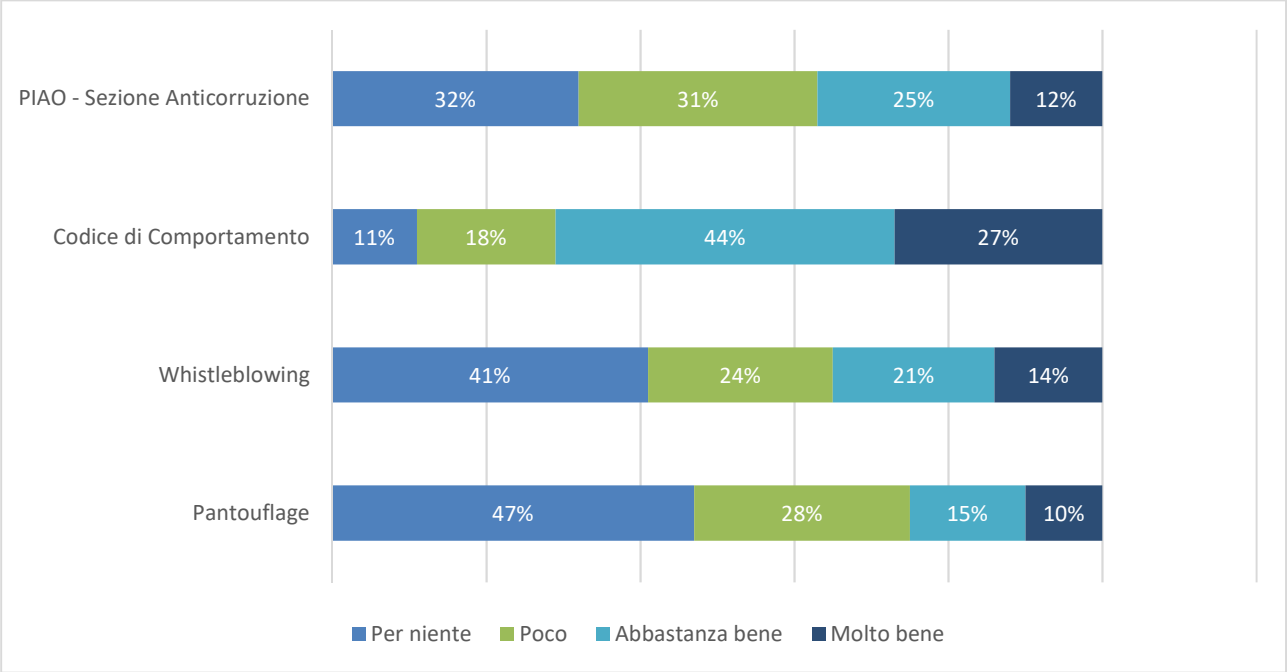
Confronto tra le risposte alle domande 2, 3 e 4.



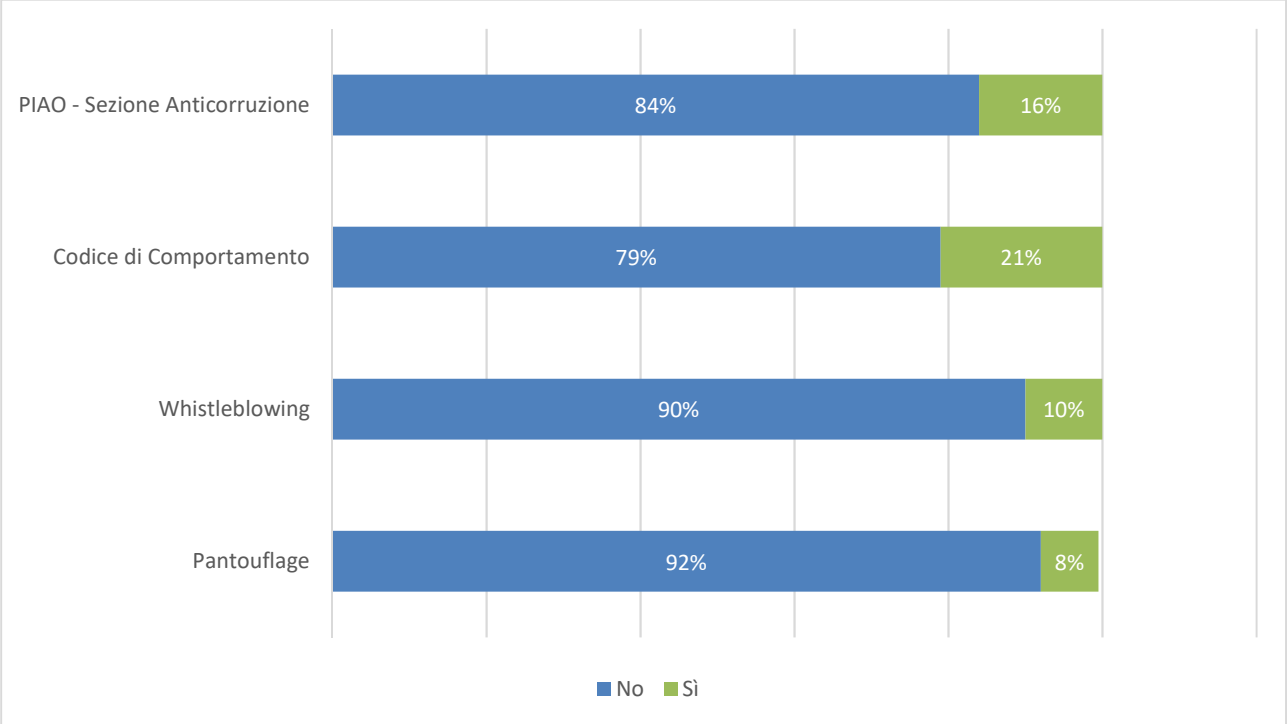
5. *Ripensi alle ultime tre domande. Chi ha risposto in passato al questionario ha ritenuto meno diffusa la corruzione nel proprio ente rispetto alla propria regione o all'Italia. Secondo lei perché questa differenza?*



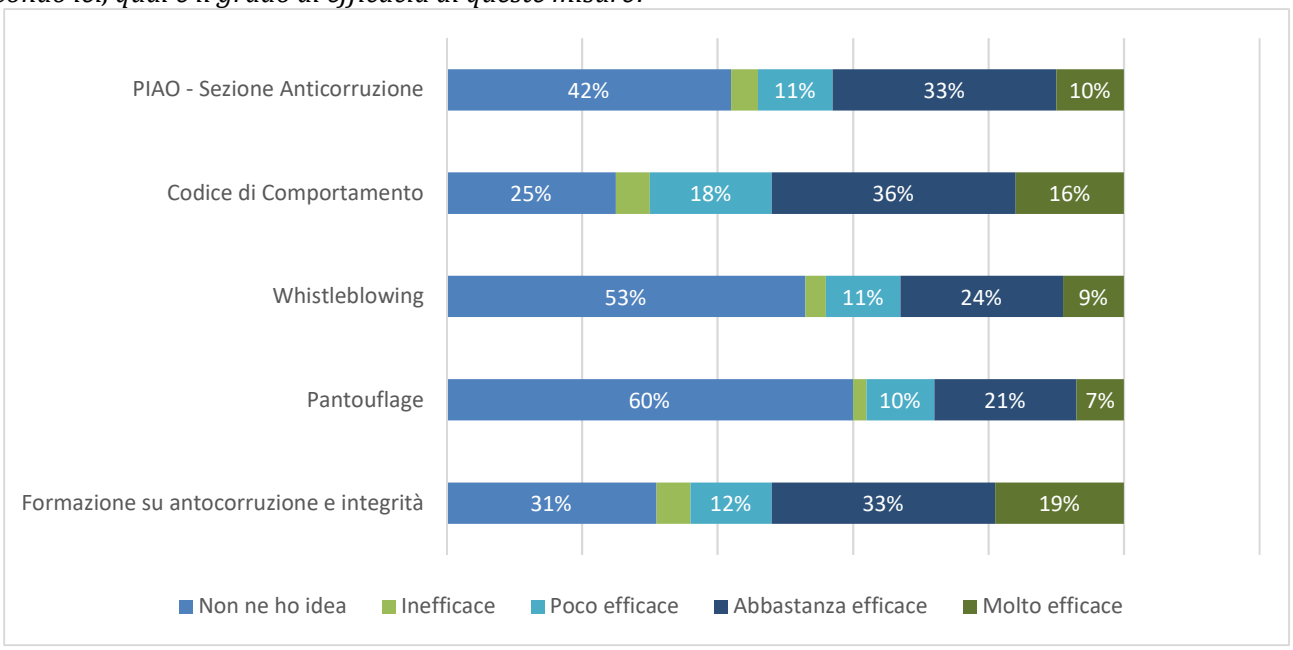
6. *Conosce queste misure di prevenzione della corruzione del suo ente?*



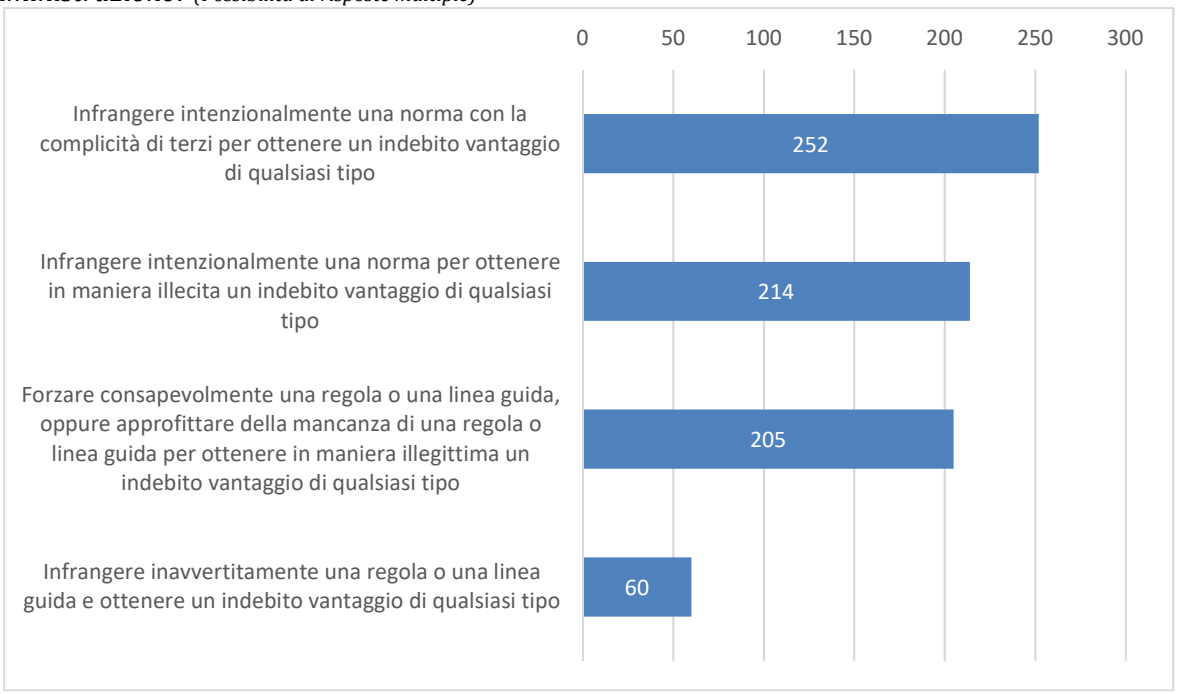
7. *Negli ultimi tre anni ha partecipato a corsi di formazione sui seguenti argomenti?*



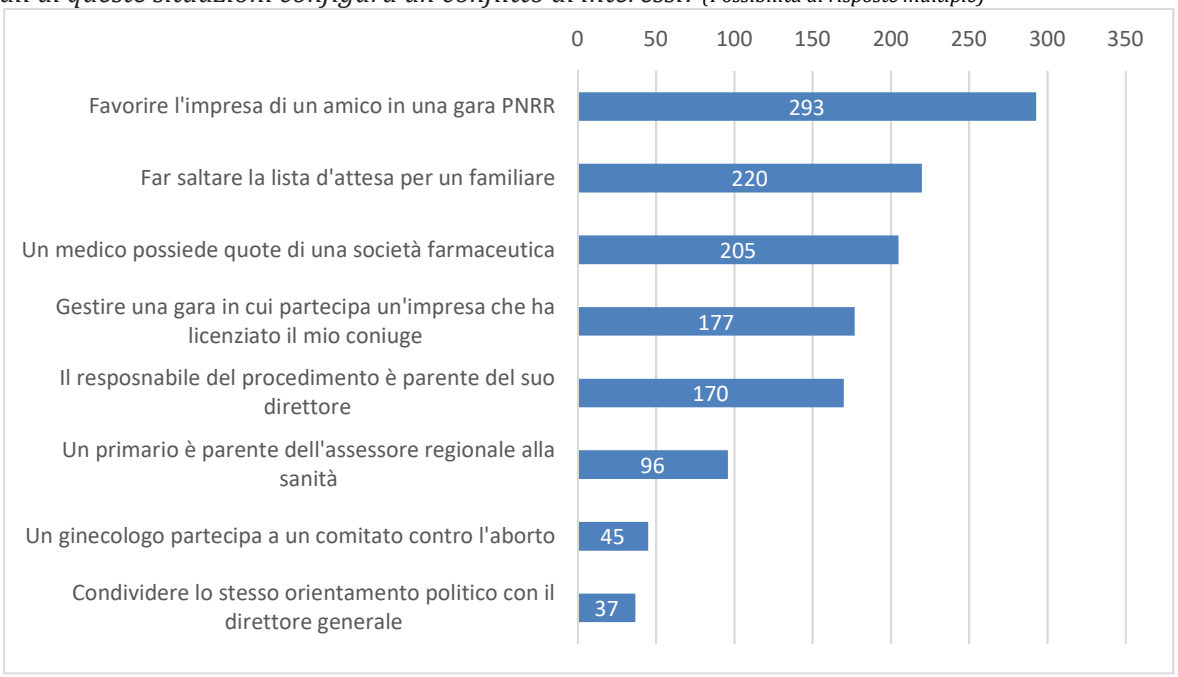
8. *Secondo lei, qual è il grado di efficacia di queste misure?*



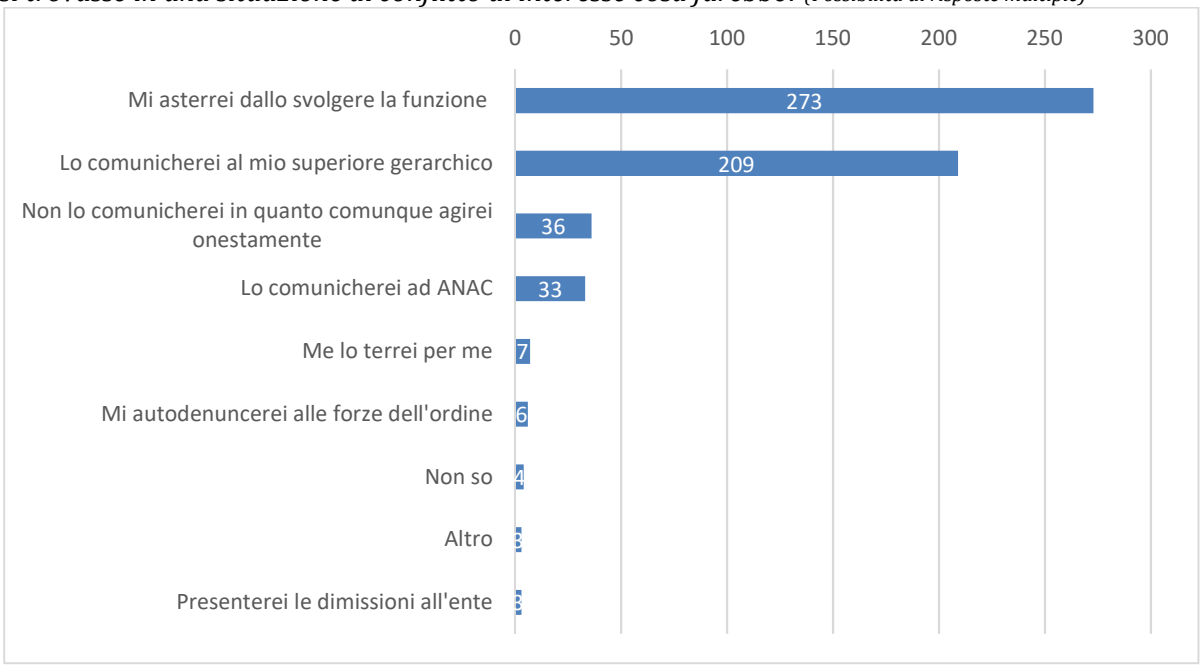
9. *Secondo lei, quali delle seguenti situazioni configurano un episodio di corruzione nella Pubblica Amministrazione? (Possibilità di risposte multiple)*



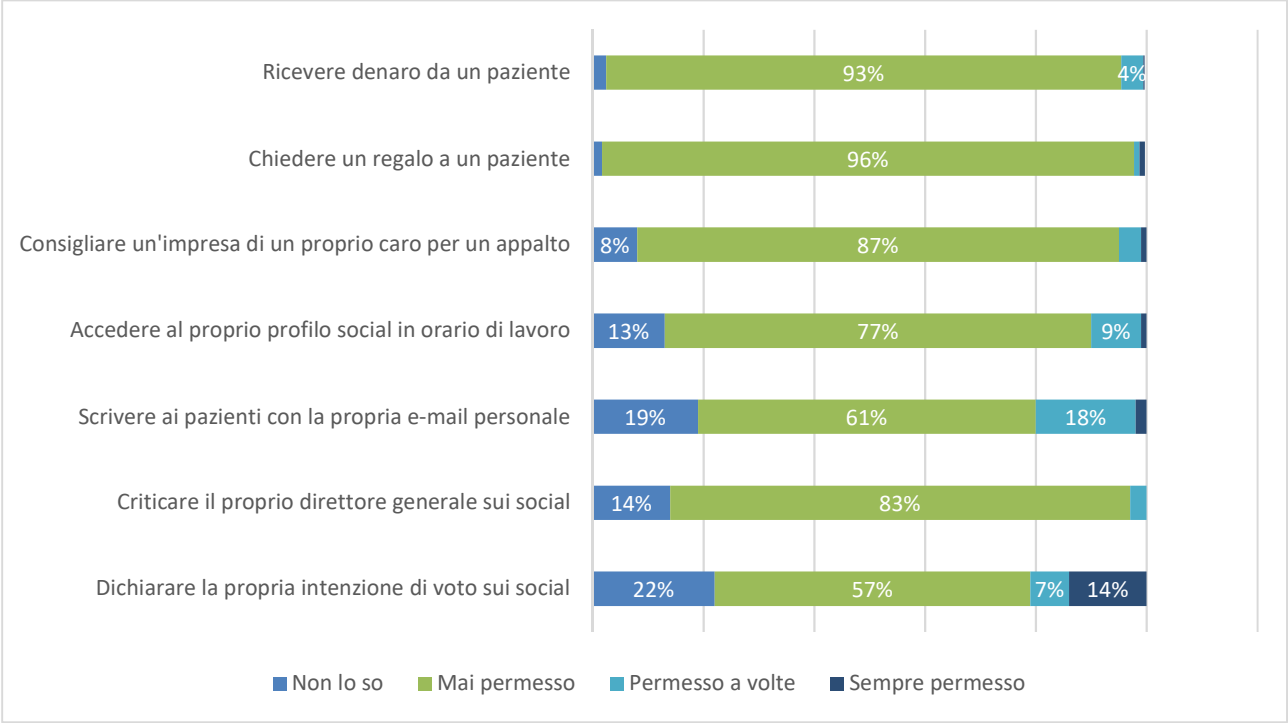
10. *Quali di queste situazioni configura un conflitto di interessi?* *(Possibilità di risposte multiple)*



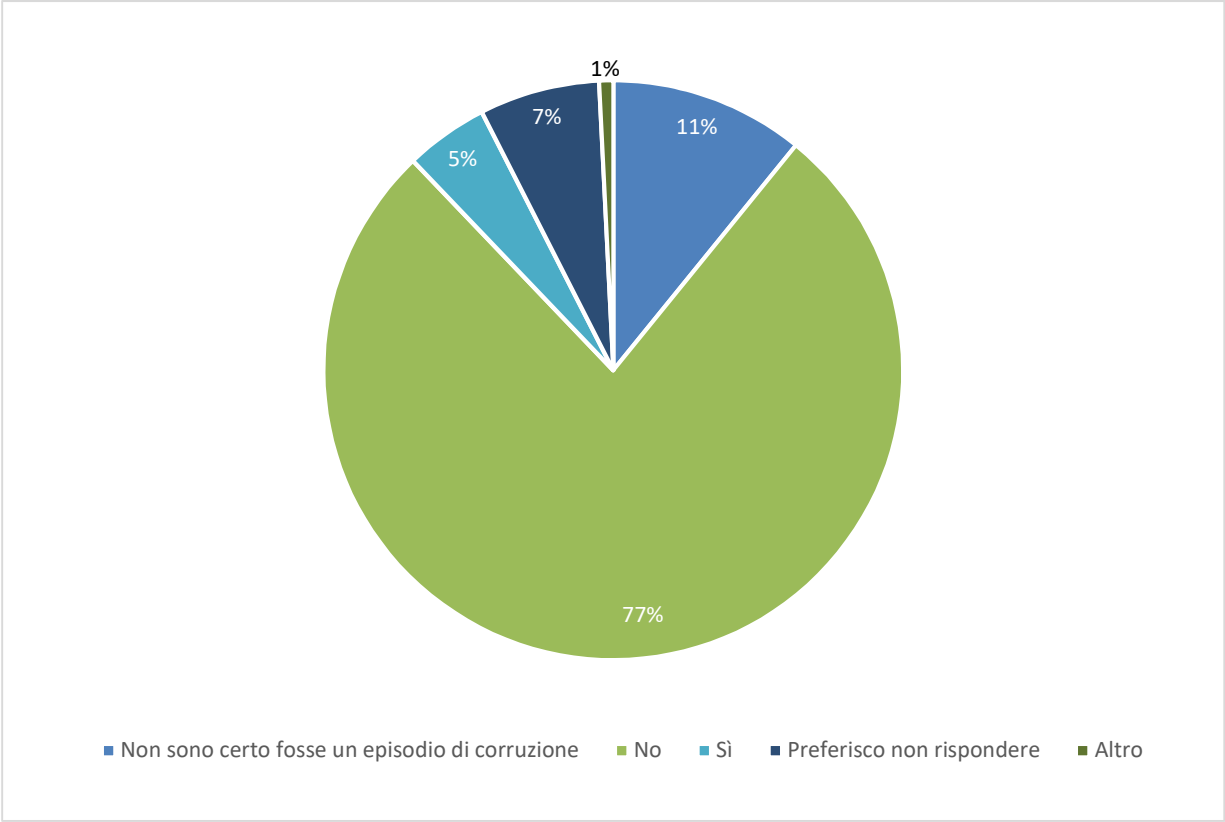
11. *Se si trovasse in una situazione di conflitto di interesse cosa farebbe?* *(Possibilità di risposte multiple)*



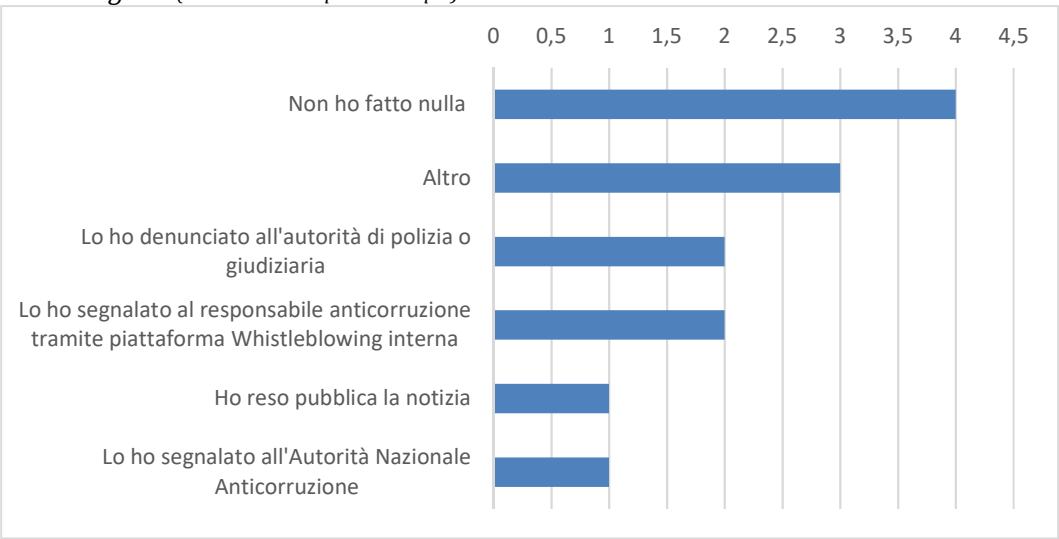
12. *Secondo il Codice di Comportamento, cosa può fare un dipendente dell'ente?*



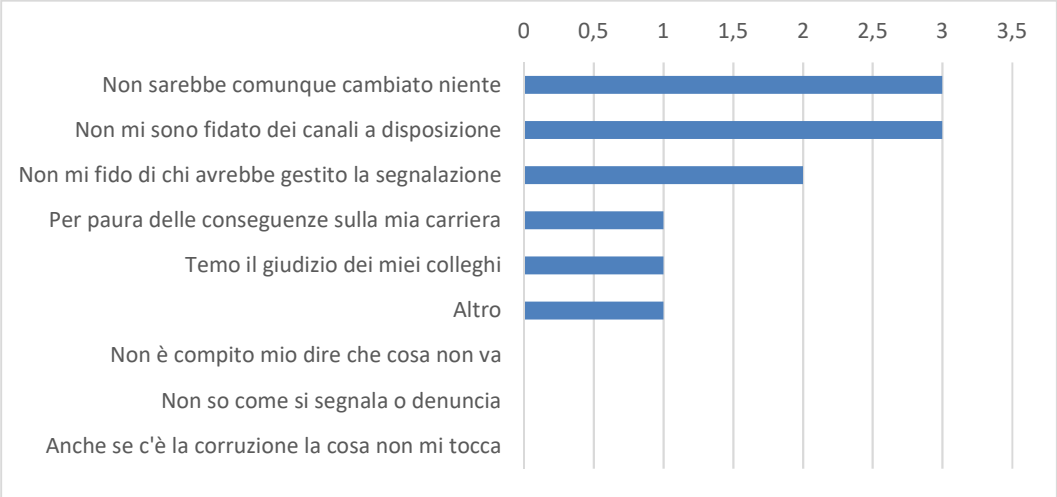
13. *È mai stato coinvolto o ha assistito ad un episodio di corruzione?*



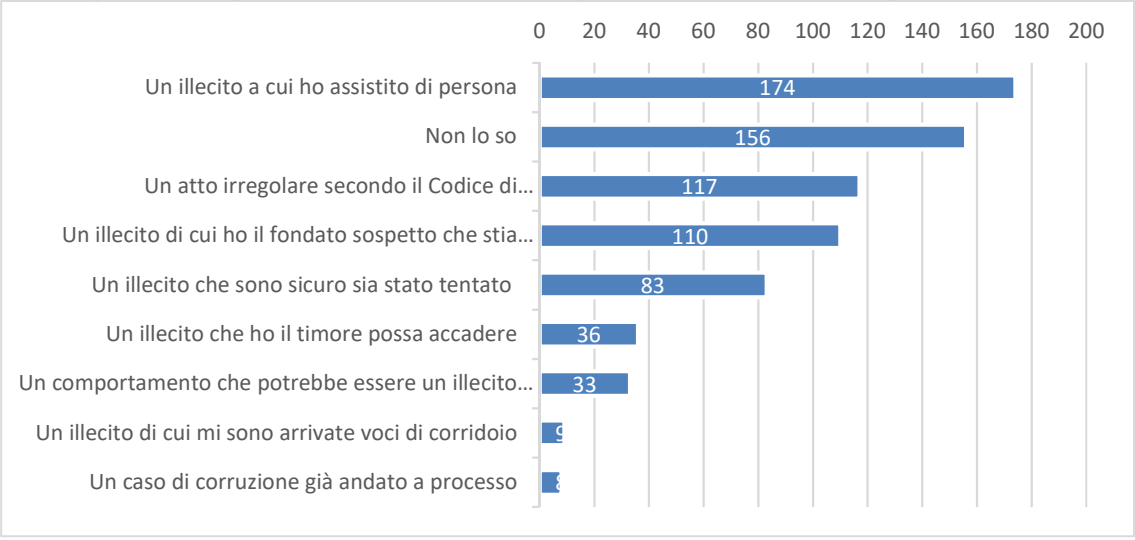
14. *E come ha agito?* *(Possibilità di risposte multiple)*



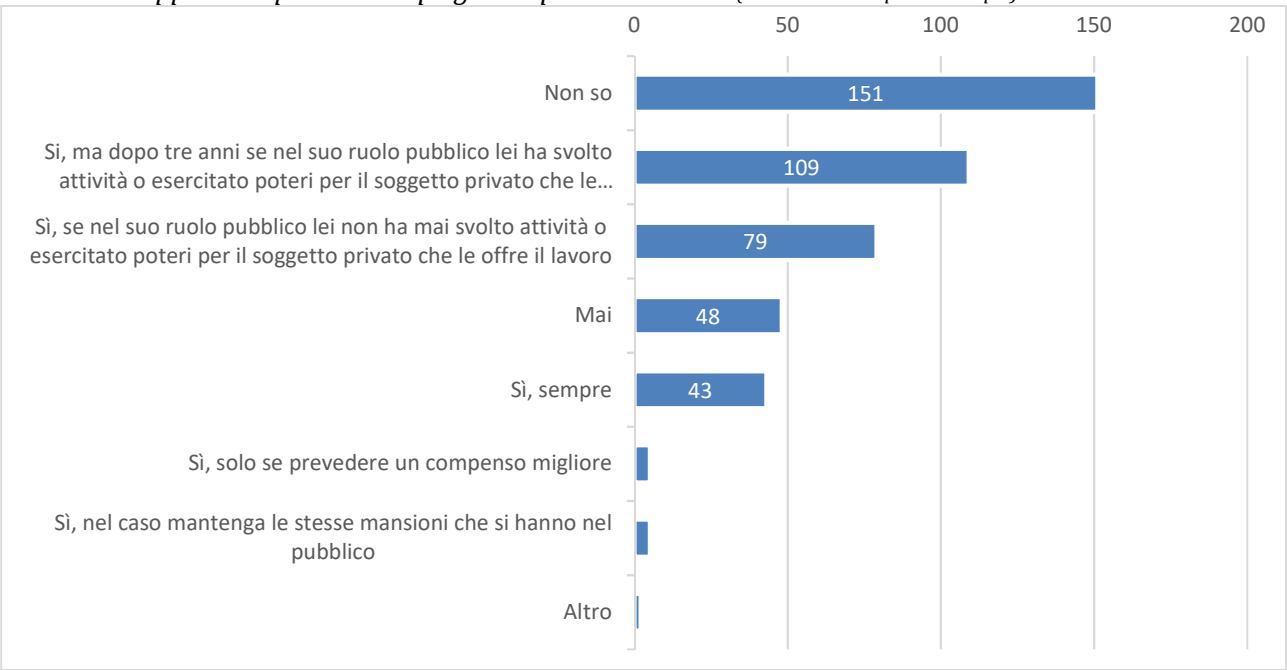
15. *Come mai ha ritenuto di non fare nulla?* *(Possibilità di risposte multiple)*



16. *Che cosa è possibile segnalare o denunciare con la protezione Whistleblowing?* *(Possibilità di risposte multiple)*

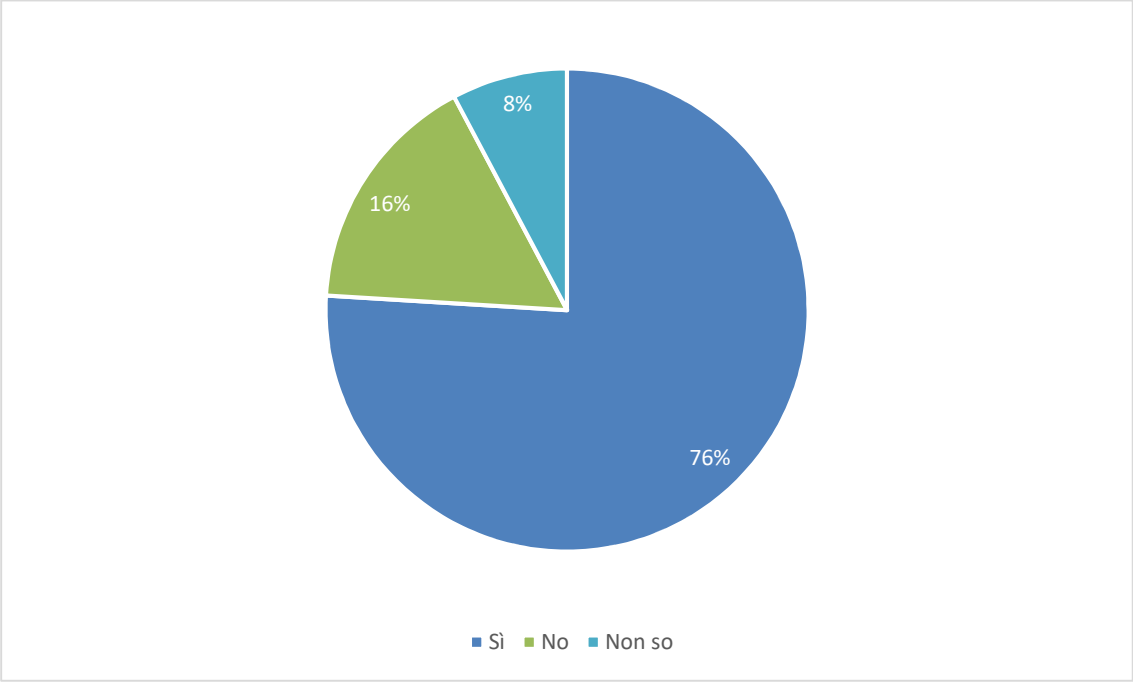


17. *Un operatore economico privato le propone di svolgere un'attività lavorativa o professionale, appena cessato il suo rapporto di pubblico impiego. Lei può accettarlo? (Possibilità di risposte multiple)*



NOTA: Le risposte inserite dai rispondenti sotto la voce "altro" sono state considerate assimilabili alle opzioni sopra indicate e sono state aggregate ad esse.

18. *È la prima volta che risponde alla rilevazione tra i dipendenti del Forum per l'Integrità in Sanità?*



b. *La mappatura dei processi*

La mappatura dei processi consiste nella individuazione ed analisi dei processi organizzativi aziendali, con l'obiettivo di esaminare gradualmente l'intera attività svolta per identificare le aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi. La mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi.

La mappatura di tutti i processi aziendali rappresenta uno degli obiettivi strategici della Direzione Aziendale. L'attività svolta da ciascuna struttura titolare dei processi e dei relativi rischi è stata classificata in un apposito elenco che contiene la descrizione del macro processo, dei processi, dei rischi specifici, delle misure adottate per il loro contenimento e del monitoraggio delle stesse.

A tal fine sono stati mappati i processi nell'ambito delle corrispondenti Aree di rischio mediante lo schema indicato.

AREA	
PROCESSO	
RESPONSABILE PROCESSO	
EVENTO CORRUTTIVO	

ATTIVITÀ	FATTORE ABILITANTE Elemento organizzativo, strutturale o di contesto che aumenta il rischio	MISURE GIÀ ATTUALE Azioni e dinamiche procedurali e organizzative che GIÀ neutralizzano i possibili eventi	MISURE NUOVE DA ATTUARE			RESPONSABILE DELLA MISURA Il soggetto che si occupa di realizzare la misura indicata
			MISURA NUOVA Disposizioni ed azioni nuove appositamente previste per neutralizzare i possibili eventi	TEMPI DI ATTUAZIONE Scadenza temporale entro cui si prevede verosimilmente di riuscire ad applicare la misura	INDICATORE DI MONITORAGGIO Dato da rilevare per verificare l'attuazione o meno della misura	

Tutti i processi mappati sono l'ambito rispetto al quale è stata realizzata l'analisi dei rischi e saranno indicati al link https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari/altri-contenuti-corruzione.

c. *Corruzione in materia di appalti*

Nel corso dell'anno 2024 la ASL di BARI ha avviato un processo di revisione della governance dell'Area Gestione Tecnica, che nel medesimo anno è stata coinvolta in vicende di cronaca che hanno portato alle misure di custodia cautelare in carcere e arresti domiciliari a carico di alcuni dipendenti proprio dell'Area Gestione Tecnica per condotte di natura corruttiva connesse alla gestione di appalti pubblici.

Tale processo di revisione, in virtù di quanto ribadito dall'ANAC nella Delibera n. 605 del 19 dicembre 2023 di aggiornamento 2023 del Piano Nazionale Anticorruzione 2022, è stato avviato antecedentemente a quanto emerso dalle indagini dell'Autorità Giudiziaria.

Una prima misura di carattere organizzativo, mirata alla prevenzione della corruzione e per la promozione della trasparenza tale da costituire una risposta calibrata rispetto ai rischi corruttivi è stata l'adozione della misura della rotazione degli incarichi dei Direttori dell'Area Gestione Tecnica e della Ingegneria Clinica (Delibera n. 117 del 19/01/2024) e, per effetto di detta rotazione, parimenti è stata disposta la rotazione degli incarichi di RUP degli interventi di realizzazione del nuovo ospedale del nord est barese Monopoli Fasano e gli altri incarichi precedentemente assegnati.

Contestualmente si è avviato un processo di rotazione ordinaria del personale interno all'Area Gestione Tecnica al fine di limitare dinamiche improprie nella gestione amministrativa conseguenti alla permanenza nel tempo di alcuni dipendenti nel medesimo ruolo o funzione.

E' stata prevista anche la rotazione del personale con il ruolo di referente di Ufficio Tecnico Periferico da oltre un triennio contemperando la necessità di non pregiudicare comunque il corretto funzionamento dell'attività di manutenzione degli immobili.

L'adozione di tale misura riduce il rischio per il dipendente di essere sottoposto ad eventuali pressioni esterne o di instaurare rapporti potenzialmente inadeguati e collusivi tali da minarne l'imparzialità.

La misura è stata applicata dopo opportune valutazioni delle professionalità dei dipendenti, di elevato contenuto tecnico, al fine di garantire il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa.

Si è provveduto anche alla individuazione di altri due dirigenti responsabili rispettivamente per la U.O.S. "Manutenzione Immobili, Impianti e tecnologie" e per la UOS "Direzione Amministrativa AGT – HTA - UOASSI" quest'ultima istituita a supporto del Dipartimento Investimenti Acquisti e Tecnologie, e da esso dipendente, per le esigenze dell'Area Gestione Tecnica, Ingegneria Clinica e UOASSI anche con l'obiettivo di perpetrare, in sintonia con il RPCT, un controllo costante e ulteriore delle procedure e delle attività amministrative.

La ratio della Direzione Generale di istituire la unità operativa "Direzione Amministrativa AGT", a supporto del Dipartimento Investimenti Acquisti e Tecnologie, da collocare fisicamente nell'A.G.T. è stata motivata dalla volontà di rafforzare il monitoraggio del Direttore dell'Area con una presenza che vigilasse de visu le attività amministrative ed il comportamento dei singoli dipendenti.

Il Dirigente UOS Direzione Amministrativa AGT ha, tra l'altro, nella sua duplice veste di RPCT e di Dirigente Amministrativo, il compito di monitorare costantemente le attività attuali oltre che le attività pregresse alla rotazione, con lo specifico compito di verificare quanto segnalato nelle denunce anonime pervenute all'Azienda in relazione a presunte condotte scorrette tenute all'interno della predetta Area.

Tale scelta non solo si è rivelata vincente nello scopo, tant'è che nelle intercettazioni che hanno portato all'emanazione delle misure di custodia cautelare in carcere ed agli arresti domiciliari, gli arrestati hanno sottolineato quanto la presenza del Dirigente della UOS Direzione Amministrativa fosse stata da intralcio al loro operato e pertanto efficace al risultato prodotto, ma è stata ritenuta altresì legittima dall'ANAC, che con

nota UVMACT/3410/2024/R.A. ha riconosciuto, a seguito dell'istruttoria di richiesta preliminare di informazioni ai sensi dell'art.12. co. 4 del Regolamento sull'esercizio dell'attività di vigilanza in materia di prevenzione della corruzione, l'assenza di incompatibilità sul doppio ruolo di RPCT e di Dirigente con incarico di Direzione Amministrativa AGT.

Il medesimo Dirigente/RPCT, tra le numerose circolari esplicative recanti previsioni comportamentali finalizzate ad evitare incertezze nelle procedure, ha emanato una circolare puntuale sul principio di rotazione stabilito dal Codice degli Appalti, art. 46, D.Lgs. 36/2023 (v. nota prot. n. 59465 del 23.08.2024), pubblicata in Amministrazione Trasparente/Disposizioni generali/Atti Generali e ritenuta di particolare importanza dal Collegio Sindacale Aziendale e dall'Autorità Giudiziaria inquirente.

Quale ulteriore misura organizzativa, è allo studio la previsione di una attività di verifica e controllo (cd. Due diligence) da affidare ad un Gruppo di lavoro terzo, così come anche previsto in una occasione simile dalla Regione Puglia con DGR 811 del 24.5.2021, al fine di evidenziare le principali criticità riscontrate negli atti dirigenziali assoggettati a controllo per il periodo oggetto dell'indagine, indicando - ove possibile - soluzioni operative per orientare le singole Strutture ovvero individuando gli aspetti che necessitano di ulteriore riflessione o di apposita disciplina amministrativa a livello aziendale.

3.3. Valutazione di impatto di interno ed esterno

Sulla base delle informazioni sopra fornite nel corso dell'anno 2024 si continuerà con la revisione della mappatura dei processi, con una particolare attenzione ai processi legato alla gestione dei fondi del PNRR, che consiste nella individuazione e analisi dei processi organizzativi aziendali, con l'obiettivo di riesaminare gradualmente l'intera attività svolta per identificare le aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino particolarmente esposte a rischi corruttivi. La mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi.

La mappatura di tutti i processi aziendali rappresenta uno degli obiettivi strategici della Direzione Aziendale. L'attività svolta da ciascuna struttura titolare dei processi e dei relativi rischi è stata classificata in un apposito elenco che contiene la descrizione del macro processo, dei processi, dei rischi specifici, delle misure adottate per il loro contenimento e del monitoraggio delle stesse.

Nel corso del 2025 si proseguirà con l'aggiornamento della mappatura dei seguenti processi:

STRUTTURA	PROCESSO DA MAPPARE
FORMAZIONE	Formazione a distanza
STRUTTURA BUROCRATICO LEGALE	Conferimento incarico all'esterno per attività difensiva o per rilascio parere legale in fase giudiziale/stragiudiziale
PROFESSIONI SANITARIE	E' in corso di definizione l'individuazione del processo da mappare
UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO	Gestione rapporti con il pubblico
AREA FARMACEUTICA TERRITORIALE	Ispezioni farmacie
DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA TERRITORIALE - DISTRETTI SOCIO SANITARI	Prestazioni sanitarie per assistiti in assistenza domiciliare

STRUTTURA	PROCESSO DA MAPPARE
AREA GESTIONE RISORSE UMANE	Attività libero professionale
AREA GESTIONE TECNICA	Liquidazione incentivi funzioni tecniche art 45 c.4 D.Lgs 36/2023
CDG/AGRF	Percorso attuativo certificabilità - procedure amministrativo contabili: contabilità analitica separata alpi
AREA SERVIZIO SOCIO SANITARIO	Liquidazione fatture per prestazioni strutture socio sanitarie con determina
PRESIDI OSPEDALIERI (AREA NORD E AREA SUD)	Donazioni di apparecchiature tecnologiche finalizzate all'acquisizione di materiale di consumo senza le ordinarie procedure di gara e donazioni liberali avente ad oggetto somme di denaro.
DDP e DSM	Inserimento utenti in strutture private accreditate
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Rimborso cure termali e/o climatiche - legge regionale n. 9 del 12 aprile 2000
UFFICIO SPERIMENTAZIONI CLINICHE	Studi clinici e osservazionali
MEDICINA DEL LAVORO, SORVEGLIANZA SANITARIA E RADIOPROTEZIONE MEDICA	Emissione giudizio di idoneità per paziente sottoposto a visita
OIV/STP	Premialità e valorizzazione del merito, partecipazione a progetti di performance
AFFARI GENERALI	Proposta di presa visione/prova
UOSE	E' in corso di approfondimento l'individuazione del processo da mappare
UVARP	Controlli su appropriatezza prestazioni erogate c/o C.d.C. e strutture private accreditate
UOGRC	Liquidazioni prestazioni sanitarie erogate dalle strutture private accreditate
AGP	Procedure di acquisizione di beni – progettazione procedura di gara

L'analisi sarà eseguita con la partecipazione attiva delle strutture titolari dei processi e dei relativi rischi, per condividere l'identificazione, la descrizione e la valutazione dei processi di rispettiva pertinenza, nonché la formulazione di proposte in merito alle misure di prevenzione da porre in essere ai fini della mitigazione del rischio corruttivo.

Tutta l'attività svolta dalle strutture sarà soggetta al coordinamento e alla validazione da parte del RPCT, che verificherà la completezza dei dati inseriti e l'appropriatezza delle valutazioni effettuate e delle misure proposte, avvalendosi del Gruppo di supporto RPCT e d'intesa con la Direzione Aziendale.

Sulla base delle informazioni sopra descritte, l'Azienda ha adottato le seguenti attenzioni:

Appalti: la Direzione dell'Area Gestione Tecnica al fine di prevenire possibili malfunzionamenti dell'attività amministrativa e incidere su eventuali comportamenti repressivi di potenziali eventi corruttivi o illeciti, effettua costantemente un monitoraggio periodico dei tempi e delle procedure, con lo scopo di individuare ove necessario idonee misure correttive di carattere organizzativo o amministrativo. Nella gestione delle problematiche specifiche derivanti dall'applicazione della normativa interna e nazionale in materia di affidamento di lavori extracontrattuali, al fine di agevolare la risoluzione delle stesse, è stato creato un elenco

di operatori economici in possesso dei requisiti tecnico-professionali a cui ricorrere in casi di necessità e/o urgenza nel rispetto della normativa vigente e delle Linee Guida ANAC, dando particolare rilievo al principio della rotazione e sono state redatte apposite linee guida nelle quali sono state riportate le indicazioni normative e operative da utilizzare per uniformare le procedure di affidamento dei lavori e stabiliti modelli *standard* di provvedimenti di determina.

Rapporti con gli operatori del privato accreditato: sono state introdotte specifiche misure e cautele, tanto nella fase di gestione del rapporto contrattuale privatistico, quanto nella connessa fase di verifica ed ispezione circa la correttezza delle prestazioni sanitarie erogate per conto della ASL. Si è provveduto, inoltre, ad aggiornare il catalogo degli obblighi di pubblicità e trasparenza, pubblicando tutti gli accordi contrattuali in essere con la ASL, come previsto con l'allegata tabella sub 2), ricognitiva degli obblighi di pubblicazione, ai sensi della delibera ANAC n. 1310/2016.

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR): l'azienda ha:

- assicurato il necessario raccordo informativo verso la Regione Puglia, mediante la designazione dello stesso RPCT, quale componente aziendale del Gruppo di lavoro interistituzionale Regione/Aziende sanitarie;
- istituito un Gruppo PNRR ASL BA, così da consentire un maggior controllo e una più incisiva collegialità alle decisioni di rilievo per l'ente.

Obiettivo	**Estensione della mappatura dei processi ed analisi dei rischi**
Azione da realizzare	Completamento della mappatura dei processi sopra indicati

Parte II Le misure di prevenzione della corruzione

1. Valutazione dei rischi

La valutazione del rischio è la macro-fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso viene identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi, al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure organizzative correttive/preventive ai fini di garantire un adeguato trattamento del rischio.

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

IDENTIFICAZIONE

⇩

ANALISI

⇩

PONDERAZIONE

⇩

TRATTAMENTO

Viene riportata di seguito la struttura della scheda di lavoro che l'ente utilizza per implementare la mappatura dei processi e l'analisi del rischio.

Processo aziendale	Rischio specifico	Fattori abilitanti	Livello di rischio (alto/medio/basso)	Id. MISURA	Tipologia misura (Controllo/Trasparenza/Etica comportamento/Regolamentazione/Semplificazione/Formazione/Rotazione/Conflitto di interessi)	Misura aziendale di prevenzione	Misura già prevista nel PTPCT 2022/2024 (SI/NO/PARZIALE)	Tempi di implementazione delle nuove misure 2023/2025	Tempi per attuazione misure a regime	Macrostrutture/UU.OO. tenute all'applicazione	Monitoraggio RPCT - modalità	Monitoraggio RPCT - tempi

1.1 *Identificazione dei rischi*

L'oggetto di analisi per l'identificazione dei rischi specifici sono i singoli processi o attività in cui si compone un macro processo. I responsabili di ogni Struttura, avendo una conoscenza approfondita dell'organizzazione identificano in questa fase tutti gli eventi rischiosi che potrebbero ipoteticamente verificarsi e i relativi fattori abilitanti. Così come sottolineato dal PNA 2022, il RPCT e gli altri attori del sistema di gestione del rischio (dirigenti, dipendenti, OIV, organi di indirizzo), dopo aver identificato le attività a rischio devono mantenere un atteggiamento collaborativo e segnalare eventuali successivi e diversi rischi ad integrazione.

Per l'identificazione degli eventi rischiosi vengono adottate diverse tecniche con una prospettiva rivolta sia al passato che al futuro:

- ricerca e analisi di documentazione relativa al processo (mappature di processo, risultati dell'attività di monitoraggio di RPCT) o comunque al contesto interno e/o esterno (ad esempio casi giudiziari ed altri episodi di corruzione o cattiva gestione accaduti in passato nell'amministrazione o in altre Amministrazioni);
- *brainstorming* con il personale che opera all'interno del processo per vagliare i rischi attuali ed identificare altri eventuali rischi specifici di corruzione;
- eventuali incontri da parte di RPCT, con Responsabili di Struttura e/o con associazioni e portatori di interesse esterni, per verificare le attività di identificazione dei rischi specifici.

La fase di identificazione permette di compilare le prime colonne dell'Elenco dei processi. In questa fase, ogni rischio viene adeguatamente individuato, descritto ed associato ad un codice.

1.2 *Analisi e ponderazione dei rischi*

L'analisi del rischio ha il duplice obiettivo di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente e, dall'altro lato, di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio. La ponderazione del rischio consente di stabilire le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio e le priorità di trattamento dei rischi, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera.

Per stimare l'esposizione al rischio dei processi individuati si è scelto di adottare una metodologia di tipo qualitativo, dando ampio spazio alla motivazione della valutazione e garantendo la massima trasparenza.

Nell'approccio qualitativo l'esposizione al rischio è stimata in base a motivate valutazioni, espresse dai soggetti coinvolti nell'analisi, su specifici criteri previsti nel monitoraggio effettuato.

1.3 Trattamento del rischio

Il trattamento del rischio consiste nell'implementazione di misure generali e specifiche: le misure generali incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione agendo in maniera trasversale sull'intera amministrazione; le misure specifiche, invece, operano in maniera puntuale su alcuni rischi specifici non neutralizzabili con il solo ricorso a misure generali. Di seguito sono indicate le misure, generali e specifiche, che l'Azienda Ulss 3 Serenissima adotta per il trattamento dei rischi.

a. Codice di comportamento dei dipendenti ASL BA

Il codice di comportamento aziendale vigente è stato adottato con DDG 470 del 21.3.2022 ed è pubblicato nella Sezione Amministrazione Trasparente del sito web dell'Azienda, sarà oggetto di modifica a seguito dell'intervenuto DPR n. 81 del 13 giugno 2023.

Il codice annovera formalmente, all'art. 2, tra i soggetti tenuti all'applicazione del codice di comportamento anche gli incaricati di consulenze/controparti private di pubblici appalti, indipendentemente dalla articolazione aziendale che abbia proceduto al conferimento dell'incarico ovvero alla sua proposta per il successivo conferimento da parte della Direzione Strategica.

Proseguirà l'attività di verifica e raccordo con l'Ufficio Procedimenti Disciplinari per il rispetto del Codice.

Obiettivo 1	**Aggiornamento del Codice di Comportamento**
Azione da realizzare	*Attività di predisposizione del nuovo Codice di Comportamento aggiornato al DPR 81/2023*

Si rinvia al link del vigente **Codice di comportamento aziendale** https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari/atti-generali e del **DPR 81/2023** https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2023/06/29/23G00092/sg

Obiettivo 2	**Applicazione del Codice di Comportamento**
Azione da realizzare	*Attività di verifica e raccordo con l'Ufficio Procedimenti Disciplinari per il rispetto del Codice*

b. Disciplina del conflitto di interessi: obblighi di comunicazione e di astensione– Distinzione tra mal-administration e conflitto di interessi

La disciplina del conflitto di interessi, derivano dal combinato disposto di più norme, tra cui – in particolare – l'art. 6-bis, l. 241/1990, gli artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013 (Codice di condotta dei dipendenti pubblici) e il vigente codice di comportamento aziendale (di cui alla DDG n. 470/2022) oggetto di revisione a seguito dell'intervenuto DPR 81/2023.

Per conflitto di interessi deve intendersi, su un piano generale e salvo quanto si dirà con specifico riferimento a talune posizioni dirigenziali al paragrafo che segue, la situazione in cui un soggetto, pubblico dipendente, nello svolgimento dell'attività istituzionale sia chiamato istituzionalmente a realizzare interessi pubblici o privati altrui (cd. interesse primario) che, per caso, risultino in contrasto (anche solo teoricamente-potenzialmente ovvero in maniera apparente) con un proprio interesse personale (cd. interesse secondario). Il rischio che il legislatore vuole limitare attraverso la disciplina del conflitto di interessi è quello per cui il

dipendente pubblico devii dalla miglior cura dell'interesse primario, asservendo la propria posizione di pubblico dipendente al raggiungimento dei propri interessi personali.

Tuttavia, la situazione di conflitto rilevante per il legislatore, non è il comportamento dell'agente che sia effettivamente pregiudizievole per l'interesse primario[1]. Assume rilievo, ai sensi della disciplina, la stessa ricorrenza di una condizione giuridica o di fatto, dalla quale potrebbe derivare il danno ovvero potrebbe derivare la compromissione dell'interesse primario individuato dalla norma a vantaggio dell'interesse personale secondario dell'agente pubblico.

Le norme richiamate, al fine di evitare tale deviazione, impongono a tutti i dipendenti pubblici, in presenza di una situazione anche solo potenziale di conflitto di interessi di:

- astenersi motivatamente dallo svolgimento delle proprie mansioni;
- segnalare la circostanza del ricorrere del conflitto al proprio superiore gerarchico, quale soggetto più qualificato a valutare la rilevanza della situazione oggetto di segnalazione.

La disciplina aziendale, risultante dal vigente codice di comportamento aggiornato nel 2019 (oggetto di ulteriori precisazioni con la proposta di aggiornamento al codice, trasmessa alla Direzione Strategica nel mese di dicembre 2021), dalle circolari AGRU e dagli schemi di contratto in uso all'Azienda, richiede al dipendente di rendere le dichiarazioni in tema di conflitto di interessi:

- all'atto dell'assunzione;
- all'atto del conferimento di incarico nell'ambito del medesimo rapporto di lavoro (di posizione organizzativa, di coordinamento infermieristico, di struttura);
- all'atto del conferimento di ulteriori tipologie di incarichi rilevanti (a titolo meramente esemplificativo, consulenze, patrocini legali, etc.);
- al ricorrere di modifiche rilevanti.

Nelle prime due ipotesi, le dichiarazioni sono indirizzate direttamente all'AGRU; nella terza ipotesi, alla Macrostruttura conferente l'incarico di consulenza ovvero alla SBL per gli incarichi di patrocinio legale; nel quarto caso, la dichiarazione viene indirizzata al proprio dirigente Responsabile/Direttore il quale, a seguito di valutazione – anche, ove occorra, a seguito di interlocuzione con la Direzione Strategica, il RPCT e l'AGRU nel caso in cui emergano situazioni particolarmente complesse – circa la pertinenza e significatività delle modifiche occorse, provvederà a:

1. sollevare e sostituire, per la specifica attività, il dipendente in conflitto parziale;
2. segnalare alla Direzione Strategica, all'AGRU e al RPCT, l'intervenuto conflitto ostativo all'assegnazione stessa del dipendente all'ufficio, proponendo il trasferimento ad altra Macrostruttura aziendale;

[1] Essenziale, sul punto, la distinzione tra conflitto di interessi e corruzione. Il conflitto, infatti, integra una mera situazione di rischio, non necessariamente un comportamento fonte di danno. Perché si configuri un conflitto rilevante è sufficiente la presenza di un interesse secondario che possa interferire, in maniera reale, potenziale e/o apparente, con l'interesse primario aziendale. La corruzione, intesa quale *mal-administration*, può essere definita come la "*degenerazione del conflitto di interessi*" (E. Di Carlo, *Il conflitto di interessi nelle aziende – Linee guida per aziende, amministrazioni pubbliche ed enti non-profit*, Giappichelli, 2020, Cap. III), nel senso che – a differenza che nel mero conflitto, nella corruzione l'individuo si comporta effettivamente in modo tale da far prevalere i propri interessi secondari sull'interesse primario dell'organizzazione, abusando del proprio potere derivante dal conflitto. La corruzione, pertanto, oltre ai due requisiti comuni al conflitto (ricorrenza di un interesse primario e secondario riconducibili alla cura del medesimo soggetto) richiede un terzo elemento, un *quid pluris* rappresentato dall'effettivo prevalere dell'interesse secondario individuale a danno dell'interesse primario della p.a.

3. ove ritenga non sussistere alcun conflitto, a comunicare tale circostanza al dipendente confermandolo nelle mansioni precedentemente attribuite.

Particolari obblighi dichiarativi, inoltre, sono previsti anche in relazione ai componenti, dipendenti ed esterni all'Amministrazione, nominati nelle commissioni di concorso o di gara.

In tali ipotesi, all'atto dell'insediamento della commissione, il relativo segretario provvede a rilasciare la propria dichiarazione e ad acquisire le dichiarazioni rilasciate dai componenti.

Si procederà costantemente alla verifica dell'eventuale ricorrere di rapporti di parentela, affinità, *coniugio* ovvero, comunque, rilevanti ai fini del rispetto delle previsioni in tema di conflitto di interesse, con riferimento a tutto il personale medico e sanitario e all'attività di acquisizione, aggiornamento e pubblicazione delle dichiarazioni relative al mancato ricorrere di situazioni di conflitto di interesse, rilasciate da soggetti esterni che collaborino o prestino consulenza in favore dell'Azienda. È il caso, per lo più, dei professionisti legali officiati del patrocinio in controversie giudiziarie o, comunque, incaricati di consulenza legale in favore dell'Ente, dei professionisti contabili esterni, incaricati della consulenza di carattere fiscale-tributaria innanzi all'Agenzia delle Entrate, cosi come degli interpreti, incaricati in relazione alle necessità assistenziali di assistiti stranieri.

Tutte le dichiarazioni rese risultano pubblicate nella Sezione Amministrazione Trasparente/sottosezione Consulenti e collaboratori.

Viene riproposta l'attività di predisposizione e diffusione presso tutti i dipendenti di apposita circolare aggiornata relativa alla disposizione in tema di conflitto di interessi, completa di *format* della comunicazione che i dipendenti sono chiamati a rendere per la segnalazione di eventuali conflitti, ai fini della successiva divulgazione presso tutti i dipendenti, in ragione della necessità di estenderne testualmente la portata esemplificativa al caso degli incarichi di CTP.

In aggiunta, nella tabella allegata sub 1) alla presente Sezione e recante elenco delle misure vigenti per il 2023, sono confermate le seguenti attività:

- l'obbligo di sottoscrizione, da parte del RUP nominato ai sensi del d. lgs. 50/2016, di specifica dichiarazione circa l'assenza di interessi personali alla specifica procedura di approvvigionamento;
- l'obbligo di sottoscrizione di specifica dichiarazione circa l'assenza di interessi personali alla specifica procedura di approvvigionamento, da parte di tutti i dipendenti/professionisti che partecipino alla redazione dei capitolati di gara, alle commissioni valutatrici, alla definizione del fabbisogno aziendale, ovvero che vengano individuati quali direttori dell'esecuzione dell'appalto;
- l'obbligo, per ogni atto determinativo e/o deliberativo, di sottoscrizione di specifica attestazione dei firmatari tutti relativa al mancato ricorrere di situazioni di conflitto di interessi, come di seguito indicato: "Tutti i firmatari del presente atto attestano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, alla Parte II, par. 1, lett. c) della vigente Sezione anticorruzione e trasparenza – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, d. lgs. 165/2001".

A queste si aggiunge formalmente l'onere del Direttore/Responsabile della Macrostruttura di assegnazione del dipendente (che abbia attestato il positivo ricorrere di situazioni di conflitto che gli impongano di astenersi dalla partecipazione all'attività/procedimento istituzionale) di valutare ed esternare la propria decisione in merito all'effettivo ricorrere del conflitto attestato.

Quanto alle ipotesi di emersione del conflitto di interessi più spiccatamente interessanti l'ambito sanitario di intervento aziendale, sono analogamente confermate le seguenti attività:

- l'obbligo di sottoscrizione di specifica dichiarazione circa l'assenza di interessi personali, da parte dei richiedenti e beneficiari di ingresso di beni/tecnologie sanitarie in prova/visione/donazione/comodato;
- l'obbligo di acquisizione di dichiarazione relativa all'inesistenza di situazioni di conflitto di interessi ed incompatibilità, rilasciata dai MMG ammessi alla fruizione, con borsa di studio, della Scuola Regionale di formazione specifica in Medicina Generale;
- l'obbligo di sottoscrizione ed aggiornamento annuale di apposito documento di integrità, con inclusa dichiarazione in tema di conflitto di interessi, da parte di ogni operatore del Dipartimento di Prevenzione, impegnato in attività di vigilanza ed ispezione, da parte dei dipendenti del SIAV B e C del medesimo Dipartimento, di tutti i dipendenti UUOOCC SPESAL del medesimo Dipartimento, da parte di tutti i soggetti componenti e dei segretari di Commissioni per l'invalidità facenti capo al medesimo Dipartimento di Prevenzione;
- la previsione del riesame annuale di incarichi di docenza, svolti dai dipendenti del Dipartimento di Prevenzione, al fine di evitare concentrazioni e conflitti di interesse;
- l'attestazione di inesistenza di conflitti di interesse al conferimento di incarichi legali interni ed esterni da parte, rispettivamente, dei dirigenti avvocati officiati ovvero del Direttore SBL;
- l'aggiornamento annuale delle dichiarazioni relative all'inesistenza di profili di conflitto di interesse ed incompatibilità, da parte dei componenti di commissioni/gruppi per la valutazione dei farmaci e dispositivi medici;
- l'obbligo, a carico di tutti i dipendenti ovvero dei professionisti medici e sanitari convenzionati con l'azienda, di dichiarare per iscritto al giudice il possibile ricorrere di situazioni di conflitto di interesse rispetto alla ASL BA datrice di lavoro, in sede di accettazione dell'incarico quale CTU;
- il divieto, posto a carico di tutti i dipendenti ovvero dei professionisti medici e sanitari convenzionati con l'azienda, di accettare incarichi quale CTP, in favore di controparti della ASL BA, in ragione della situazione di conflitto di interesse rispetto alla ASL BA datrice di lavoro.

Proseguirà l'attività di acquisizione, aggiornamento e pubblicazione delle dichiarazioni in tema di conflitto di interessi rilasciate da consulenti e collaboratori della ASL, sia con riferimento ai nuovi incarichi, sia con riferimento ad incarichi conferiti in anni precedenti e, con riferimento ai quali, risulti necessario procedere alla liquidazione.

Obiettivo	**Gestire efficacemente eventuali situazioni di conflitto di interessi, anche potenziali**
Azione da realizzare	*Corretta acquisizione e conservazione delle dichiarazioni e dei successivi dovuti aggiornamenti*.

c. *Inconferibilità di incarichi dirigenziali ed incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali; formazione di commissioni di gara e concorso ed assegnazione agli uffici, in caso di condanna penale per reati contro la pubblica amministrazione*

Con la l. delega 190/2012 (art. 1, cc. 49-50) ed il d. lgs. delegato 39/2013, il legislatore ha introdotto una disciplina dedicata ed organica del conflitto di interessi che riguarda, non già qualsiasi operatore pubblico, bensì i soli titolari di incarichi amministrativi (*rectius*, gestionali) di vertice, attribuendo direttamente all'ANAC – coadiuvata dal RPCT – il compito di vigilare sul rispetto dei vincoli e divieti normativi.

Il d. lgs. 39/2013 codifica "*delle presunzioni assolute di conflitto di interessi, al ricorrere delle quali taluni incarichi nella pubblica amministrazione sono da considerarsi inconferibili o incompatibili*" (delibera ANAC 1201/2019).

Con specifico riferimento al contesto sanitario, premesso che la l. delega chiarisce all'art. 1, c. 59, l'applicabilità della nuova disciplina a tutte le amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, c. 2, d. lgs. 165/2001, si prevede testualmente – quale criterio di delega, alla lett. d) – l'applicabilità delle norme in tema di inconferibilità ed incompatibilità agli incarichi di Direttore Generale, Amministrativo e Sanitario.

La scarna previsione della l. delega è stata più volte oggetto di precisazioni da parte dell'ANAC, con riferimento alle numerose tipologie di incarichi dirigenziali conferibili all'interno della ASL.

In particolare:

- ribadita l'applicabilità, su un piano generale, della disciplina di cui al d. lgs. 39/2013, ai soli incarichi di Direttore Generale, Amministrativo e Sanitario, in coerenza con la riserva al primo, coadiuvato dai secondi, di tutti i poteri di gestione, nonché della rappresentanza della ASL, effettuata dall'art. 3, c. 6, d. lgs. 502/1992 e la previsione testuale dell'art. 3, c. 1, lett. e), d. lgs. 39/2013 (delibera ANAC 149/2014);

- viene successivamente:

  1. esclusa l'applicabilità alla dirigenza medica e sanitaria, sia perché ritenuta non comportante esercizio di competenze di amministrazione e gestione sia in ragione dell'automatica attribuzione a medici e sanitari della qualifica dirigenziale, a prescindere dall'effettivo svolgimento di incarichi di direzione (amministrativa e gestionale), nell'esclusivo intento di attribuire loro autonoma autodeterminazione nelle scelte professionali (delibera ANAC 1146/2019 ma v. infra programmazione per il triennio 2022/2024);

  2. esclusa l'applicabilità ai dirigenti titolari di incarichi di studio o posti in staff alla Direzione Strategica (delibera ANAC 1146/2019);

  3. estesa, pur in assenza di specifiche previsioni nella l. delega ed, anzi, apparentemente in contrasto con la limitazione alla sola Direzione Strategica di cui al precitato criterio di delega, l'applicabilità alla dirigenza tecnico-amministrativa[1], per la quale valgono "*le ordinarie regole previste dal d. lgs. 39/2013: se essi sono titolari di competenze di amministrazione e gestione svolgono, allora, incarichi dirigenziali rientranti nella categoria di cui all'art. 3, c. 1, lett. c), d. lgs. 39/2013*", configurandosi – accedendo alla soluzione opposta – una ingiustificata disparità di trattamento tra dirigenti tecnico-amministrativi che

[1] A questi, vanno equiparati – tra i dirigenti del ruolo professionale – i dirigenti avvocati.

operano nel contesto sanitario e quelli di altri comparti della pubblica amministrazione (delibera ANAC 1201/2019, delibera ANAC 1146/2019 e delibera ANAC 713/2020).

Strettamente connessa alla disciplina dettata, in tema di inconferibilità, dall'art. 3, d. lgs. 39/2013, la disposizione di cui all'art. 35-bis, d. lgs. 165/2001. Le due previsioni normative tuttavia differiscono sensibilmente quanto ad ambito soggettivo di applicazione, riferendosi:

a. il d. lgs. 39/2013, nelle specificazioni fornite dall'Autorità, come detto, ai soli incarichi di direzione generale, amministrativa e sanitaria, oltre che alla dirigenza del ruolo amministrativo e tecnico;

b. il d. lgs. 165/2001, a tutti i dipendenti, indipendentemente dallo svolgimento di funzioni dirigenziali, bensì in relazione a funzioni particolarmente sensibili a fini di prevenzione della corruzione (funzioni connesse al reclutamento dall'esterno e all'avanzamento in carriera; funzioni di gestione delle risorse finanziarie; funzioni di approvvigionamento di beni, servizi e lavori; funzioni connesse all'erogazione di sovvenzioni, sussidi, ausili e contributi, vantaggi economici in favore di soggetti pubblici e privati; compiti di segreteria connessi alle predette funzioni).

Alla luce delle predette indicazioni, anche interpretative, fornite dall'ANAC, particolari dubbi permangono con riferimento agli incarichi apicali di:

- Direzione UOC Dipartimento di Prevenzione, in ragione dei compiti di vigilanza, verifica ed ispezione agli stessi normativamente attribuiti;
- Direzione di Dipartimenti e UOC del ruolo medico e sanitario che, per la peculiare organizzazione aziendale partecipino alle funzioni di amministrazione e gestione, anche di natura ispettiva, rilevanti ex d. lgs. 39/2013 (si pensi, nel contesto di questa Amministrazione, al Dipartimento Salute Mentale o al Dipartimento Dipendenze Patologiche o all'Area Socio Sanitaria ovvero, ancora, alla UOC Neuro Psichiatria Infantile e dell'Adolescenza);
- Direzione Medica di P.O., in ragione dei compiti di gestione agli stessi attribuiti;
- Direzione DSS, in ragione dei compiti di gestione agli stessi attribuiti dalla legge.

Gli stessi incarichi apicali, infatti, benché conferibili a dirigenti del ruolo medico e sanitario, comportano pacificamente lo svolgimento di funzioni di amministrazione e gestione, anche di natura ispettiva, rilevanti ex d. lgs. 39/2013, quali l'approvvigionamento di beni e servizi, la gestione di ordinativi di fornitura relativi a beni di interesse distrettuale ovvero l'erogazione di sovvenzioni aventi notevole rilievo economico, quali gli assegni di cura ovvero le ulteriori tipologie censite nella sezione Amministrazione Trasparente/Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici. Con particolare riferimento ai Direttori DSS, alla luce del disposto di cui all'art. 3-sexies, c. 3, d. lgs. 502/1992 e dell'art. 8, reg. regionale 6/2011, il quale consente l'accesso alla Direzione DSS tanto a professionalità del ruolo medico e sanitario (oltre che ai MMG/PLS) quanto a professionalità del ruolo amministrativo, l'interpretazione fornita dall'Autorità comporterebbe l'effetto paradossale di ritenere applicabile o meno il d. lgs. 39/2013 non già in ragione delle competenze e funzioni effettivamente svolte dal dirigente bensì sulla base del dato formale del ruolo professionale.

Ad ogni buon conto, ove tali situazioni esistano, le stesse sono oggetto di comunicazione/attestazione da parte del dirigente di qualunque ruolo, anche ai sensi dell'art. 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, secondo quanto previsto al precedente par. in tema di conflitto di interessi, al quale si rinvia.

Si procederà alla richiesta delle dichiarazioni di inconferibilità/incompatibilità anche a tutti i dirigenti amministrativi, tecnici e professionali (avvocati) incaricati delle nuove strutture e non, nonché a tutti i dipendenti, anche del comparto, assegnati allo svolgimento delle specifiche funzioni previste dall'art. 35-bis, d. lgs. 165/2001.

Analogamente, si continuerà a procedere anche con riferimento alla dirigenza medica e sanitaria che, per il particolare incarico conferito (*id est*, Direzione DSS, Direzione UOC Dipartimento di Prevenzione e Direzione Medica di P.O.) risultino svolgere le funzioni rilevanti ai fini di cui all'art. 35-bis, d. lgs. 165/2001.

Deve segnalarsi, quanto alle precisazioni offerte dall'Autorità in tema di ambito di applicazione del d. lgs. 39/2013 al contesto sanitario, come all'iniziale esclusione dei dirigenti medici e sanitari (sostenuta con le delibere richiamate al paragrafo che precede) appare fare seguito una posizione più estensiva e favorevole all'applicazione anche alla dirigenza medico-sanitaria, "*laddove tali dirigenti siano titolari di competenze di amministrazione e gestione*", che ne giustifichino l'assoggettamento alla disciplina di cui all'art. 3, c. 1, lett. c), d. lgs. 39/2013 (ANAC, newsletter n. 9 del 13/12/2021 – quesito XVII).

A seguito della ricezione delle dichiarazioni rilasciate l'AGRU proseguirà, d'intesa con il RPCT e la Direzione Strategica, alla verifica, anche con modalità a campione, delle dichiarazioni di inconferibilità pervenute sia dai dirigenti amministrativi, tecnici e professionali (avvocati) tutti sia dagli ulteriori dipendenti impegnati nelle attività rilevanti ex art. 35-bis, d. lgs. 165/2001, anche se del ruolo medico e sanitario.

Quanto alle dichiarazioni rese dai componenti delle commissioni di gara e concorso, infine, anche il presente Piano conferma l'obbligo – per le Macrostrutture competenti per le rispettive procedure – di acquisirle, estendendolo sia in relazione agli specifici reati contro la pubblica amministrazione di cui all'art.35-bis, d. lgs. 165/2001 sia a nuove Macrostrutture medio tempore istituite ovvero destinatarie di delega allo svolgimento di procedure ad evidenza pubblica per l'aggiudicazione di appalti pubblici, quali la Direzione Amministrativa del nuovo Dipartimento di Assistenza Territoriale ovvero gli stessi DSS (nell'ipotesi di svolgimento di gare da aggiudicarsi secondo il criterio dell'o.e.p.v.), nonché la UOC Neuro Psichiatria Infantile e dell'Adolescenza.

Obiettivo	**Garantire il rispetto delle norme relative all'inconferibilità e all'incompatibilità degli incarichi**
Azione da realizzare	1. *Acquisire correttamente le dichiarazioni di incompatibilità* 2. *Puntuale pubblicazione dell'atto di conferimento dell'incarico e della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità.*

d. Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage)

Restano confermate specifiche azioni in tema di *pantouflage* (di cui all'art.53, c.16-ter, d.lgs. 165/2001).

Negli atti di gara, a cura di tutte le Macrostrutture delegate ai sensi della disciplina aziendale, è previsto espresso rinvio al divieto in parola e che oggetto di specifica verifica è l'avvenuta compilazione di tale Sezione del DGUE da parte dei tutti i concorrenti.

La norma in tema di *pantouflage* viene riportata anche successivamente all'affidamento/aggiudicazione, nel testo contrattuale sottoscritto dai contraenti privati. Pertanto sia i concorrenti che gli appaltatori assumono tale obbligo prescrittivo.

L'Area Gestione Risorse Umane (AGRU) ha previsto tale clausola nei contratti di lavoro.

È previsto il divieto anche all'ambito dei rapporti contrattuali con il settore privato accreditato (art. 8-quinquies, d. lgs. 502/1992) prevedendo l'inserimento di specifica clausola contenente il divieto di *pantouflage*.

Le Macrostrutture interessate dall'attuazione delle misure in tema di *pantouflage* proseguiranno – anche con modalità a campione e previa individuazione dei criteri di selezione del campione – controlli in raccordo con l'AGRU circa la rispondenza al vero delle dichiarazioni rese dagli operatori economici in sede di partecipazione a procedure volte all'affidamento di appalti pubblici ovvero alla conclusione di accordi contrattuali di cui all' art. 8-quinquies, d. lgs. 502/1992.

Obiettivo	**Promuovere la diffusione del divieto di pantouflage**
Azione da realizzare	1. *Inserire apposite clausole nei documenti di gara* 2. *Inserire apposite clausole nei contratti di lavoro* 3. *Controlli delle Macrostrutture in raccordo con l'AGRU circa la rispondenza al vero delle dichiarazioni rese dagli operatori economici in sede di partecipazione a procedure volte all'affidamento di appalti pubblici ovvero alla conclusione di accordi contrattuali di cui all' art. 8-quinquies, d. lgs. 502/1992*

e. Autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali

La disciplina in materia di autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali da parte dei dipendenti pubblici trova la sua giustificazione nell'esigenza di scongiurare eventuali conflitti di interesse e di assicurare il rispetto dell'art. 98 Cost., nella parte in cui prevede che "*i pubblici impiegati sono al servizio esclusivo della Nazione*".

La disciplina aziendale in materia è contenuta nel regolamento approvato con DDG n. 753/2022 del 22.4.2022.

Il regolamento prevede il ricorso a modulistica standard, finalizzata – tra l'altro – a semplificare le attività di controllo e comunicazione al Dipartimento per la Funzione Pubblica, da parte dell'AGRU, così come a garantire maggiore uniformità procedurale.

Il modello di comunicazione/richiesta di autorizzazione, prevede anche un campo deputato a raccogliere l'indicazione (oltre che del *provider* formalmente conferente l'incarico) anche del soggetto cd. utilizzatore finale, per conto del quale il convegno, la relazione, la docenza viene conferito.

È istituito altresì un "*Registro degli incarichi non soggetti ad autorizzazione, comunicati dai dipendenti*", in ragione dell'elevata numerosità degli stessi e del rischio che possibili conflitti di interessi possano non essere tempestivamente individuati. Il Registro è un ausilio conoscitivo utile in sede di nomina delle commissioni giudicatrici di gare di appalto.

Obiettivo	**Garantire l'applicazione del regolamento aziendale riguardante modalità e condizioni dello svolgimento degli incarichi e delle attività extra istituzionali**
Azione da realizzare	1. *Acquisire la documentazione relativa alle richieste per lo svolgimento di incarichi ed attività extra istituzionali secondo le modalità e le tempistiche previste dal regolamento aziendale.* 2. *Autorizzare tali richieste sulla base dei criteri oggettivi individuati.*

f. Rotazione del personale

Rotazione ordinaria

Con specifico riferimento alla rotazione ordinaria, individuata fin dal PNA 2013 tra le più incisive misure di contenimento di fenomeni *latu sensu* corruttivi, si procederà alla verifica delle condizioni relative all'applicazione della misura in oggetto.

La rotazione ordinaria del personale in materia di prevenzione e repressione della corruzione costituisce una misura preventiva cruciale e, pertanto, rappresenta - ove possibile - uno strumento di organizzazione ed utilizzo ottimale delle risorse umane.

Tuttavia, sebbene a partire dal PNA 2013 e da ultimo con il PNA 2019/2021 il ricorso al predetto strumento sia stato estremamente valorizzato, la stessa ANAC - nell'approfondimento di cui all'allegato n. 2 del PNA 2019/2021 - ha precisato che il ricorso alla rotazione ordinaria incontra limiti soggettivi ed oggettivi, rispettivamente volti ad evitare che la misura di prevenzione de quo si risolva nella lesione di eventuali diritti individuali dei dipendenti interessati, nonché ad assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa oltre alla qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico.

Tra i condizionamenti all'applicazione della rotazione, infatti, vi è quello della infungibilità delle funzioni derivante dall'appartenenza a categorie o professionalità specifiche.

Con particolare riferimento all'ambito sanitario, poi, già con l'approfondimento tematico di cui alla parte speciale del PNA 2016, l'Autorità ha sottolineato come il ricorso alla rotazione ordinaria incontri peculiari criticità correlate alla specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali nel settore in esame, in quanto:

- il settore sanitario-medico-clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di expertise consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità;
- gli incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono anch'essi, in molti casi, competenze tecniche specifiche (ad es., ingegneria clinica, fisica sanitaria, informatica, ecc.).

Ferme tali premesse, proprio nella consapevolezza delle citate difficoltà, viene elaborato un cronoprogramma riportato in uno all'indicazione delle Macrostrutture competenti ovvero dei target di riferimento, ritenendo le attività in esso contenute prodromiche all'adozione del definitivo regolamento aziendale relativo alla rotazione ordinaria del personale e ad alla conseguente attuazione a regime della stessa, ove necessaria oltreché possibile.

In particolare, onde contemperare l'esigenza della rotazione degli incarichi con quella del mantenimento dei livelli di competenze in un quadro generale di accrescimento delle capacità complessive dell'amministrazione sanitaria, si ritiene indispensabile osservare le seguenti tappe:

1. Individuazione dei criteri di rotazione, a cura del RPCT e della Direzione Strategica
2. Informativa preventiva dei criteri di rotazione 00.SS. (dirigenza e comparto), a cura della Direzione Strategica, AGRU e RPCT
3. Informativa dei criteri di rotazione al Collegio di Direzione, a cura della Direzione Strategica e del RPCT
4. Individuazione aree a rischio corruzione e uffici esposti a fenomeni corruttivi, a cura della Direzione Strategica e del RPCT
5. Funzionigramma relativo alle aree da sottoporre a rotazione, a cura del RPCT e AGRU
6. Proposta del programma pluriennale della rotazione ordinaria della ASL, a cura del RPCT e AGRU
7. Adozione del programma pluriennale della rotazione ordinaria della ASL, a cura della Direzione Strategica

Obiettivo	**Garantire la rotazione del personale nelle aree ad elevato rischio corruttivo**
Azione da realizzare	*Programmare la rotazione (o le eventuali misure alternative), valutandone l'impatto sull'intera struttura*.

Rotazione straordinaria

Anche per il triennio 2023-2025, il RPCT e la Direzione Strategica, con il supporto dell'AGRU e della SBL, oltre che delle Macrostrutture di volta in volta interessate, in quanto assegnatarie delle risorse umane eventualmente coinvolte da fatti penali ovvero disciplinari rilevanti, assicureranno la corretta attuazione dell'istituto della rotazione straordinaria obbligatoria.

A tale scopo, la presente Sezione:

1. conferma l'assegnazione alla SBL di specifica misura anticorruzione, avente ad oggetto la comunicazione al RPCT dei dati sui procedimenti giudiziari a carico dei dipendenti dell'amministrazione (oltre a sentenze passate in giudicato, procedimenti in corso e decreti di citazione a giudizio riguardanti, tra gli altri:
   - i reati contro la PA;
   - il falso e la truffa, con particolare riferimento alle truffe aggravate all'amministrazione - artt. 640 e 640-bis c.p.;
2. reitera l'assegnazione alla medesima SBL della redazione di apposita circolare interna rivolta a tutti i dipendenti relativa all'obbligo di questi ultimi di comunicare tempestivamente all'Amministrazione la sussistenza, nei propri confronti, di provvedimenti di rinvio a giudizio per fatti connessi all'attività di servizio.

Obiettivo	**Garantire la rotazione del personale nelle aree ad elevato rischio corruzione**
Azione da realizzare	*Applicare la rotazione straordinaria come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi*

g. Tutela del whistleblower

Quale principale misura di tutela del *whistleblower*, l'Azienda ha aderito alla piattaforma *WhistlerblowingPA* messa a disposizione dall'associazione *Transparency* Italia. La piattaforma consente l'acquisizione informatizzata delle segnalazioni e lo scambio informatizzato di comunicazioni e documenti tra segnalante e RPCT, così da garantire il totale anonimato, ove il segnalante decida di non rendere nota la propria identità. L'accesso alla piattaforma è contenuto in un link (https://aslbari.whistleblowing.it/#/) presente sulla home page del sito web aziendale ed in particolare nell'apposita Sezione dell'Amministrazione Trasparente.

Con riferimento alla procedura interna al gruppo di lavoro RPCT per la lavorazione delle segnalazioni ricevute, sia tramite Piattaforma sia dall'Ufficio Protocollo tramite assegnazione della Direzione Generale, il RPCT ed il gruppo di lavoro hanno definito una procedura interna secondo cui ogni atto istruttorio successivo alla ricezione della segnalazione (a titolo meramente esemplificativo, richiesta approfondimenti istruttori alla Macrostruttura aziendale competente, eventuali richieste istruttorie ulteriori, adozione provvedimento finale di archiviazione e/o trasmissione ad altri soggetti) avviene:

- mediante indicazione, in oggetto, dei soli estremi numerici (n. prot. o n. identificativo piattaforma) e della data di ricezione della segnalazione, senza alcun riferimento a identificativi soggettivi e contenutistici; l'unica indicazione numerica richiamata nel testo è il n. di acquisizione progressivo annuale delle segnalazioni al registro tenuto dal RPCT;
- senza trasmissione ad altri uffici del testo della segnalazione pervenuta (che, ancorché anonima, potrebbe contenere ulteriori elementi utili alla identificazione del segnalante), sostituito da una breve rielaborazione discorsiva operata dal gruppo di lavoro e dallo stesso RPCT.

È attivo sul software per la gestione del protocollo, l'articolazione aziendale RPCT, alla quale possono accedere solo lo stesso RPCT ed i componenti del gruppo di lavoro e tramite la quale gli stessi possono inoltrare, all'interno del gruppo, documenti (segnalazioni, richieste istruttorie, comunicazioni conclusive) già acquisiti al protocollo aziendale.

In attuazione della Direttiva (UE) 2019/1937, è stato emanato il d.lgs. n. 24 del 10 marzo 2023 riguardante "la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali".

A seguito di tale intervento normativo è prevista la predisposizione di un regolamento interno sulla gestione delle segnalazioni Wistleblowing, secondo i seguenti elementi indicati a titolo esemplificativo:

Comportamenti, atti od omissioni che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica o dell'ente privato e che consistono in: illeciti amministrativi, contabili, civili o penali; condotte illecite rilevanti ai sensi del decreto legislativo 231/2001, o violazioni dei modelli di organizzazione e gestione ivi previsti; illeciti relativi ai seguenti settori: appalti pubblici; servizi, prodotti e mercati finanziari e prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo; sicurezza e conformità dei prodotti; sicurezza dei trasporti; tutela dell'ambiente; radioprotezione e sicurezza nucleare; sicurezza degli alimenti e dei

mangimi e salute e benessere degli animali; salute pubblica; protezione dei consumatori; tutela della vita privata e protezione dei dati personali e sicurezza delle reti e dei sistemi informativi.

Obiettivo	**Garantire la tutela dei dipendenti che segnalano illeciti**
Azione da realizzare	1. *Promuovere l'utilizzo della piattaforma WhistleblowingPA per la segnalazione di illeciti* 2. *Applicare correttamente la procedura aziendale per la gestione delle segnalazioni di illeciti e per la tutela del dipendente pubblico* 3. *Predisposizione del regolamento aziendale sulle gestione delle segnalazioni Whistelblowing*

Si rinvia alla piattaforma aziendale *WhistleblowingPA* https://aslbari.whistleblowing.it/#/

h. Formazione sui temi dell'integrità e della trasparenza

Nel corso del 2025 nell'ambito delle attività del Forum per l'Integrità in Sanità si segnalano:

FORMAZIONE PER IL PERSONALE/REFERENTI ANTICORRUZIONE

Verranno organizzati 4 incontri di formazione frontale, a distanza e da 1h e mezza, diretti ad un numero definito di dipendenti dell'ente.

I temi trattati saranno:

- Il ruolo del dipendente pubblico nella strategia di protezione dell'ente: compiti e responsabilità;
- I rischi di corruzione nel settore sanitario: eventi e fattori di rischio nei processi amministrativi e sanitari;
- Il whistleblowing: le novità introdotte dalla recente decreto n. 23/2024;
- Il Codice di comportamento: valori e principi del servizio pubblico e novità in tema di utilizzo di social media (DPR 81/23).

FORMAZIONE PER RPCT

Al Responsabile anticorruzione verrà riservata una formazione specifica ed avanzata, su tematiche definite direttamente con i RPCT degli enti membri del Forum.

In particolare, il RPCT sarà coinvolto in

- 2 webinar di alta formazione a distanza con la docenza di esperti del settore e sui temi scelti assieme agli stessi RPCT;
- Laboratorio di più incontri a distanza sul whistleblowing: peculiarità dell'istituto, criticità e best practice sui canali di segnalazione, gestione dati personali, analisi di casi pratici e meccanismi di self-assessment;
- Sportello anticorruzione: uno spazio dinamico formativo di confronto tra il RPCT e gli esperti del Forum sui principali adempimenti, sulle problematiche e sulle opportunità della normativa e pratiche anticorruzione per gli enti sanitari;

- Laboratorio sulla gestione integrata del rischio: spazio di confronto tra il RPCT e gli esperti del Forum enti su come gestire in maniera sistemica e trasversale i rischi di corruzione, frode, riciclaggio, doppio finanziamento e CDI

Obiettivo	**Garantire la formazione del personale sui temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza**
Azione da realizzare	*Adottare un programma per la formazione e l'aggiornamento del personale che opera nei settori a rischio di corruzione, differenziandolo in relazione alla tipologia di attività svolta.*

i. PNRR – attuazione Missione 6 "Salute"

Con l'approvazione del Piano, con d. l. 77/2021 e d. l. 80/2021, e della successiva "*Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione*", di cui al decreto MEF del 6/8/2021, la ASL BARI su indicazione della Regione Puglia, chiamata a coordinare gli interventi regionali relativi alla Missione 6 "Salute", ha individuato il dirigente amministrativo responsabile della UOS Affari Generali (il quale ricopre, al medesimo tempo, l'incarico di RPCT), in staff alla Direzione Strategica aziendale, quale componente per la ASL BA del gruppo di lavoro interistituzionale Regione/Aziende Sanitarie per l'attuazione del PNRR – Missione 6 "Salute" nonché referente aziendale.

È attualmente costituito un gruppo di lavoro aziendale PNRR, di cui fanno parte, oltre alla Direzione Strategica e al referente aziendale (per le attività di raccordo e supporto informativo nei confronti della Regione), anche dai:

- *Direttore Distretto Socio Sanitario n.° 1, al quale sono attribuite funzioni di coordinamento operativo aziendale*
- *Direttore Dipartimento Investimenti, Acquisti e tecnologie*
- *Direttore Dipartimento Assistenza Territoriale*
- *Direttore Dipartimento delle Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero*
- *Direttore Area Gestione Risorse Finanziarie*
- *Direttore U.O.C. Analisi e Sviluppo Sistema Informativo*
- *Direttore Area Gestione Tecnica*
- *Direttore Area Gestione Patrimonio*
- *Direttore U.O.C. Ingegneria clinica ed HTA*
- *Direttore U.O.C. Controllo di Gestione*
- *Direttore U.O.C. Programmazione Innovazione e Continuità Ospedale-Territorio,*
- *Dirigente Analista Responsabile U.O.S. Controllo Strategico, Controlli interni ed Organi collegiali*
- *Direttore del Dipartimento di Prevenzione*
- *Dirigenti medici della Direzione sanitaria aziendale*

Così garantendo – al medesimo tempo – interdisciplinarietà agli interventi posti in essere dall'azienda e collegialità, anche quale presidio anticorruzione.

Obiettivo	**Rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi del PNRR**
Azione da realizzare	*Controllo e monitoraggio preventivo nella esecuzione degli appalti di lavori, servizi e forniture*

j. Ulteriori misure trasversali: rapporti con società controllate e partecipate

Il PNA ha, altresì, sistematizzato la disciplina in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza negli enti di diritto privato, confermando l'applicabilità degli stessi alle società a controllo pubblico (art. 2-bis, c. 2, d. lgs. 33/2013), secondo quanto già chiarito dalla stessa Autorità con la determinazione n. 1134/2017, recante "*Nuove Linee Guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici*".

Quest'ultima chiarisce che gli artt. 1, c. 2-bis, l. 190/2012 e l'art. 2-bis, d. lgs. 33/2013 estendono l'ambito soggettivo di applicazione sia delle misure in tema di prevenzione della corruzione sia delle misure di trasparenza (questi ultimi succintamente richiamati, altresì, dalle "*Linee Guida in materia di organizzazione e gestione delle Società in house delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale*", di cui alla D.G.R. n. 951/2020, al par. 12, non inciso dalle recenti modifiche disposte con D.G.R. n. 590/2022) ed accesso civico alle società in controllo pubblico, nel rispetto del principio di compatibilità. Tale vaglio di compatibilità è attuato dalla stessa Autorità, rinviando alla tabella allegata alla citata determinazione n. 1134/2017, sia con riferimento alla prevenzione della corruzione che agli obblighi di trasparenza ed accesso civico. La determinazione ANAC n. 1134/2017, sul punto, precisa che "*tra le attività esposte al rischio di corruzione vanno considerate in prima istanza quelle generali*".

Al medesimo tempo, il PNA prevede – pur nell'autonomia di ciascun RPCT della P.A. controllante e della società controllata – compiti di "*impulso e di vigilanza sull'adozione delle misure di prevenzione da parte degli enti di diritto privato in controllo pubblico*", demandando alla Sezione Anticorruzione e Trasparenza dell'amministrazione controllante la previsione delle "*azioni concrete e verificabili relative ai predetti compiti*".

Per l'effetto, già per gli anni precedenti, è stata prevista esplicitamente, tra le misure anticorruzione, una specifica azione trasversale (condivisa tra RPCT, AGRF, AGRU, AGP, AGT/HTA), volta a garantire l'avvio della funzione di vigilanza sull'attività della società *in-house* aziendale, Sanitaservice ASL BA, in tema di integrità e trasparenza e, più in generale, di attività di pubblico interesse per gli aspetti di gestione delle risorse finanziarie, umane e per gli approvvigionamenti.

In attuazione dell'anzidetta misura ha invitato la società *in-house* aziendale, Sanitaservice s.r.l., a verificare dati ed informazioni oggetto di pubblicazione nella sezione Società Trasparente del sito web della società, così da garantire il corretto avvio dell'attività di vigilanza, anche al fine di monitorare l'attuazione delle misure anticorruzione per le attività di interesse pubblico svolte dalla detta società.

Nell'ambito della collaborazione già in essere tra il RPCT ASL BA e la Sanitaservice, l'Amministratore unico ha già stabilito la nomina del RPCT societario e la adozione del PTPCT societario per il triennio 2024-2026.

In tali premesse la Direzione Strategica, con la D.D.G.n.1766 del 30/08/2024, ha, tra gli altri, recepito e ratificato il protocollo operativo per il controllo analogo su Sanitaservice ASL BA s.r.l. in materia di anticorruzione e trasparenza (prot.n.58984 del 20/08/2024).

Sulla base di tale protocollo, l'Amministratore unico, anche per il tramite del RPCT societario, assicurerà:

a. l'adozione PTPCT societario, entro i termini previsti dalle norme, con assoggettamento al successivo aggiornamento annuale, previsto dalla l. 190/2012, proposto dall'RPCT societario, nel rispetto delle indicazioni fornite dal PNA nonché al par. 3.1.1 della determinazione ANAC n. 1134/2017. Si riconosce quali modalità parimenti percorribili ed alternative:
   - l'integrazione del modello di organizzazione, gestione e controllo di cui agli artt. 6 e 7, d. lgs. 231/2001, con misure idonee a prevenire anche i fenomeni di corruzione e di illegalità, in coerenza con le finalità perseguite dalla l. 190/2012, nonché ad assicurare la corretta pubblicazione di dati/documenti/informazioni di cui al d. lgs 33/2013;
   - la redazione e la approvazione di un autonomo documento, il Piano per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, avente i contenuti di cui alla medesima l. 190/2012 ed idoneo ad assicurare la corretta pubblicazione di dati/documenti informazioni di cui al d. lgs 33/2013.
b. la corretta ed aggiornata implementazione dei dati/documenti/informazioni pubblicate sul sito societario, sezione Società Trasparente, nel rispetto delle indicazioni fornite dall'ANAC.

   Il controllo sulla correttezza delle pubblicazioni nella sottosezione Società Trasparente del sito istituzionale della società in-house verrà assicurato dalle Macrostrutture aziendali competenti per materia che relazioneranno all'RPCT ASL BA entro i primi dieci giorni dell'anno di competenza, al fine delle necessarie comunicazioni da fornire all'ANAC con la Relazione annuale RPCT.
   Il particolare, entro tale data, il primo monitoraggio verrà assicurato come di seguito indicato:
   - RPCT ASL BA in relazione alla pubblicazione del nominativo e degli estremi dell'atto di nomina dell'RPCT societario, nonché degli ulteriori dati/documenti/informazioni la cui pubblicazione è prevista come obbligatoria dalla tabella allegata alla determinazione ANAC n. 1134/2017, nella sezione Società Trasparente/Altri Contenuti, sottosezioni Prevenzione della Corruzione ed Accesso Civico;
   - AGRU ASL BA (tramite il relativo Referente RPCT), in relazione alle pubblicazioni obbligatorie in tema di reclutamento e gestione del personale, nella sezione Società Trasparente/Personale;
   - SBL ASL BA (tramite il relativo Referente RPCT), in relazione alle pubblicazioni obbligatorie in tema di conferimento di incarichi di patrocinio legale, nella sezione Società Trasparente/Consulenti e collaboratori;
   - AGP ASL BA (tramite il relativo Referente RPCT), in relazione alle pubblicazioni obbligatorie in tema di appalti, nella sezione Società Trasparente/Bandi di gara e Contratti;
   - AGRF ASL BA (tramite il relativo Referente RPCT), in relazione alle pubblicazioni obbligatorie in tema di bilanci e pagamenti, nella sezione Società Trasparente/Bilanci e Società Trasparente/Pagamenti.
c. relativamente all'istituto dell'accesso civico viene estesa alla società in-house l'applicazione del vigente regolamento aziendale disciplinante le richieste di accesso civico semplice e generalizzato,

di cui all'art. 5, d. lgs. 33/2013, adottato con deliberazione del Direttore Generale n.869 del 09/05/2022. L'amministratore unico coordinerà l'adozione di autonoma regolamentazione societaria in tema di accesso civico.

Obiettivo	**Adozione delle misure di prevenzione da parte degli enti di diritto privato in controllo pubblico**
Azione da realizzare	*Controllo e monitoraggio del rispetto della normativa Anticorruzione e Trasparenza*

k. La formazione

La legge 190/2022, ha conferito alle amministrazioni tutti gli strumenti necessari per costruire e realizzare il sistema anticorruzione, dando anche centralità alla formazione. Le amministrazioni devono orientare la propria scelta formativa verso una rilevazione dei fabbisogni riferita al proprio contesto strutturale ed organizzativo.

La formazione garantisce l'innovazione, il miglioramento delle competenze e della qualità dei servizi, ed è un efficace strumento di prevenzione della corruzione. Ha il delicato compito di ridurre le resistenze interne al cambiamento che rappresentano un fattore di ostilità verso l'innovazione e la digitalizzazione che, invece, favoriscono, anche tramite la trasparenza e gli obblighi di pubblicazione, un valido supporto alla prevenzione della corruzione.

Per la ASL di BARI, la formazione rappresenta un elemento cruciale per migliorare le competenze dei dipendenti all'erogazione dei servizi sempre in continua evoluzione, competitivi e diversificati.

Nell'ambito della prevenzione della corruzione, sono molteplici gli interventi che la ASL di BARI considera al fine di prevenire la c.d. mala-administration.

La formazione come prevenzione della corruzione.

La formazione garantisce una maggiore consapevolezza dei dipendenti pubblici del fenomeno corruttivo e, pertanto, aiuta a contrastarlo, o meglio prevenirlo. In secondo luogo, la formazione improntata su logiche di etica pubblica e legalità garantisce quella base di conoscenze che favorisce, da una parte, l'individuazione di quei rischi che possono portare a fenomeni corruttivi e, dall'altra, il trattamento di tali rischi. La formazione, inoltre, aiuta a diffondere le *best practices*, nonché crea le basi culturali per la concreta attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, sia esse generali che specifiche.

Pertanto, è compito della ASL di BARI individuare i giusti interventi formativi e avere la capacità di adottare un approccio differenziato in relazione anche ai soggetti coinvolti nella realizzazione del sistema anti-corruttivo. Sarà necessario differenziare l'individuazione dei fabbisogni rispetto sia al grado di coinvolgimento dei dipendenti, sia alla loro professionalità richiesta.

L'importanza di delineare idonei interventi formativi.

L'attuale sistema prevede una formazione obbligatoria svincolata da rigidità normative che potrebbero sfociare in un puro adempimento, in un dovere normativo, in un approccio solamente formalistico e, pertanto, rendere inutile lo specifico intervento normativo, oltre che dispendioso di tempo e risorse pubbliche.

La ASL di BARI ad oggi ha individuato almeno tre tipologie di percorsi formativi al fine di far crescere la consapevolezza dei dipendenti e di fronteggiare il fenomeno della corruzione.

Primo intervento formativo. Formazione di carattere generale rivolta a tutto il personale al fine di diffondere la cultura della legalità nell'amministrazione e di sensibilizzare i destinatari dell'intervento formativo anche sul tema anticorruzione. Tale formazione deve coinvolgere tutto il personale, ovviamente con un grado differente in base alle responsabilità affidate.

Secondo intervento formativo. Formazione mirata verso profili più specialistici della gestione del rischio corruttivo, al fine di accrescere le loro competenze tecniche.

Terzo intervento formativo. Formazione diretta a coloro che operano nei settori più a rischio corruzione, al fine di far acquisire loro competenze nella gestione di tali rischi.

La formazione così delineata evidentemente deve riguardare materie trasversali e va intesa non solo per la gestione del rischio corruttivo. Infatti, gli interventi formativi programmati sono orientati verso temi come i contratti pubblici, accesso e trasparenza, nonché altre materie che arricchiscono la capacità formativa dei dipendenti e la competenza al fine di ridurre al limite interventi corruttivi.

Obiettivo	**Realizzazione di percorsi formativi trasversali suddivisi per aree di competenza**
Azione da realizzare	*Monitoraggio sulla realizzazione dei percorsi formativi*

l. Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio

Il PNA 2022 ribadisce che l'art. 10, comma 3, del d.lgs. n. 231/2007, richiede di mappare i processi interni in modo da individuare e presidiare le aree di attività maggiormente esposte al rischio di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, valutando le caratteristiche soggettive, i comportamenti e le attività dei soggetti interessati ai procedimenti amministrativi.

Con delibera n. 103/2022, in considerazione della centralità dell'Area Gestione Risorse Finanziarie, nella gestione dei flussi finanziari, la Direzione Strategica ha individuato nel Direttore dell'Area Gestione Risorse Finanziarie quale gestore aziendale antiriciclaggio e, considerati i procedimenti/procedure di cui all'art.10, D.Lgs. 90/2017, ha individuato quale rete dei referenti antiriciclaggio i medesimi soggetti già individuati quali referenti RPCT, limitatamente alle seguenti Macrostrutture:

- Dipartimento di Prevenzione (con particolare riferimento ai provvedimenti di autorizzazione o concessione di cui alla lett. a) del richiamato art.10);
- AGP-AGT-HTA-DAT (per le procedure di scelta del contraente di cui alla lett. b) del richiamato art.10);
- DAT (per i procedimenti di concessione ed erogazione di cui alla lett. c) del richiamato art.10).

La Direzione strategica in condivisione con il RPCT ritiene di confermare quanto già stabilito con delibera n. 103/2022.

Obiettivo	**Segnalazione delle cd. operazioni sospette di riciclaggio e/o finanziamento al terrorismo internazionale**
Azione da realizzare	*Monitoraggio e valutazione circa il ricorrere degli indici di anomalia elencati dalle Istruzioni UIF (Unità di Informazione finanziaria per l'Italia*

2 Risultati monitoraggio misure

I risultati del monitoraggio circa l'attuazione delle misure hanno visto un più attivo coinvolgimento partecipativo delle Macrostrutture e confermato il tendenziale sufficiente grado di attuazione da parte degli Uffici. Proprio in considerazione della esigenza di rendere omogenei i livelli di maturità acquisiti dalle Macrostrutture nell'esecuzione delle misure di trattamento già previste negli anni precedenti, pertanto, le misure proposte per il 2023 aggiungono nuove e differenti misure, per lo più limitatamente agli ambiti legati alla gestione delle risorse PNRR, senza sostanzialmente eliminare le ulteriori misure "generali" e "specifiche" per il SSN (queste ultime, previste dagli Aggiornamenti 2015 al PNA 2013 e nel PNA 2016). Con riferimento alle misure già programmate per il 2022, ove dal monitoraggio circa la loro attuazione si siano rilevate criticità, la programmazione 2023 ha disposto correttivi e modifiche ovvero posticipandone le scadenze temporali per il compiuto adeguamento, senza sostanzialmente alterare l'impianto complessivo della misura.

In particolare, secondo la metodologia prevista dal PNA 2022, per tutte le misure previste dalla presente Sezione, si è proceduto a individuare:

- la relativa area di rischio individuata dal PNA e i processi in cui l'area si articola e, per ciascuno di essi, i principali rischi corruttivi;
- i soggetti responsabili dell'attuazione delle misure di trattamento (Macrostrutture);
- tempi e modalità per l'adeguata attuazione delle misure e per il relativo monitoraggio da parte del RPCT.

3 Una prospettiva futura. PNRR e altri programmi. Digitalizzazione e *Artificial Intelligence* (AI).

Pianificazione, semplificazione e integrazione sono ormai diventati i leitmotiv delle attuali riforme amministrative e delle azioni collegate all'esecuzione dei piani nazionali di ripresa e resilienza, che a loro volta recepiscono e attuano il Next Generation EU (Recovery Fund). Le possibili ragioni che hanno portato all'emergere di questi nuovi "paradigmi riformistici" sono da individuare nella crisi economico- finanziaria ormai sempre più costante, nell'inadeguata gestione dei fondi pubblici, nei bassi livelli di erogazione dei servizi pubblici, in particolare di quelli finalizzati alla soddisfazione dei diritti sociali, e nell'inadeguatezza delle pubbliche amministrazioni nel far fronte ai processi in atto nel settore pubblico (la digitalizzazione su tutti).

Le riforme amministrative italiane degli ultimi trent'anni, caratterizzate dalla mancanza di una visione strategica a lungo termine, hanno tentato, con esigui risultati, di affrontare e risolvere i maggiori problemi che affliggono le pubbliche amministrazioni.

Attualmente, uno degli ambiti che sta subendo le trasformazioni più significative è quello delle politiche di lotta e prevenzione della corruzione e, più in generale, di promozione della buona governance nel settore pubblico.

Difatti, le regole e le misure preventive non riguardano solo il mero svolgimento dell'azione amministrativa, ma, più in generale, l'organizzazione amministrativa nel suo complesso.

La soluzione dell'integrazione è dunque finalizzata al duplice obiettivo di 1) rendere concreta l'implementazione delle misure anticorruzione e 2) non sacrificare gli obiettivi di semplificazione, efficienza ed efficacia amministrativa, ma far coesistere le garanzie di imparzialità con quelle di buon andamento.

Nell'ordinamento italiano, questi indirizzi sono stati recepiti con l'adozione di due importanti documenti: il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e il Piano integrato di attività e di organizzazione (PIAO). Il primo definisce l'anticorruzione come un ambito da semplificare, soprattutto attraverso l'eliminazione di alcuni adempimenti organizzativi e di regole. Questo indirizzo rappresenta un unicum nel panorama europeo, in quanto molti piani nazionali prevedono l'adozione di misure ed interventi nel campo dell'anticorruzione, mentre gli altri, a differenza di quanto fa l'Italia, si limitano a non voler ridimensionare al ribasso l'impianto di queste politiche.

Le pubbliche amministrazioni, efficienti e integre, rappresentano una componente essenziale per il raggiungimento degli obiettivi della transizione ecologica e della digitalizzazione del settore pubblico. A tale proposito, l'Italia ha adottato varie misure e pianificazioni, tra cui il Piano Triennale per l'informatica nella Pubblica Amministrazione per il periodo 2024-2026.

Tuttavia, da questi piani non emerge alcun riferimento che sancisca in modo espresso la necessità e l'obbligo di coordinare tali misure con quelle di prevenzione della corruzione. Alcuni codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni prescrivono regole di condotta sia in merito all'utilizzo degli strumenti digitali che al rispetto dell'ambiente e al risparmio delle risorse energetiche.

L'Unione Europea ha adottato alcuni documenti e avviato una serie di iniziative in questa prospettiva e anche l'ONU, con l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, ha adottato un piano d'azione. La lotta alla corruzione rientra nell'obiettivo 16.5 e prevede esplicitamente di "ridurre sensibilmente la corruzione e gli abusi di potere in tutte le loro forme".

La corruzione è dunque considerata un fattore di rischio per il conseguimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile e, proprio per questo motivo, deve essere necessariamente collegata alle misure, alle azioni e ai programmi adottati per il raggiungimento degli altri traguardi. In tale contesto, le politiche di lotta alla corruzione devono essere coordinate con gli obiettivi in materia energetica e ambientale, nonché con quelli relativi all'efficientamento tecnologico e alla digitalizzazione.

Il collegamento tra il sistema di prevenzione della corruzione e la rivoluzione digitale è legittimato dal ruolo costituzionale dell'amministrazione e dalla funzione che essa è chiamata a svolgere a cospetto della odierna complessità.

Un altro elemento che conferma la tesi di un coordinamento tra l'anticorruzione e le altre politiche è rappresentato dagli investimenti per le competenze del personale previsti nel Piano nazionale di ripresa e resilienza (Investimento 2.3). Se, infatti, il rafforzamento delle competenze del personale è considerato un investimento organizzativo necessario che non prevede solo l'acquisizione di nuove competenze, ma anche e soprattutto una sinergica integrazione tra di esse, ne consegue che le competenze in materia di integrità contribuiscono anche a sviluppare meglio quelle digitali e quelle per la tutela ambientale.

Il collegamento tra gli strumenti digitali (in particolare l'Intelligenza Artificiale) e il campo della prevenzione della corruzione è un argomento ampiamente discusso in chiave interdisciplinare, in cui si considerano i rischi e i benefici derivanti da quelli che potrebbero essere definiti come i "*new anti-corruption tools*". Questo nesso è persino visto nella prospettiva di un nuovo fenomeno burocratico, dato che la digitalizzazione propone un'inedita concezione dello spazio amministrativo e contribuisce a una maggiore apertura e trasparenza, in particolare attraverso la transizione digitale.

Dal punto di vista del diritto positivo, non vi è un chiaro riferimento normativo dal quale si possa evincere questa integrazione, ma senz'altro si possono ricavare alcuni elementi ponendo in relazione i due principali riferimenti: l'*Artificial Intelligence Act (Ai Act)* e la succitata proposta di direttiva europea.

L'AI Act si limita a un rapido riferimento alla buona amministrazione (*good administration*), senza affrontare il potenziale impiego di questi strumenti nel campo della corruzione. Il riferimento al concetto di buona amministrazione, già di per sé molto ampio e complesso, è limitato all'utilizzo dei sistemi IA nel settore della migrazione, dell'asilo e della gestione delle frontiere, con le possibili problematiche che ne derivano.

Si può pertanto affermare che in questo nuovo contesto emerge un orientamento che, ad oggi, sembra escludere, o quantomeno non considerare in modo esplicito, l'esercizio del potere digitale nell'ambito dell'integrità organizzativa delle pubbliche amministrazioni. Il reclutamento e la formazione del cosiddetto «personale pubblico digitale» già in atto in quasi tutti gli ordinamenti nazionali, non include, né nella formazione né nelle singole dinamiche relative all'esercizio dell'attività amministrativa, tecniche e strumenti IA (e ICT più in generale) con le misure e le regole di prevenzione della corruzione.

Anche il Piano triennale per l'informatica nella Pubblica amministrazione, che traccia la strategia italiana verso il "decennio digitale 2030", non prevede alcun collegamento con la politica di prevenzione della corruzione, sebbene in questo documento si sostenga l'importante raccordo tra il suddetto piano e i soggetti operanti nel sistema anticorruzione e in particolare con il Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT). Lo stesso indirizzo si evince dal Piano Nazionale Anticorruzione 2024-26 e dal suo ultimo aggiornamento, i cui unici riferimenti alla digitalizzazione riguardano il settore degli appalti pubblici. Nonostante ciò, in alcuni piani di attività e organizzazione sono presenti alcune misure concrete, come la digitalizzazione delle comunicazioni con il RPCT e gli strumenti di supporto.

Un contributo di primo piano verso l'integrazione è stato svolto dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC), che ha spesso auspicato, attraverso gli atti di sua competenza, l'effettivo collegamento tra le due politiche. Tra le varie cose, è anche merito dell'ANAC aver proposto una serie di suggerimenti sul tema della digitalizzazione nel passaggio dal vecchio codice degli appalti (d.lgs. n. 50/2016) al nuovo (d.lgs. n. 36/2023). Il ruolo dell'autorità non si limita alla gestione della piattaforma dei Contratti pubblici, ma comprende anche un'attività di assistenza. Infatti, l'autorità si è occupata della risoluzione dei problemi emersi nei primi mesi dall'avvio del processo di digitalizzazione, che ha portato alla diffusione di nuove funzionalità per agevolare il lavoro delle stazioni appaltanti.

Sempre nell'ordinamento italiano, il d.P.R. n. 81/2023 ha introdotto alcune novità al Codice di comportamento dei dipendenti pubblici (d.P.R. n. 62/2013), che riguardano proprio l'utilizzo delle tecnologie informatiche (art. 11-bis) e dei mezzi di informazione e dei social media (art. 11-ter). Questo cambiamento, definito controverso in dottrina per le sue molteplici ricadute, non ha un impatto diretto sul tema dell'integrazione. Le nuove disposizioni prescrivono al personale come utilizzare gli strumenti informatici e gestire i social (propri e dell'amministrazione), ma non vi sono regole che riguardano l'impiego del digitale per finalità di prevenzione. In buona sostanza, le norme in questione vietano comportamenti che, se messi in atto, devierebbero dall'interesse generale, ma al tempo stesso, non promuovono comportamenti positivi che potrebbero favorire l'integrità attraverso il corretto utilizzo del digitale.

Attualmente, l'unico caso in cui lo strumento digitale viene espressamente previsto è quello relativo a uno dei settori più esposti alla corruzione, ovvero quello del *procurement* pubblico. Ciò è vero sebbene sia ormai evidente una certa riduzione dell'influenza dell'anticorruzione sulla nuova normativa degli appalti. Infatti, il codice del 2023 ha segnato il passaggio, evidenziato in dottrina, dal codice dell'anticorruzione al codice del risultato e della fiducia.

La digitalizzazione è considerata una delle misure di prevenzione della corruzione più efficaci, poiché favorisce trasparenza, tracciabilità e partecipazione e, più in generale, la legalità delle procedure di questo settore.

La digitalizzazione dell'intero ciclo di vita degli appalti pubblici (programmazione, progettazione, pubblicazione, affidamento ed esecuzione) è quindi l'esempio più tangibile dell'integrazione tra i due settori, sancita a livello legislativo. L'attuazione di questo processo digitalizzato è essenziale non solo per garantire l'integrità e la trasparenza di queste procedure, ma anche per migliorare l'efficacia dell'intero ciclo. Inoltre, il collegamento tra le due politiche potrebbe essere esteso a tanti altri campi, dove in particolare l'IA contribuirebbe a perfezionare la contrattualistica pubblica. Si pensi alle cd. *red flags*, ma più in generale alla scelta delle misure oggettive di prevenzione della corruzione ed alla misurazione stessa di questo fenomeno, che è già stata migliorata grazie alla *big data analytics*.

L'integrazione tra la prevenzione della corruzione e l'ampio campo del digitale permette di raggiungere molteplici obiettivi che diversamente non potrebbero essere conseguiti o che potrebbero non essere soddisfatti allo stesso modo.

Parte III Programmazione dell'attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato, ai sensi del D.Lgs 33/2013

Premessa

La presente Sezione è stata redatta tenendo conto della disciplina nazionale in tema di trasparenza ed integrità, dall'entrata in vigore del d. lgs. 97/2016, dalla successiva delibera ANAC n. 1310/2016 e dal PNA 2022 di cui completa il procedimento di attuazione.

Come noto, il d. lgs. 97/2016 ha operato una profonda revisione e semplificazione tanto delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, di cui alla l. 190/2012, quanto delle disposizioni in materia di pubblicità e trasparenza, dettate dal d. lgs. 33/2013.

In particolare, basti il richiamo:

- all'unificazione sia di tipo documentale (mediante l'eliminazione di un autonomo Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità e la sua sostituzione con una sezione interna al PTCP) sia di tipo organizzativo (mediante la previsione di un unico soggetto responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e dotato, a tal fine, di rafforzati poteri e funzioni che ne garantiscano autonomia ed effettività);
- alla modifica al catalogo di dati da pubblicare obbligatoriamente;
- all'introduzione dell'istituto del cd. accesso civico generalizzato;
- alle più stringenti sinergie tra misure in tema di prevenzione della corruzione e di trasparenza e ciclo della performance, attraverso l'obbligatoria previsione di obiettivi strategici relativi alla prevenzione della corruzione ed alla implementazione effettiva di trasparenza ed accessibilità.

1. Definizione del riparto di competenze per la elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati ed individuazione dei responsabili

Come anticipato, viene complessivamente confermato l'impianto organizzativo già previsto dai precedenti Piani.

La Direzione Strategica e l'RPCT, in particolare, anche alla luce dei risultati estremamente positivi conseguiti in materia di rispetto degli obblighi di trasparenza ed integrità conferma la scelta organizzativa di responsabilizzazione di ogni singola Macrostruttura, come ulteriormente articolata in U.O. rette da Direttori/Responsabili aventi qualifica dirigenziale, cui compete:

a. l'elaborazione e trasmissione dei dati e delle informazioni;
b. la pubblicazione dei dati e delle informazioni, anche tramite la collaborazione – a seguito di richiesta – dell'URP (ad eccezione delle sottosezioni "*Bandi di gara e contratti*", "*Bandi di concorso*" e "*Sovvenzioni, contributi ed altri vantaggi economici*", alimentate direttamente, rispettivamente, da tutte le Macrostrutture che indicono gare o effettuano affidamenti, ai sensi del d. lgs. 50/2016; dalla sola AGRU e dai DSS, sotto il coordinamento e la supervisione della Direzione Amministrativa del Dipartimento Assistenza Territoriale) ovvero dell'UOASSI (quest'ultima, per le sole sottosezioni "*Consulenti e collaboratori*" e "*Strutture sanitarie private accreditate*").

Si precisa che, nel PNA 2022 – precisamente nell'allegato 9 - l'ANAC ha suggerito, al fine di consentire una migliore comprensione dello svolgimento delle procedure contrattuali, una nuova impostazione della sottosezione "Bandi di Gara e Contratti" di Amministrazione Trasparente a cui ci si sta progressivamente adeguando.

I Direttori/Responsabili di Macrostruttura garantiscono il regolare e tempestivo flusso delle informazioni, dei dati e dei documenti da pubblicare, ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge, anche avvalendosi dei rispettivi referenti RPCT, per un primo monitoraggio circa la corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione.

Gli uni e gli altri sono, inoltre, chiamati a collaborare – ove richiesti dall'RPCT – con l'OIV, in occasione dello svolgimento delle funzioni in tema di trasparenza al medesimo legislativamente attribuite, dall'art. 14, d. lgs. 150/2009.

2. Modalità di elaborazione, trasmissione e pubblicazione di dati, informazioni e documenti nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web dell'Azienda

Le richieste di pubblicazione – ove non gestite autonomamente dalle Macrostrutture (come nel caso delle citate sottosezioni "*Bandi di gara e contratti*", "*Bandi di concorso*" e "*Sovvenzioni, contributi ed altri vantaggi economici*"), sono inoltrate via mail all'URP – urp@asl.bari.it ovvero all'UOASSI – uoassi@asl.bari.it (e, per conoscenza al RPCT – anticorruzione@asl.bari.it) dal referente RPCT di ciascuna Macrostruttura, dopo una prima valutazione circa la regolarità e correttezza della pubblicazione richiesta. L'URP e l'UOASSI prendono in carico le richieste e le ottemperano in ordine di ricezione segnalando tempestivamente al richiedente

eventuali criticità o, comunque, ostacoli alla tempestiva pubblicazione. All'atto della richiesta, i referenti RPCT avranno cura di segnalare:

- l'esatta sottosezione di Amministrazione Trasparente, su cui chiedono l'inserimento di dati/informazioni e documenti trasmessi;
- l'esatta denominazione di dati/informazioni e documenti trasmessi per la pubblicazione;
- l'eventuale ricorrere di termini perentori per la pubblicazione;

oscurando i dati da non pubblicare per motivi di privacy ovvero adottando ogni utile accorgimento necessario ai fini del rispetto del Regolamento UE 679/2016, anche a seguito di interlocuzione con il DPO aziendale.

Con la delibera n. 601 del 19 dicembre 2023, l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha aggiornato e integrato la delibera n. 264 del 20 giugno 2023 riguardante la trasparenza dei contratti pubblici.

L'allegata tabella 2) Obblighi di pubblicazione, così come integrate dalle delibere sopra citate, rappresenta graficamente i flussi finalizzati alla pubblicazione di dati, informazioni e documenti, nel rispetto della nuova articolazione aziendale. Eventuali refusi, legati alla contestualità tra le attività di elaborazione della tabella ed aggiornamento della organizzazione aziendale, saranno eliminati – anche a seguito di segnalazione da parte degli uffici interessati – all'atto dei successivi aggiornamenti annuali. In particolare, la tabella:

- aggiorna la ricognizione dell'elenco degli obblighi di trasparenza applicabili all'Azienda, in applicazione sia del d. lgs. 33/2013, come modificato dal successivo d. lgs. 97/2016, sia di ulteriori provvedimenti normativi;
- identifica le Macrostrutture aziendali e/o gli uffici dirigenziali responsabili per l'elaborazione,
- definisce le tempistiche per la pubblicazione, l'aggiornamento, modalità e tempi per il monitoraggio, in relazione a ciascun obbligo.

L'anzidetta scelta di decentramento (conseguenza dell'arricchimento del catalogo di dati, informazioni e documenti, soggetti a pubblicazione obbligatoria, per effetto dell'entrata in vigore del d. lgs. 97/2016, unitamente alla marcata settorialità di taluni ed al brevissimo termine previsto per la loro pubblicazione, oltre che alla complessità organizzativa dell'Azienda) risponde altresì alla necessità di programmare ed assegnare – con il concomitante ciclo della *performance* – puntuali obiettivi di trasparenza per ciascun Direttore/Responsabile di Macrostruttura, in conformità all'obbligo previsto dall'art. 10, c. 3, d. lgs. 33/2013.

3. Modalità di controllo e monitoraggio del corretto adempimento degli obblighi di pubblicità

Deve rimarcarsi come, al coinvolgimento ed alla responsabilizzazione di ogni singola Macrostruttura interna all'Azienda, chiamata ad elaborare, pubblicare e trasmettere dati, documenti ed informazioni oggetto di trasparenza, si accompagni un più marcato ruolo attribuito all'RPCT che, supportato dal gruppo – non sostituendosi in alcun modo alle singole Macrostrutture e/o Uffici, individuati nell'allegata tabella Obblighi di pubblicazione nell'elaborazione, pubblicazione e trasmissione dei dati di rispettiva pertinenza – diviene

vero e proprio organo tecnico/specialistico di impulso, verifica, controllo e monitoraggio sull'effettiva attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge.

Al fine di consentire ed agevolare l'attività di monitoraggio e controllo da parte del RPCT, il Direttore/Responsabile della Macrostruttura competente per l'elaborazione e trasmissione dei dati/informazioni e documenti oggetto di pubblicazione, e/o il rispettivo referente RPCT, ove non provvedano direttamente all'attività di pubblicazione nella Sezione Amministrazione Trasparente, informano il RPCT ed il gruppo di lavoro individuati quali destinatari per conoscenza della mail di richiesta di pubblicazione inviata all'URP o all'UOASSI.

Quanto alle restanti sottosezioni alimentate direttamente, l'attività di controllo da parte dell'RPCT viene assicurata:

- sia in sede di supporto all'OIV, per le attività di attestazione circa correttezza e regolarità delle pubblicazioni nelle sottosezioni annualmente individuate dall'Autorità;
- sia mediante monitoraggio su base periodica che, vista l'enorme mole di dati/documenti e informazioni prodotti dalle Macrostrutture, avviene con cadenza annuale, sulla base delle criticità eventualmente rilevate dal Referente RPCT in sede di relazione annuale e, con riferimento alle criticità segnalate, tramite esame e raffronto tra quanto riportato in apposita relazione prodotta dalle Macrostrutture e le concrete risultanze verificabili dalla consultazione della sezione Amministrazione Trasparente, secondo quanto meglio precisato alla Parte I, par.8.

4. Accesso civico e Registro degli accessi

Ribadita la distinzione tra l'accesso civico, semplice e generalizzato, disciplinato dal d. lgs. 33/2013 all'art. 5 e l'accesso documentale o accesso agli atti, introdotto dagli artt. 22 ss., l. 241/1990 è stato definito il Regolamento aziendale sull'accesso civico semplice e generalizzato emanato con DDG n. 869 del 22.5.2022 al quale si fa riferimento.

Presso l'Ufficio del RPCT, è istituito il Registro degli accessi, ulteriormente suddiviso in due sezioni dedicate, rispettivamente:

1. all'accesso civico semplice ex art. 5, c. 1, d. lgs. 33/2013;
2. all'accesso civico generalizzato ex art. 5, c. 2, d. lgs. 33/2013.

Uno stralcio del registro viene pubblicato, a cura del RPCT, sul sito istituzionale, alla sezione Amministrazione Trasparente, sottosezione Altri contenuti – accesso civico, con cadenza semestrale, entro trenta giorni dalla scadenza di ciascun semestre. Oggetto della pubblicazione a stralcio sono le informazioni di cui al prospetto di seguito riportato:

1. per le istanze di accesso civico semplice:
   - data di presentazione;
   - oggetto della richiesta;
   - data di inoltro alla Macrostruttura competente;

- data del riscontro offerto dalla Macrostruttura;
- esito della richiesta;

2. per le istanze di accesso civico generalizzato
   - data di presentazione;
   - oggetto della richiesta;
   - presenza di soggetti contro interessati;
   - data di inoltro alla Macrostruttura competente;
   - data del riscontro offerto dalla Macrostruttura;
   - data del provvedimento conclusivo;
   - sintesi esiti.

Parte IV Valutazione degli strumenti di bilanciamento tra privacy e trasparenza

Il bilanciamento tra privacy e trasparenza rappresenta una sfida cruciale per l'ASL di Bari, specialmente in un contesto in cui la gestione delle informazioni deve conciliare la tutela dei dati personali con la necessità di garantire la piena accessibilità e comprensibilità delle informazioni pubbliche.

L'applicazione del principio di minimizzazione, sancito dall'articolo 5 par. 1 lett. c) del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), costituisce un elemento essenziale nella gestione delle pubblicazioni sull'Albo Pretorio online e nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale della ASL di Bari.

Tale principio impone che il trattamento dei dati personali sia limitato a quelli strettamente necessari per le finalità dichiarate, evitando la diffusione di informazioni eccedenti rispetto a quanto richiesto dalla normativa o dal perseguimento degli obiettivi di trasparenza.

Nel contesto della pubblicazione degli atti, la minimizzazione si traduce in una scrupolosa valutazione del contenuto dei documenti, garantendo che siano rese pubbliche esclusivamente le informazioni necessarie a rispettare gli obblighi di legge e a soddisfare il diritto dei cittadini di accedere a informazioni di rilevanza pubblica. In particolare, è fondamentale anonimizzare o oscurare dati personali non indispensabili, come indirizzi, codici fiscali, recapiti telefonici personali o altri elementi identificativi sensibili che non incidono sul valore informativo del documento.

La ASL Bari, nell’ambito delle procedure di pubblicazione, adotta strumenti e linee guida specifici per garantire che i dati personali trattati siano conformi al principio di minimizzazione.

Negli atti contenenti informazioni relative a persone fisiche, viene effettuata una revisione preliminare volta a identificare e, ove possibile, rimuovere i dati personali non necessari prima della pubblicazione, utilizzando ad esempio il protocollo dell'istanza, oppure l'allegato privacy o un codice (pseudonimo) al posto del nome e cognome dell'interessato. Tale prassi, in fase di perfezionamento, è supportata dall'impiego di tecnologie

e processi che consentono la de-indicizzazione o la rimozione dei documenti al termine del periodo di pubblicazione obbligatorio.

L'attenzione al principio di minimizzazione risponde non solo a una necessità di compliance normativa, ma anche all'obiettivo di tutelare la riservatezza dei cittadini, riducendo i rischi di trattamento illecito o di accesso non autorizzato. Questo approccio contribuisce a rafforzare la fiducia dell'utenza nei confronti dell'operato aziendale, bilanciando trasparenza e protezione dei dati in modo efficace e responsabile.

Sebbene l'Azienda abbia già implementato strumenti e processi volti a garantire la conformità normativa al Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e al Decreto Legislativo 33/2013 e s.m.i., permangono aree di miglioramento che richiedono interventi mirati per una più efficace integrazione tra i principi di riservatezza e quelli di trasparenza amministrativa.

Dall'analisi delle attività intraprese, si evidenzia l'introduzione di strumenti quali il registro dei trattamenti e procedure standardizzate per gestire le richieste di accesso civico, adottando, ove necessario, tecniche di pseudonimizzazione e crittografia. Tuttavia, la gestione di richieste complesse che implicano il trattamento di dati personali evidenzia criticità legate sia alla formazione del personale che alla necessità di strumenti tecnologici più avanzati per supportare il bilanciamento richiesto.

Per affrontare queste sfide, è previsto un piano di intervento che includa percorsi di formazione specifici per i rappresentanti delle macroaree aziendali, con un approccio pratico e personalizzato che consenta di uniformare la conoscenza delle normative e delle best practice operative.

Particolare attenzione sarà rivolta a sessioni formative one-to-one, volte a risolvere problemi concreti legati alla gestione dei dati e al trattamento delle richieste di accesso.

Inoltre, è prevista l'implementazione di tecnologie avanzate per il monitoraggio e l'automazione dei processi di gestione delle informazioni, garantendo al contempo la protezione dei dati sensibili e il rispetto del principio di trasparenza.

Parallelamente, l'Azienda intende promuovere una maggiore sensibilizzazione sui temi della privacy e della trasparenza, sia internamente, attraverso la standardizzazione delle procedure e l'adozione di policy aggiornate, sia esternamente, mediante una comunicazione chiara e accessibile verso i cittadini.

Altresì, l'Azienda ha inteso adeguarsi alle raccomandazioni contenute nella deliberazione ANAC n. 495 del 25 settembre 2024 che mette a disposizione schemi di pubblicazione semplificando le attività di pubblicazione e consultazione dei dati, grazie a modalità uniformi di organizzazione, codificazione e rappresentazione delle informazioni previste dal decreto trasparenza. Nelle istruzioni operative per una corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione ex d.lgs. 33/2013, ANAC intende definire quanto segue:

1. i requisiti di qualità delle informazioni diffuse;
2. le procedure di validazione;
3. i controlli anche sostitutivi;
4. i meccanismi di garanzia e correzione attivabili su richiesta di chiunque vi abbia interesse;
5. le competenze professionali richieste per la gestione delle informazioni diffuse attraverso i siti istituzionali.

L'Azienda, in ossequio ai principi applicabili al trattamento dei dati personali di cui all'art.5 del GDPR, intende osservare i requisiti di qualità dei dati oggetto di pubblicazione in Amministrazione Trasparente, così come definiti dall'ANAC, con particolare riferimento a quanto segue:

- Integrità: il dato non deve essere parziale.
- Completezza: la pubblicazione deve essere esatta, accurata, esaustiva e riferita a tutti gli uffici dell'amministrazione, ivi comprese le eventuali strutture interne e gli uffici periferici. Per quanto riguarda l'esattezza essa fa riferimento alla capacità del dato di rappresentare correttamente il fenomeno che intende descrivere. L'accuratezza, invece, concerne la capacità del dato di riportare tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative.
- Tempestività: le informazioni, i dati e i documenti vanno pubblicati nell'immediatezza della loro adozione.
- Costante aggiornamento: il dato deve essere attuale e aggiornato rispetto al procedimento a cui si riferiscono.
- Semplicità di consultazione: il dato deve essere organizzato in modo da consentirne agevolmente la consultazione, ad esempio evitando articolazioni complesse o ripetuti rinvii esterni.
- Comprensibilità: il dato deve essere chiaro e facilmente intellegibile nel suo contenuto.
- Omogeneità: il dato deve essere coerente e non presentare contraddittorietà rispetto ad altri dati del contesto d'uso dell'amministrazione che lo detiene.
- Facile accessibilità e riutilizzabilità: il dato deve essere predisposto e pubblicato in formato aperto ai sensi dell'art. 1, co. 1, lett. l-bis) e l-ter) del d.lgs. n. 82/2005 "codice dell'amministrazione digitale" e deve essere riutilizzabile senza ulteriori restrizioni. le amministrazioni non possono disporre filtri e altre soluzioni tecniche atte ad impedire ai motori di ricerca web di indicizzare ed effettuare ricerche all'interno della sezione «amministrazione trasparente».
- Conformità ai documenti originali in possesso dell'amministrazione: occorre assicurare la conformità dei documenti pubblicati all'originale; qualora il dato sia alimentato dai contenuti di atti o documenti, è necessario che non ne sia alterata la sostanza.
- Indicazione della loro provenienza: qualora il dato sia il risultato di una rielaborazione di atti o documenti, è necessario indicarne la fonte.
- Riservatezza: la diffusione tramite il sito istituzionale e il trattamento del dato deve rispettare i principi sul trattamento dei dati personali.

Tali interventi, combinati con l'introduzione di strumenti organizzativi e tecnologici innovativi, contribuiranno a rafforzare la capacità aziendale di gestire in modo equilibrato e sostenibile il rapporto tra riservatezza e trasparenza, in un'ottica di continuo miglioramento e di responsabilizzazione verso i cittadini.

Parte V Gli obiettivi strategici dell'anticorruzione e trasparenza

Nell'ambito degli obiettivi operativi di *budget* per l'anno 2024, approvati unitamente al P.I.A.O., si conferma la previsione specifica di un obiettivo in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza ("*Attuazione della Sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO*"), oltre alla presenza di un obiettivo strettamente correlato alla prevenzione della corruzione ("*Revisione sistematica delle procedure amministrative (governance aziendale) con l'obiettivo di garantire l'ottimizzazione dei processi nel rispetto dei principi di equità e trasparenza*") e di numerosi obiettivi che – benché apparentemente di interesse esclusivamente sanitario – risultano idonei a contenere rischi corruttivi e, pertanto, tradotti in specifiche misure di prevenzione della corruzione secondo quanto riportato nella tabella, allegata sub 1) al presente P.I.A.O.

Obiettivi operativi di budget 2025 rilevanti anche ai fini di prevenzione della corruzione:

Obiettivo
Attuazione della Sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO
Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura in conformità alla sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del P.I.A.O. e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura
Graduazione, conferimento e graduazione incarichi
Accordi contrattuali con le strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate
Revisione sistematica delle procedure amministrative (*governance aziendale*) con l'obiettivo di garantire l'ottimizzazione dei processi nel rispetto dei principi di equità e trasparenza

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

a. sia l'attuazione delle misure di contenimento del rischio di corruzione, così come previste ed assegnate dalla Sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO, a seguito del procedimento di definizione delle stesse descritto ai precedenti parr. ed oggetto di elencazione puntuale alla tabella delle misure anticorruzione, allegata sub 1) alla presente Sezione;

b. sia il corretto rispetto degli obblighi di trasparenza di cui tanto al d. lgs. 33/2013 quanto agli ulteriori provvedimenti normativi che abbiano introdotto obblighi di pubblicazione, secondo quanto previsto dalla Sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO e di cui all'allegata tabella sub 2) alla presente Sezione.

Si segnala che oltre alla bipartizione tra obiettivo anticorruzione e obiettivo trasparenza:

1. viene ulteriormente estesa la platea dei Direttori/Responsabili destinatari degli obiettivi in materia di integrità, a seguito dell'adozione dei primi provvedimenti attuativi della nuova macrorganizzazione dell'Ente;

2. talune misure di trattamento del rischio corruttivo vengono previste anche quali obiettivi di budget, così da rafforzare la responsabilizzazione dei Dirigenti alla loro attuazione.

Nel contesto del ciclo della performance e, più precipuamente, della valutazione della performance relativa all'anno 2025, infatti, tutti i Direttori/Responsabili assegnatari dei due obiettivi predetti saranno valutati dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), anche con riferimento alle puntuali attività poste in essere per l'attuazione delle misure di trattamento del rischio e la pubblicazione obbligatoria di atti/dati/documenti, inerenti le materie di competenza.

Quanto alla necessità di integrazione tra strategia aziendale di prevenzione della corruzione e Sistema di misurazione della performance, rafforzata per effetto dell'entrata in vigore del d. lgs. 97/2016 e delle sinergie informative ivi previste tra RPCT ed OIV (cfr. art. 1, c. 8-bis, l. 190/2012, nel testo risultante dopo le modifiche introdotte nel 2016), si evidenzia in primo luogo la scelta, da tempo operata dall'Amministrazione, di "istituzionalizzare" un confronto costante e semplificato tra tali due figure, anche per effetto della partecipazione del RPCT alla Struttura Tecnica Permanente di supporto all'OIV (STP), disposta con la DDG n. 2007 del 17/10/2019.

Si rileva, comunque, l'opportunità – anche in ragione della mole di atti/dati/documenti, prodotti dall'Azienda che risultino oggetto di obblighi di pubblicazione – di sviluppare ulteriormente l'integrazione "informatica" che il Portale Salute regionale assicura tra le due sezioni presenti in ciascun sito di enti/aziende del SSR, facilitando ulteriormente la conversione in formato tabellare di numerosi dati ed informazioni oggetto di provvedimenti determinativi e deliberativi adottati dalle amministrazioni.

Di seguito è allegato un report riepilogativo delle UU.OO. alle quali è assegnato l'obiettivo specifico "Attuazione della Sezione Anticorruzione e Trasparenza".

Per quanto compatibile, la presente sezione del PIAO si applica al plesso pediatrico Ospedale Giovanni XIII il cui trasferimento è stato stabilito in via transitoria con Legge Regionale n. 42/2024 del 31.12.2024, art.6.

Obiettivo	Indicatore	Target	UU.OO. A cui è assegnato l'obiettivo
Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO"	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Area Gestione Patrimonio
			Area Gestione Risorse Finanziarie
			Area Gestione Risorse Umane
			Area Gestione Tecnica
			Area Servizio Socio-Sanitario
			Controllo di Gestione
			D. PREV. - Randagismo
			D. PREV. - SIAN - Area Metropolitana
			D. PREV. - SIAN - Area Nord
			D. PREV. - SIAN - Area Sud
			D. PREV. - SIAV-A - Area Metropolitana
			D. PREV. - SIAV-A - Area Nord
			D. PREV. - SIAV-A - Area Sud
			D. PREV. - SIAV-B - Area Metropolitana
			D. PREV. - SIAV-B - Area Nord
			D. PREV. - SIAV-B - Area Sud
			D. PREV. - SIAV-C - Area Metropolitana
			D. PREV. - SIAV-C - Area Nord
			D. PREV. - SIAV-C - Area Sud
			D. PREV. - SISP - Area Metropolitana
			D. PREV. - SISP - Area Nord
			D. PREV. - SISP - Area Sud
			D. PREV. - SPESAL - Area Metropolitana
			D. PREV. - SPESAL - Area Nord
			D. PREV. - SPESAL - Area Sud
			Dipartimento Dipendenze Patologiche - Direzione Dipartimento
			Dipartimento Prevenzione - Direzione Dipartimento
			Dipartimento Salute Mentale - Direzione Dipartimento
			Direzione Amministrativa Dipartimento Assistenza Territoriale
			Direzione Amministrativa Osp. Di Venere-Triggiano-Monopoli-Putignano
			Direzione Amministrativa Osp. San Paolo-Molfetta-Corato-Terlizzi-Murgia
			Direzione Sanitaria Osp. Corato
			Direzione Sanitaria Osp. della Murgia
			Direzione Sanitaria Osp. Di Venere-Triggiano
			Direzione Sanitaria Osp. Molfetta
			Direzione Sanitaria Osp. Monopoli
			Direzione Sanitaria Osp. Putignano
			Direzione Sanitaria Osp. San Paolo
			Distretto S.S. n. 1
			Distretto S.S. n. 10
			Distretto S.S. n. 11
			Distretto S.S. n. 12
			Distretto S.S. n. 13
			Distretto S.S. n. 14
			Distretto S.S. n. 2
			Distretto S.S. n. 3
			Distretto S.S. n. 4
			Distretto S.S. n. 5
			Distretto S.S. n. 9
			Distretto S.S. Unico - Bari
			Farmacia Territoriale
			Gestione Amministrativa Rapporti Convenzionali con il Privato Accreditato
			Ingegneria clinica e H.T.A.
			Medicina del Lavoro e Sorveglianza Sanitaria
			Medicina Forense, Gestione Rischio clinico, Sistema Qualità e Formazione
			S.E.T. - 118
			Sistemi Informativi
			Struttura Burocratico Legale
			U.V.A.R.P.
	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui alla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO	Area Gestione Patrimonio
			Area Gestione Risorse Finanziarie
			Area Gestione Risorse Umane
			Area Gestione Tecnica
			Area Servizio Socio-Sanitario
			Controllo di Gestione
			Dipartimento Dipendenze Patologiche - Direzione Dipartimento
			Dipartimento Prevenzione - Direzione Dipartimento
			Dipartimento Salute Mentale - Direzione Dipartimento
			Direzione Amministrativa Dipartimento Assistenza Territoriale
			Direzione Amministrativa Osp. Di Venere-Triggiano-Monopoli-Putignano
			Direzione Amministrativa Osp. San Paolo-Molfetta-Corato-Terlizzi-Murgia
			Distretto S.S. n. 1
			Distretto S.S. n. 10
			Distretto S.S. n. 11
			Distretto S.S. n. 12
			Distretto S.S. n. 13
			Distretto S.S. n. 14
			Distretto S.S. n. 2
			Distretto S.S. n. 3
			Distretto S.S. n. 4
			Distretto S.S. n. 5
			Distretto S.S. n. 9
			Distretto S.S. Unico - Bari
			Farmacia Territoriale
			Gestione Amministrativa Rapporti Convenzionali con il Privato Accreditato
			Ingegneria clinica e H.T.A.
			Medicina Forense, Gestione Rischio clinico, Sistema Qualità e Formazione
			S.E.T. - 118
			Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale
			Sistemi Informativi
			Struttura Burocratico Legale
			U.V.A.R.P.

Sezione III – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

1 Struttura organizzativa

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

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

Giusta D.D.G.n.446 del 28/02/2024, la Direzione Aziendale della ASL Bari opera avvalendosi di una struttura organizzativa composta delle seguenti Unità Operative di staff:

- Unità Operativa Controllo di Gestione
- Struttura Burocratico-Legale
- Servizio delle Professioni Sanitarie Ospedaliero-Territoriali
- U.O. Affari generali
- Cyber Sicurezza

L'organizzazione tecnico-amministrativa si basa sulla strutturazione dei seguenti Dipartimenti:

- Dipartimento Amministrativo
- Dipartimento Sicurezza e qualità
- Dipartimento investimenti, acquisti e tecnologie
- Dipartimento Governo della domanda e offerta sanitaria

L'organizzazione sanitaria, aggiornata con la citata D.D.G. n.446/2024, si articola nei seguenti Dipartimenti Ospedalieri o misti:

- Dipartimento di Area Chirurgica
- Dipartimento Nefro-Urologico
- Dipartimento di Ortopedia
- Dipartimento di Area Medica
- Dipartimento di Area Medica Specialistica
- Dipartimento Cardiovascolare
- Dipartimento Neuro-Vascolare
- Dipartimento Neurosensoriale
- Dipartimento Medicina dell'età evolutiva
- Dipartimento Gestione avanzata rischio riproduttivo e gravidanze a rischio
- Dipartimento di Emergenza-Urgenza
- Dipartimento di Anestesia e Rianimazione
- Dipartimento della Radiodiagnostica
- Dipartimento di Medicina di Laboratorio e Trasfusionale
- Dipartimento Gestione del Farmaco
- Dipartimento delle Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero

e nei seguenti Dipartimenti Territoriali:

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

2 Organizzazione del lavoro agile

Il lavoro agile di cui alla legge n. 81/2017 è una delle possibili modalità di effettuazione della prestazione lavorativa per processi e attività di lavoro, previamente individuati dalle Aziende o Enti, per i quali sussistano i necessari requisiti organizzativi e tecnologici per operare con tale modalità. Esso è finalizzato a conseguire il miglioramento dei servizi pubblici e l'innovazione organizzativa garantendo, al contempo, l'equilibrio tra tempi di vita e di lavoro.

Lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile non modifica la natura del rapporto di lavoro in atto. Fatti salvi gli istituti contrattuali non compatibili con la modalità a distanza, il dipendente conserva i medesimi diritti e gli obblighi nascenti dal rapporto di lavoro in presenza, ivi incluso il diritto ad un trattamento economico non inferiore a quello complessivamente applicato nei confronti dei lavoratori che svolgono le medesime attribuzioni esclusivamente all'interno dell'Azienda o Ente. Inoltre, l'Azienda o Ente garantisce al personale in lavoro agile le stesse opportunità rispetto alle progressioni di carriera, alle progressioni economiche, alla incentivazione della performance e alle iniziative formative previste per tutti i dipendenti che prestano attività lavorativa in presenza, fermo restando quanto disposto dai vigenti CCNL di categoria a cui si rinvia.

Si rappresenta che non vi sono ulteriori novità in materia di lavoro agile rispetto a quanto disposto dalla Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 29 dicembre 2023.

2.1 Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile in ASL Bari

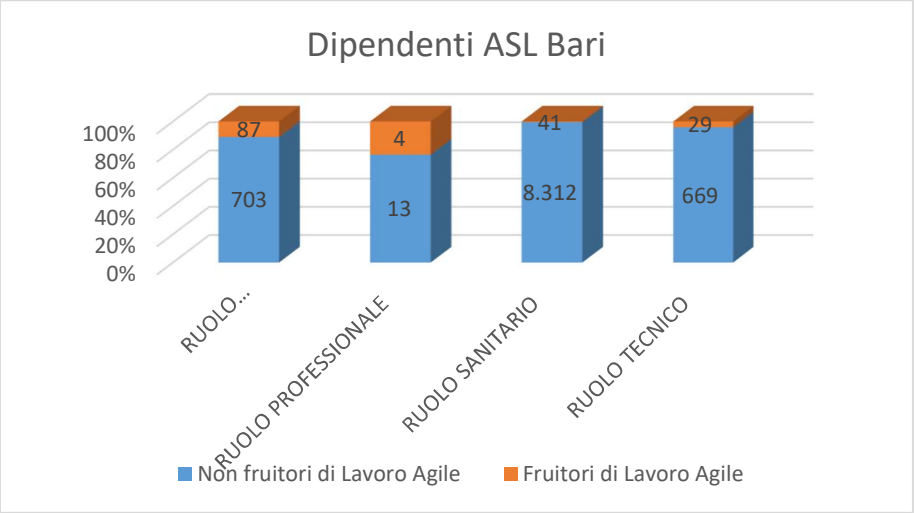
L'esperienza del Lavoro Agile nell'ASL Bari, durante il periodo gennaio 2024 - dicembre 2024, ha fatto registrare i seguenti risultati sulla base dei dati elaborati dal Controllo di Gestione e dall'U.O.A.S.S.I. e riguardanti i dipendenti dell'Azienda rilevati nell'anno 2024:

2024																				
RUOLO	Comparto - Dirigenza	n. Dipendenti ASL Ba			n. Dipendenti ASL Ba in Lavoro Agile			% n. Dipendenti in Lavoro Agile			Tot. Giornate lavorative dei Dipendenti che hanno effettuato Lavoro Agile			Giornate lavorative effettive in Lavoro Agile			% Giornate lavorative in LA/Giornate lavorative		
		F	M	Tot.	F	M	Tot.	F	M	Tot.	F	M	Tot.	F	M	Tot.	F	M	Tot.
RUOLO AMMINISTRATIVO	COMPARTO	397	275	672	58	21	79	15%	8%	12%	14.558	5.271	19.829	2.122	737	2.859	15%	14%	14%
	DIRIGENZA	15	16	31	7	1	8	47%	6%	26%	1.757	251	2.008	235	9	244	13%	4%	12%
	Tot. Parz	**412**	**291**	**703**	**65**	**22**	**87**	**16%**	**8%**	**12%**	**16.315**	**5.522**	**21.837**	**2.357**	**746**	**3.103**	**14%**	**14%**	**14%**
RUOLO PROFESSIONALE	COMPARTO	1	1	2	1	1	2	100%	100%	100%	251	251	502	115	122	237	46%	49%	47%
	DIRIGENZA	2	9	11	1	1	2	50%	11%	18%	251	251	502	4	3	7	2%	1%	1%
	Tot. Parz	**3**	**10**	**13**	**2**	**2**	**4**	**67%**	**20%**	**31%**	**502**	**502**	**1.004**	**119**	**125**	**244**	**24%**	**25%**	**24%**
RUOLO SANITARIO	COMPARTO	4.391	1.785	6.176	21	2	23	0%	0%	0%	5.271	502	5.773	456	69	525	9%	14%	9%
	DIRIGENZA	1.250	886	2.136	12	6	18	1%	1%	1%	3.012	1.506	4.518	374	97	471	12%	6%	10%
	Tot. Parz	**5.641**	**2.671**	**8.312**	**33**	**8**	**41**	**1%**	**0%**	**0%**	**8.283**	**2.008**	**10.291**	**830**	**166**	**996**	**10%**	**8%**	**10%**
RUOLO TECNICO	COMPARTO	215	445	660	15	11	26	7%	2%	4%	3.765	2.761	6.526	626	609	1.235	17%	22%	19%
	DIRIGENZA	3	6	9	2	1	3	67%	17%	33%	502	251	753	22	7	29	4%	3%	4%
	Tot. Parz	**218**	**451**	**669**	**17**	**12**	**29**	**8%**	**3%**	**4%**	**4.267**	**3.012**	**7.279**	**648**	**616**	**1.264**	**15%**	**20%**	**17%**
	Totale Complessivo	**6.274**	**3.423**	**9.697**	**117**	**44**	**161**	**2%**	**1%**	**2%**	**29.367**	**11.044**	**40.411**	**3.954**	**1.653**	**5.607**	**13%**	**15%**	**14%**

Fonte: Controllo di Gestione

Dall'analisi del report su indicato, si evince che in riferimento alla colonna "% n. Dipendenti in lavoro agile", la tipologia di personale maggiormente coinvolta nell'espletamento del lavoro agile è quella relativa al Ruolo Amministrativo (12% del totale del numero dei dipendenti di riferimento), e, anche se con una bassa incidenza relativamente al numero assoluto di dipendenti, quello Professionale (Comparto 100% del totale del numeri di dipendenti di riferimento; Dirigenza 18% del totale del numero dei dirigenti di riferimento) nonché alla Dirigenza Tecnica (33% del totale del numero dei dirigenti di riferimento).

Solo una minima parte del personale sanitario e medico si è avvalso, naturalmente, del lavoro agile nel corso del 2024. Nel dettaglio, i dipendenti del comparto sanitario e i dirigenti dell'area sanità che hanno svolto la propria attività in regime di lavoro agile sono risultati inferiori all'1% del totale del numero dei dipendenti di riferimento. La differenza di percentuale del personale dei ruoli amministrativo, professionale e tecnico che ha svolto il proprio servizio in lavoro agile rispetto al personale sanitario è dovuta alle peculiarità delle attività di assistenza sanitaria erogate dall'Azienda che devono essere necessariamente fornite in presenza.



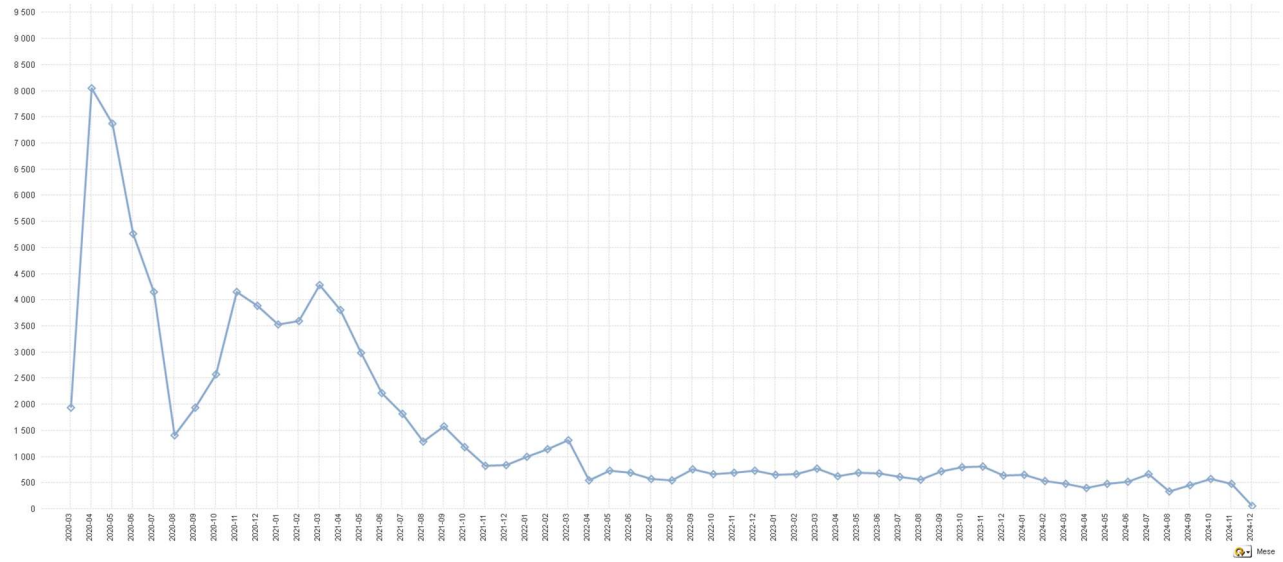
Fonte: Controllo di Gestione

Da una più approfondita analisi dei dati sopra riportati, emerge che nel ruolo amministrativo il personale che ha fatto più ricorso al lavoro agile è stato quello di sesso femminile (15% rispetto all'8% di quello maschile); anche nel ruolo sanitario, professionale e tecnico sono le lavoratrici ad aver usufruito della modalità in lavoro agile in una percentuale maggiore rispetto a quella dei dipendenti di sesso maschile.

Per quanto attiene alla colonna "% Giornate lavorative Dip. Autorizzati in L.A./ Giornate lavorative", emerge che sono state svolte in lavoro agile rispettivamente il 14% delle giornate lavorative dovute dal personale amministrativo, il 24% da quello professionale, il 17% dal personale del ruolo tecnico e il 10% dal personale del ruolo sanitario.

Complessivamente la percentuale di personale che ha usufruito del lavoro agile è stata pari al 2% del numero complessivo dei dipendenti ASL Bari. Più precisamente il personale che ha fatto più ricorso al lavoro agile è stato quello di sesso femminile (2% rispetto all'1% di quello maschile). Il ricorso a tale modalità di lavoro ha riguardato il 14% del totale delle giornate lavorative, garantendo la disposizione della prevalenza del lavoro presso la sede lavorativa.

Di seguito è illustrato l'andamento delle giornate lavorative in Lavoro Agile per gli anni 2020,2021,2022, 2023 e 2024:



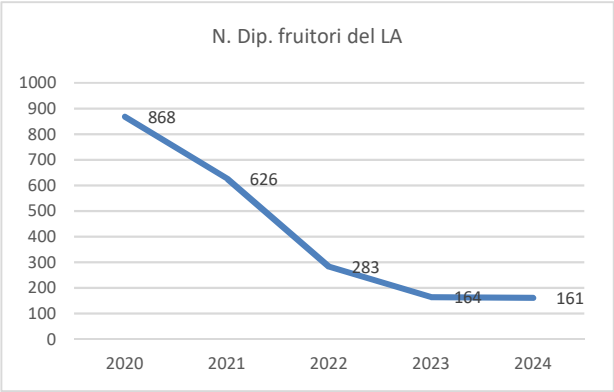
Fonte: Controllo di Gestione

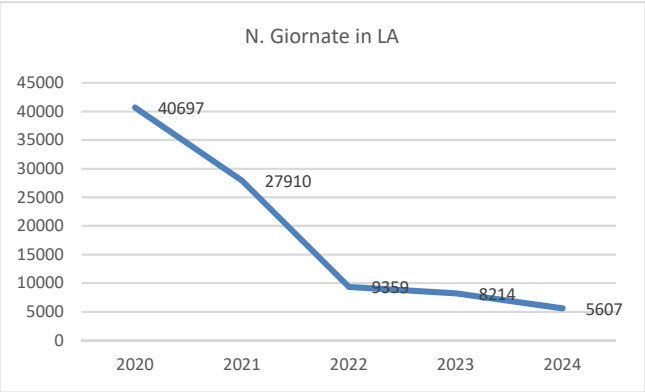
Dal grafico si evince come il numero di giornate lavorative effettuate in LA si sia sostanzialmente stabilizzato ottenendo un andamento stabile dal 2022 in poi. Rispetto al 2020, infatti, il ricorso alla prestazione di lavoro in modalità agile è nettamente diminuito allontanandosi dal picco avutosi in riferimento ai mesi marzo - maggio 2020 coincidenti con il periodo emergenziale legato alla pandemia di Covid19.

Allo stesso modo, come visibile dalla tabella di seguito rappresentata, anche il numero dei dipendenti fruitori del lavoro agile si è ridotto progressivamente negli anni stabilizzandosi tra il 2023 e il 2024. Le giornate di lavoro in modalità agile, invece, sono nettamente diminuite riducendosi dell'86% tra il 2020 e il 2024.

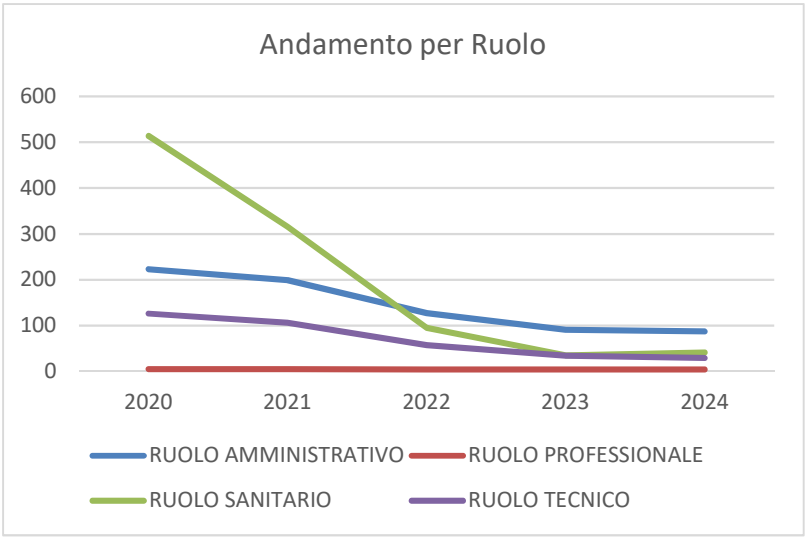
Anno	N. Dip. fruitori del Lavoro Agile	N. Giornate in Lavoro Agile
2020	**868**	**40697**
2021	**626**	**27910**
2022	**283**	**9359**
2023	**164**	**8214**
2024	**161**	**5607**

Fonte: Controllo di Gestione





RUOLO	n.Dipendenti 2020	n.Giornate 2020	n.Dipendenti 2021	n.Giornate 2021	n.Dipendenti 2022	n.Giornate 2022	n.Dipendenti 2023	n.Giornate 2023	n.Dipendenti 2024	n.Giornate 2024
RUOLO AMMINISTRATIVO	223	13.198	199	9.655	127	4.814	91	4.467	87	3.103
RUOLO PROFESSIONALE	5	285	5	93	4	188	4	266	4	244
RUOLO SANITARIO	514	21.105	316	12.339	95	2.349	35	1.655	41	996
RUOLO TECNICO	126	6.109	106	5.823	57	2.008	34	1.826	29	1.264
Tot.	868	40.697	626	27.910	283	9.359	164	8.214	161	5.607



Fonte: Controllo di Gestione

2.2 Condizionalità e fattori abilitanti

a. Misure Organizzative, soggetti, processi e strumenti del lavoro agile

SOGGETTI	PROCESSI	STRUMENTI
DIREZIONE STRATEGICA	Definizione strategia e le linee guida per l'attuazione del lavoro agile	Adozione P.I.A.O.
DIRIGENTI RESPONSABILI DI STRUTTURA	Mappatura dei processi e delle attività effettuabili in lavoro agile	Informatici ed organizzativi
	Reingegnerizzazione dei processi di lavoro compatibili con il lavoro agile	
	Individuazione dei soggetti compatibili con il lavoro agile	
	Organizzazione del lavoro per obiettivi	
	Monitoraggio e controllo delle performance di lavoro agile	
	Promozione di percorsi informativi e formativi	Di comunicazione e di standardizzazione dei processi
AGRU	Coordinamento del processo evolutivo e di approccio al lavoro agile	Emanazione direttive, regolamenti e circolari/supporto alla Direzione strategica
CUG	Miglioramento benessere organizzativo come indicato dalla Direttiva 2/2019	Piano Azioni Positive, questionari, riunioni con i Direttori di Macrostruttura, predisposizione schede per l'assegnazione degli obiettivi da parte del Dirigente di Macrostruttura al proprio personale dipendente nonché per il relativo monitoraggio
OIV	Verifica del Sistema di misurazione e valutazione della performance	Verifica della inesistenza di discriminazioni nel ciclo della performance rispetto allo svolgimento di attività lavorativa in lavoro agile
RTD (Responsabile della transizione al digitale)	Evoluzione organizzativa e adeguamento tecnologico necessario	Definizione *maturity model* per il lavoro agile
U.O. Formazione	Sviluppo delle competenze digitali e della formazione in tema di lavoro agile	Piano Formativo

Nell'ambito dei processi attuativi del lavoro agile, nella precedente tabella sono riportati i soggetti che rivestono ruoli fondamentali finalizzati allo sviluppo delle attività eseguibili in modalità agile. È evidente che tutti i soggetti coinvolti nei processi sono legati da relazioni interconnesse volte al miglioramento sia dell'ambiente interno all'azienda (benessere individuale e organizzativo) sia a quello esterno (*stakeholders*).

L'Azienda, con il supporto del Comitato Unico di Garanzia, in riferimento alla mappatura dei processi e delle attività effettuabili in modalità agile, avviava già nel 2021 una ricognizione[1] che, in base alla dimensione organizzativa e funzionale, individuava le attività che potevano essere svolte con modalità agile coinvolgendo tutti i Direttori di Macrostruttura, Area, Distretto e Dipartimento.

[1] Riferimento P.O.L.A. ASL BA, adottato giusta DDG.n.1945/2022

Si riportano di seguito i processi di cui alla citata mappatura:

Categoria Processo
Adempimenti normativi diversi
Altre relazioni esterne
Approvvigionamento di servizi e forniture
Appropriatezza, qualità e sicurezza
Arbitrato e contenzioso
Assistenza farmaceutica
Assistenza sanitaria territoriale
Aspetti economici, finanziari ed efficienza operativa
Attività di controllo
Attività di programmazione e pianificazione
Attività regolamentare
Attività di rete sul territorio
Capacità di governo della domanda sanitaria
Coordinamento, partecipazione e supporto tecnico a organismi, commissioni e consulte
Formazione/Aggiornamento Professionale
Formulazione di indirizzi generali, accordi, intese
Formulazione e proposta PDTA
Gestione contabile e finanziaria
Gestione dei flussi documentali
Gestione interna dell'Ente
Modifica procedure interne alla struttura
Monitoraggio a distanza pazienti/utenti
Prevenzione
Sanità digitale
Report attività di ricerca
Stipula contratti
Studio, monitoraggio e raccolta dati
Tutela e valorizzazione beni demaniali e patrimoniali

b. Destinatari, autorizzazione, accordo, monitoraggio

La prestazione di lavoro in "modalità agile" è rivolta al personale di comparto e dell'area dirigenza, titolare di contratto di lavoro subordinato full time o part time (anche lavoratori fragili, salve modifiche normative sopravvenute), a tempo indeterminato o determinato, in servizio presso la ASL BA, anche attraverso l'istituto del comando, in possesso di competenze professionali tali da consentire l'effettivo svolgimento dell'attività in modalità agile, secondo la valutazione e dietro autorizzazione del Direttore di Struttura.

Al fine dell'autorizzazione della prestazione in modalità di lavoro agile, il Direttore/responsabile deve accertare la sussistenza dei seguenti requisiti:

a) possibilità di delocalizzare, almeno in parte, le attività allo stesso assegnate, senza che sia necessaria la costante presenza fisica nella sede di lavoro;

b) possibilità di utilizzare strumentazioni tecnologiche idonee allo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro;
c) possibilità di monitorare e valutare i risultati conseguiti;
d) possibilità per il dipendente di godere di autonomia operativa nell'espletare i compiti affidatigli dal dirigente di riferimento e della possibilità di organizzare l'esecuzione della propria prestazione lavorativa.

L'esercizio della prestazione in "modalità agile" è subordinato alla stipula di un accordo individuale, secondo lo schema tipo già diffuso dall'ASL BA con nota prot. 66260/2022, che dovrà indicare i seguenti dati:

a) durata dell'accordo, modalità di svolgimento dell'attività in lavoro agile, di recesso d'iniziativa del dipendente e di revoca da parte dell'Amministrazione;
b) individuazione delle giornate di lavoro agile;
c) fasce di contattabilità;
d) strumenti di lavoro agile;
e) programmazione dell'attività individuale e monitoraggio da parte del Direttore/Responsabile e periodicità della rendicontazione al dirigente;
f) trattamento giuridico ed economico;
g) obblighi di custodia e riservatezza;
h) indicazione in materia di sicurezza sul lavoro.
i) modalità di recesso, che deve avvenire con un termine di preavviso non inferiore a 30 giorni, salve le ipotesi previste dall'art. 19 legge n. 81/2017;
l) ipotesi di giustificato motivo di recesso.

Infine, il Direttore/Responsabile dovrà vigilare sulla modalità di esecuzione della prestazione lavorativa svolta dal dipendente in "modalità agile", richiedendo apposita rendicontazione con la modalità e la cadenza che riterrà più opportuna.

c. Piattaforme tecnologiche

L'Azienda adotta, già da tempo, sistemi informatici che consentono a soggetti esterni abilitati l'accesso ad alcuni server. I dispositivi hardware, gli applicativi software e le procedure adottate, per gestire tali collegamenti, si basano su meccanismi in grado di garantire un elevato livello di sicurezza e controllo. L'Azienda è già dotata di una rete aziendale Intranet.

In questo senso, l'U.O. Analisi e Sviluppo Sistema Informativo dell'ASL Bari ha realizzato un portale virtuale tramite il quale è possibile inserire, indipendentemente dalla dislocazione fisica dei dipendenti, l'istanza per la richiesta di Lavoro Agile, previa autorizzazione da parte del Direttore/Responsabile e, successiva, sottoscrizione di apposito accordo individuale, su base volontaria, con il dipendente.

L'U.O.A.S.S.I. ha definito, quindi, un "Manuale Utente per il lavoro agile" utile a guidare il dipendente nell'accesso al sistema, nella compilazione della domanda, nella timbratura virtuale. Per mantenere un elevato livello di sicurezza dei collegamenti da remoto, è stato deciso di utilizzare esclusivamente collegamenti VPN criptati che garantiscono l'accesso alle seguenti applicazioni aziendali: MoSS, Paghe e Presenze, EDOTTO e tutte le applicazioni regionali che sono raggiungibili solo attraverso la rete RUPAR.

Ovviamente non necessita di VPN la lettura sia della Posta Elettronica Ordinaria (PEO), individuale e/o di struttura, che della Posta Elettronica Certificata (PEC), nonché del Sistema Documentale Aziendale.

Per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile, il dipendente utilizzerà gli strumenti tecnologici di sua proprietà o comunque nella propria disponibilità, senza diritto a rimborsi o indennità,

garantendo una buona connettività nel luogo ove svolge la prestazione lavorativa. Tutte le spese correlate all'utilizzo della detta dotazione informatica, ivi compresi i consumi elettrici e le eventuali spese di manutenzione, sono a carico del dipendente, il quale si impegna altresì a rispettare le relative norme di sicurezza[1].

2.3 Obiettivi

L'introduzione del lavoro agile risponde alle seguenti finalità:

1. Introdurre nuove soluzioni organizzative volte allo sviluppo di una cultura gestionale orientata al lavoro per obiettivi e risultati e, al tempo stesso, ad un incremento della produttività;
2. Razionalizzare e adeguare l'organizzazione del lavoro, favorendo l'accrescimento delle competenze digitali dei dipendenti e, pertanto, l'utilizzo delle tecnologie, realizzando economie di gestione e razionalizzazione del lavoro, volte ad implementare la semplificazione delle attività e dei procedimenti amministrativi e a rafforzare l'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa;
3. Rafforzare le misure di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro e, pertanto:
   - ridurre il tasso di assenteismo;
   - migliorare il benessere organizzativo;
   - promuovere la mobilità sostenibile tramite la riduzione degli spostamenti casa-lavoro-casa, nell'ottica di una politica ambientale sensibile alla diminuzione del traffico urbano in termini di volumi e di percorrenze, anche in considerazione delle linee tracciate dalla DDG.n.1185/2022 e, successiva, DDG.n.30/2023.

L'Azienda, al fine di perseguire le suddette finalità, si prefigge quale obiettivo la definizione di indicatori di efficienza, efficacia ed economicità per valutare l'impatto del lavoro agile sia sulla performance organizzativa che su quella individuale.

Nello specifico, intende monitorare le seguenti dimensioni:

DIMENSIONI		INDICATORI di *performance* organizzativa
EFFICIENZA	**Produttiva**	Diminuzione **assenze:** *[(Giorni di assenza/giorni lavorabili mese A anno X - Giorni di assenza/giorni lavorabili mese A anno X-1)/Giorni di assenza/giorni lavorabili mese A anno X-1]* Aumento **produttività:** *quantità di pratiche ordinarie lavorate/servizi erogati per ufficio, unità organizzativa*
	Economica	Riduzione di **costi:** *utenze/anno; stampe/anno; trattamenti accessori/anno; ecc.)*
	Temporale	Riduzione dei **tempi** di lavorazione di pratiche ordinarie
EFFICACIA	**Quantitativa**	**Quantità erogata:** *n. pratiche, n. processi, n. servizi;* **Quantità fruita:** *n. utenti serviti*
	Qualitativa	**Qualità erogata:** *standard di qualità dei servizi erogati in modalità agile* **Qualità percepita:** *% feedback positivi di utenti serviti da dipendenti in lavoro agile*
ECONOMICITÀ	**Riflesso economico**	Riduzione di **costi:** *utenze/anno; stampe/anno; trattamenti accessori/anno;*
	Riflesso patrimoniale	Minor consumo di **patrimonio** a seguito della razionalizzazione degli spazi: *minori ammortamenti e quindi minore perdita di valore del patrimonio*

[1] Si veda art. 5 dell'accordo individuale di lavoro agile accluso alla nota prot. 66260/2022.

In relazione alla performance individuale, le componenti della misurazione e della valutazione della performance devono fare riferimento a risultati e comportamenti e, di conseguenza, l'Azienda definisce gli indicatori che i Direttori/responsabili devono monitorare:

DIMENSIONI	INDICATORI di performance individuale
EFFICACIA Quantitativa	n. di pratiche, n. utenti serviti, n. di *task* portati a termine; n. di pratiche in lavoro agile/n. pratiche totali, n. utenti serviti in lavoro agile/ n. utenti serviti, n. *task* portati a termine in lavoro agile/ n. *task* totali.
EFFICACIA Qualitativa	qualità del lavoro effettuato tramite la valutazione da parte del Direttore/responsabile o rilevazioni di *customer satisfaction* sia esterne che interne
EFFICIENZA Temporale	tempi di completamento pratiche/servizi/procedimenti, rispetto scadenze;

Si specifica, inoltre, che il "Sistema di misurazione e valutazione delle performance" dell'ASL Bari di cui alla D.D.G. n.179/2024 già contempla il riconoscimento di professionalità e di progressione di carriera ai lavoratori che rendono la propria prestazione in modalità agile. Il sistema, infatti, prevede nella "scheda di valutazione individuale" la valutazione di capacità, competenze e comportamenti organizzativi quali:

- Contributo ai programmi dell'unità operativa;
- Autonomia e responsabilità;
- Qualità del contributo professionale;
- Programmazione attività;
- Relazione con i colleghi;
- Orientamento ai bisogni dell'utenza;
- Flessibilità;
- Sviluppo professionale.

La misurazione di tali competenze è valutata quindi anche in relazione all'attività svolta in lavoro agile.

3 Risorse umane nel triennio 2022-2024

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 2023 è stato pari a n.9.197 unità e nel corso del 2024 è stato pari a n.9.242 unità.

Per l'anno 2024 vanno aggiunti n.795 Medici di Medicina Generale (MMG), n.150 Pediatri di libera scelta (PLS), n.243 medici specialisti ambulatoriali interni, n.223 medici di continuità assistenziale, n.23 psicologi convenzionati, n.25 veterinari convenzionati, n.85 medici del Servizio di Emergenza Territoriale e n.9 medici della Medicina dei Servizi.

Il totale degli operatori aziendali nel 2024 è stato quindi pari a n.10.795.

	2022						2023						2024					
Area/Liv.Assist.	Ruolo Sanit.	Ruolo Tecn.	Ruolo Profess	Ruolo Amm.vo	Ruolo Socios	TOT.	Ruolo Sanit.	Ruolo Tecn.	Ruolo Profess	Ruolo Amm.vo	Ruolo Socios	TOT.	Ruolo Sanit.	Ruolo Tecn.	Ruolo Profess	Ruolo Amm.vo	Ruolo Socios	TOT.
Direzione e Aree di Gest.	103	181	13	199	8	**504**	121	173	11	215	8	**528**	127	163	10	208	9	**517**
Prevenzione	482	27	1	70	2	**582**	476	27	1	64	2	**570**	493	26	1	58	2	**581**
Assistenza Ospedaliera	3.870	304	-	160	648	**4.982**	3.869	280	-	157	657	**4.963**	3.967	254	-	147	639	**5.008**
Assistenza Territoriale	2.451	224	-	252	212	**3.138**	2.449	214	-	258	214	**3.136**	2.468	203	-	251	216	**3.137**
TOTALE AZIENDA	**6.906**	**736**	**14**	**680**	**869**	**9.205**	**6.916**	**693**	**12**	**694**	**882**	**9.197**	**7.055**	**646**	**11**	**665**	**865**	**9.242**

Numero medio di personale in servizio nel corso dell'anno
Fonte: Controllo di gestione

Inoltre si riporta, di seguito, il numero medio di ore settimanali erogate dagli Specialisti Ambulatoriali interni, per livello di assistenza, nel triennio di riferimento:

	2022				2023				2024*			
Livello di assistenza	Medici	Veterinari	Psicologi	TOT.	Medici	Veterinari	Psicologi	TOT.	Medici	Veterinari	Psicologi	TOT.
Prevenzione	228	893	-	**1.121**	248	832	-	**1.080**	246	868	-	**1.114**
Assistenza Ospedaliera	234	-	38	**272**	250	-	38	**288**	225	-	44	**269**
Assistenza Territoriale	6.398	-	560	**6.958**	6.197	-	577	**6.774**	6.354	-	659	**7.013**
TOTALE AZIENDA	**6.860**	**893**	**598**	**8.351**	**6.695**	**832**	**615**	**8.142**	**6.825**	**868**	**703**	**8.396**

*** dato in fase di consolidamento**

Riepilogo per Sesso

Rispetto all'analisi per genere del personale dipendente per l'anno 2024, come dato da confermare, si evidenzia un ulteriore incremento del personale di sesso femminile in valore assoluto ed in percentuale.

Anno	2022		2023		2024	
Sesso	N	%	N	%	N	%
Donne	5.859	*63,7%*	5.900	*64,2%*	5.978	*64,7%*
Uomini	3.346	*36,3%*	3.297	*35,8%*	3.263	*35,3%*
Totale	**9.205**	***100,0%***	**9.197**	***100,0%***	**9.242**	***100,0%***

Fonte: Controllo di gestione

Riepilogo per età

Rispetto all'analisi per età del personale dipendente, di seguito rappresentata, si rileva che la classe di età maggiormente popolata nel 2024 è quella dai 50 ai 59 anni con una percentuale pari ad oltre il 31% del totale.

Il personale dipendente appartenente alla fascia d'età al di sopra dei 50 anni per il 2024 è pari al 50%, di cui quasi il 19% al di sopra dei 60 anni.

Anno	2022		2023		2024	
Decade	N.	%	N.	%	N.	%
20-29	592	*6,4%*	482	*5,2%*	466	*5,0%*
30-39	1.911	*20,8%*	1.988	*21,6%*	2.060	*22,3%*
40-49	2.153	*23,4%*	2.154	*23,4%*	2.090	*22,6%*
50-59	2.922	*31,7%*	2.938	*32,0%*	2.880	*31,2%*
>60	1.627	*17,7%*	1.634	*17,8%*	1.745	*18,9%*
Totale	**9.205**	***100,0%***	**9.197**	***100,0%***	**9.242**	***100,0%***

Fonte: Controllo di gestione

Riepilogo per Tipo rapporto di lavoro

L'analisi del personale dipendente relativamente al tipo di rapporto di lavoro evidenzia un ulteriore diminuzione dell'incidenza del personale amministrativo sul totale del personale dipendente a favore del personale sanitario e sociosanitario tra il 2023 ed il 2024.

	2022			2023			2024		
Qualifica	Determinato	Indeterminato	Totale	Determinato	Indeterminato	Totale	Determinato	Indeterminato	Totale
Dirigenti Medici	136	1.543	**1.679**	89	1.610	**1.699**	69	1.658	**1.727**
Dirigenti Sanitari non Medici	61	194	**254**	9	261	**270**	7	268	**275**
Pers. Comparto Infermieri	523	3.133	**3.657**	120	3.527	**3.647**	113	3.611	**3.724**
Pers. Tecnico Sanitario	12	346	**358**	28	343	**371**	10	368	**378**
Altro Pers. Di comparto	52	907	**958**	1	929	**930**	18	934	**951**
Totale Ruolo Sanitario	***783***	***6.123***	***6.906***	***246***	***6.670***	***6.916***	***217***	***6.838***	***7.055***
Dirigenti Tecnici		8	**8**		8	**8**		7	**7**
Personale di Comparto Tecnico	3	726	**728**	3	683	**686**	3	636	**639**
Totale Ruolo Tecnico	***3***	***734***	***736***	***3***	***691***	***693***	***3***	***643***	***646***
Dirigenti Prof.li		11	**11**		10	**10**		9	**9**
Personale di Comparto Prof.le	1	2	**3**	1	1	**2**		2	**2**
Totale Ruolo Professionale	***1***	***13***	***14***	***1***	***11***	***12***	***-***	***11***	***11***
Dirigenti Amm.vi		32	**32**		34	**34**		31	**31**
Personale di Comparto Amm.vo	71	577	**649**	34	626	**660**		634	**634**
Totale Ruolo Amministrativo	***71***	***609***	***680***	***34***	***660***	***694***	***0***	***665***	***665***
Personale di Comparto Sociosanit.		869	**869**		882	**882**	3	863	**865**
Totale Ruolo Sociosanit.	***0***	***869***	***869***	***0***	***882***	***882***	***3***	***863***	***865***
TOTALE AZIENDA	**858**	**8.347**	**9.205**	**284**	**8.913**	**9.197**	**223**	**9.019**	**9.242**

Numero medio di personale in servizio nel corso dell'anno

Fonte: Controllo di gestione

4 La formazione del personale

L'ASL Bari definisce di prioritaria importanza il potenziamento delle conoscenze e delle competenze del personale dipendente intendendone promuovere a tal fine la formazione che assume, quindi, un valore determinante per diffondere e radicare la cultura della tutela della salute, nonché per assicurare all'utenza servizi sanitari appropriati e di qualità.

In quest'ottica - con DDG n. 1622/2022 – è stato adottato il "Regolamento per la Formazione", così come elaborato e proposto dall'UOC Medicina Forense, Gestione Rischio Clinico, Sistema Qualità e Formazione, attualmente in fase di aggiornamento. In considerazione di quanto previsto dal suddetto Regolamento, anche per il 2025 è in corso di elaborazione, da parte della UOS Formazione con la collaborazione del Comitato Tecnico Scientifico, il Piano formativo Aziendale, che conterrà iniziative formative in linea con:

- le direttive e la programmazione nazionale/regionale;
- gli obiettivi strategici aziendali;
- i bisogni formativi rilevati e trasmessi dai vari Direttori di Dipartimento.

Le suddette iniziative formative, inserite nel PAF, sono rivolte a tutte le professionalità presenti nell'ASL, comprese quelle escluse dagli obblighi ECM.

Nell'attuazione del PAF si prevede l'ampio utilizzo dei docenti interni, iscritti all'Albo dei formatori interni, approvato con la DDG n.2261/2024, che comprende un elenco di professionisti, dipendenti dell'ASL, con specifica esperienza nelle seguenti aree tematiche:

SEZ.	AREA - DESCRIZIONE
1	Tecnico professionale: clinica (scienze cliniche mediche, farmaceutiche, nursing, riabilitazione, salute mentale e dipendenze patologiche) e percorsi organizzativi (cronicità, ospedale-territorio, accessibilità, reti H&S)
2	Emergenza/Urgenza (Albo Formatori/Istruttori già istituito mediante Avviso Pubblico e approvato con DDG n.1652/2021)
3	Gestione del rischio, governo clinico, medicina legale
4	Sicurezza sul lavoro
5	Sanità pubblica, Sanità veterinaria
6	Giuridica e amministrativa (Privacy, anticorruzione, normative, procedure, etc.)
7	Innovazione tecnologica di area medica e/o tecnologie dell'informazione
8	Sviluppo competenze relazionali (gestione persone-gruppi, comunicazione interna-esterna)
9	Multiculturalità/medicina di genere e cultura dell'accoglienza nelle cure sanitarie
10	Miglioramento continuo/Qualità/Accreditamento
11	Ricerca (bibliografia, epidemiologia, promozione della salute e prevenzione, statistica)
12	Management, programmazione e valutazione
13	Informatica, linguistica

Il conferimento degli incarichi di docenza a formatori interni ha come obiettivi:

- valorizzare le risorse umane aziendali e le competenze da loro acquisite;
- contestualizzare meglio gli interventi, favorendo il trasferimento efficace dei contenuti del corso alla realtà operativa dei partecipanti;
- fornire una formazione migliore ai discenti grazie ad una selezione mirata dei docenti che rispondano sempre di più a livelli qualitativi elevati per specializzazione e competenza;

- contenere i costi della formazione.

Oltre ai corsi formativi aziendali, l'ASL Bari riserva ai propri dipendenti altre possibilità di formazione:

- al personale sanitario, fornendo il libero accesso ad alcune importanti banche dati online attraverso cui consultare articoli/riviste scientifiche di carattere anche internazionale (ClinicalKey);
- al personale del comparto per il quale è stata indetta – con DDG n.2752 del 20.12.2024 – la procedura di selezione per l'accesso al beneficio delle "150 ore individuali" di diritto allo studio da fruire nell'anno solare 2025, giusto art. 62 del CCNL relativo al Personale del Comparto Sanità del 02.11.2022;
- favorendo l'accesso alle borse di studio INPS per Master di I e II livello e a corsi di formazione professionale ValorePA;

Considerato, infine, che la Direttiva del Ministro della Pubblica Amministrazione del 23.3.2023, avente ad oggetto "Pianificazione della formazione e sviluppo delle competenze funzionali alla transizione digitale, ecologica e amministrativa, promosse dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza", ha previsto che entro il 2025 le pubbliche amministrazioni hanno l'obbligo di fornire attività di formazione sulle competenze digitali ad almeno il 75% del personale, l'ASL Bari, per il tramite dell'U.O.S. Formazione, ha aderito alla piattaforma "*Syllabus. Nuove competenze per le pubbliche amministrazioni*" del Dipartimento della Funzione Pubblica, pianificando la formazione per tutti i dipendenti in servizio.

La piattaforma Syllabus offre ai dipendenti pubblici una formazione personalizzata, in modalità e-learning, a partire da una rilevazione strutturata e omogenea dei fabbisogni formativi, al fine di rafforzare le conoscenze e la capacità digitale nelle amministrazioni.

Nel 2023 sono stati avviati ai corsi di formazione Syllabus sulle competenze digitali n.2047 dipendenti, tutti afferenti ai DD.SS.SS. aziendali. Nel 2024 sono stati avviati ai corsi Syllabus n.4740 dipendenti, tutti afferenti ai PP.OO. aziendali. Entro il 2025 sarà avviato, alla suddetta formazione, il restante personale in servizio, che complessivamente è attualmente pari a circa n.9.500 unità.

Il Ministro per la Pubblica Amministrazione ha adottato, da ultimo, una direttiva in materia di formazione e valorizzazione del capitale umano emanata in data 14 gennaio 2025. Il documento si inserisce nel solco dei precedenti atti di indirizzo sul rafforzamento delle competenze (23 marzo 2023) e sulla misurazione e valutazione della performance (28 novembre 2023). "*Con questo nuovo atto di indirizzo vengono ribaditi i principi cardine della formazione, che costituisce una leva strategica per la crescita delle nostre persone e per le Amministrazioni pubbliche*".

Inoltre - tramite il Centro di formazione per l'emergenza /urgenza di Noicattaro, afferente al Dipartimento delle Emergenze - sono assicurati corsi specifici quali, BLSD Basic Life Support & Defibrillation I.R.C., BLSD Pediatrico Basic Life Support & Defibrillation Pediatric I.R.C., ILS Immediate Life Support I.R.C., ALS Advanced Life Support I.R.C., PALS Pediatric Advanced Life Support A.H.A, Gestione intraospedaliera del Trauma Maggiore: modello ATLS, Corso teorico pratico sulla gestione in emergenza della cannula tracheostomica e della sonda Peg nei pazienti ad elevata complessità a domicilio, Pre-hospital Trauma Care - PTC modulo base I.R.C., Pre-hospital Trauma Care - PTC modulo Avanzato I.R.C., Corso di TRIAGE Intraospedaliero, GAVA Gestione Avanzata Vie Aeree, La Gestione del paziente con Ictus Acuto (MeCAU e Neurologia), Ecografia in Emergenza/Urgenza, sedazione ed Analgesia in E/U, Corso di formazione guida sicura dei veicoli di emergenza sanitaria.

In osservanza al D. Lgs n.81/2008 sono, altresì, garantiti – d'intesa con il SPPA - tutti i corsi sulla sicurezza sul lavoro, sia base che per rischi specifici, oltre che anti-incendio.

Si segnalano, infine, gli eventi previsti dal PNRR e da Fondi Europei, che saranno svolti nel corso del 2025, relativi a "Le infezioni correlate all'assistenza - ICA", al "Fascicolo Sanitario Elettronico – FSE", al "Piano Nazionale Equità della Salute – PNES".

Infatti, in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, Missione M6C2 – Investimento 2.2 - Sviluppo delle competenze tecnico professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario, nel corso del 2025 sarà avviato il piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere destinato a tutto il personale sanitario e non sanitario di tutti gli ambiti assistenziali, inclusi ospedali per acuti, day-hospital/day surgery, lungodegenze, ambulatori, assistenza domiciliare, strutture residenziali territoriali. Nella prima fase saranno chiamati a frequentare tale formazione obbligatoria circa n.2700 unità di personale così come previsto dalla DDG.n.163/2025.

Si riassumono, di seguito, i dati riferiti ai fabbisogni formativi aziendali 2025, suddivisi per macroaree tematiche:

N.	AREA - DESCRIZIONE	TOTALE CORSI	TOTALE EDIZIONI
1	ASPETTI RELAZIONALI (LA COMUNICAZIONE INTERNA, ESTERNA, CON PAZIENTE) E UMANIZZAZIONE DELLE CURE	5	11
2	CONTENUTI TECNICO-PROFESSIONALI (CONOSCENZE E COMPETENZE) SPECIFICI DI CIASCUNA PROFESSIONE, DI CIASCUNA SPECIALIZZAZIONE E DI CIASCUNA ATTIVITÀ ULTRASPECIALISTICA. MALATTIE RARE	65	113
3	PRINCIPI, PROCEDURE E STRUMENTI PER IL GOVERNO CLINICO DELLE ATTIVITÀ SANITARIE	4	6
4	INTEGRAZIONE INTERPROFESSIONALE E MULTIPROFESSIONALE, INTERISTITUZIONALE	6	11
5	APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI SANITARIE NEI LEA. SISTEMI DI VALUTAZIONE, VERIFICA E MIGLIORAMENTO DELL'EFFICIENZA ED EFFICACIA	4	8
6	SICUREZZA ALIMENTARE E/O PATOLOGIE CORRELATE	11	29
7	APPLICAZIONE NELLA PRATICA QUOTIDIANA DEI PRINCIPI E DELLE PROCEDURE DELL'EVIDENCE BASED PRACTICE (EBM - EBN - EBP)	14	29
8	FARMACO EPIDEMIOLOGIA, FARMACOECONOMIA, FARMACOVIGILANZA	3	20
9	DOCUMENTAZIONE CLINICA. PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI DIAGNOSTICI E RIABILITATIVI, PROFILI DI ASSISTENZA - PROFILI DI CURA	55	136
10	SANITÀ VETERINARIA	6	6
11	SICUREZZA NEGLI AMBIENTI E NEI LUOGHI DI LAVORO E PATOLOGIE CORRELATE, RADIOPROTEZIONE	36	144
12	FRAGILITA' (MINORI, ANZIANI, TOSSICO-DIPENDENTI, SALUTE MENTALE) TUTELA DEGLI ASPETTI ASSISTENZIALI E SOCIO-ASSISTENZIALI	16	48
13	LA COMUNICAZIONE EFFICACE INTERNA, ESTERNA, CON PAZIENTE. LA PRIVACY ED IL CONSENSO INFORMATO	3	4
14	IMPLEMENTAZIONE DELLA CULTURA E DELLA SICUREZZA IN MATERIA DI DONAZIONE TRAPIANTO	2	5
15	LINEE GUIDA - PROTOCOLLI - PROCEDURE	14	25
16	ARGOMENTI DI CARATTERE GENERALE: INFORMATICA E LINGUA INGLESE SCIENTIFICA DI LIVELLO AVANZATO. NORMATIVA IN MATERIA SANITARIA : I PRINCIPI ETICI E CIVILI DEL SSN	7	9
17	EMERGENZA/URGENZA	27	132
18	GESTIONE DEL RISCHIO, GOVERNO CLINICO, MEDICINA LEGALE	4	22
19	NORMATIVE, PROCEDURE GIURIDICO/AMMINISTRATIVE	44	47
20	MEDICINA DI GENERE	2	2
21	MANAGEMENT E PROGRAMMAZIONE	4	8
22	PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE	4	4
23	VIOLENZA SULLE DONNE E SUGLI OPERATORI SANITARI	2	2
24	BENESSERE ORGANIZZATIVO	8	12
	TOTALE	**346**	**833**

Di seguito si riportano alcuni dati relativi all'attività di formazione del personale dipendente precisando che la riduzione del numero dei corsi del 2020, del 2021 e del 2022 è da attribuirsi al già citato stato di emergenza sanitaria pandemica.

ANNO	N. corsi	N. edizioni	N. partecipanti
2018	177	355	10.276
2019	133	405	9.478
2020	40	64	1.763
2021	37	234	4.246
2022	59	215	4.498
2023	153	366	10.024
2024*	166	385	11.606

*** dato in fase di consolidamento**
Fonte: U.O. Formazione

5 Piano triennale dei fabbisogni del personale

L'art.6 del D.Lgs. 165/2001 e ss.mm.ii. prevede che "*Allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, le amministrazioni pubbliche adottano il piano triennale dei fabbisogni di personale, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, […]. Nell'ambito del piano, le amministrazioni pubbliche curano l'ottimale distribuzione delle risorse umane attraverso la coordinata attuazione dei processi di mobilità e di reclutamento del personale, anche con riferimento alle unità di cui all'articolo 35, comma 2. Il piano triennale indica le risorse finanziarie destinate all'attuazione del piano, nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà assunzionali previste a legislazione vigente*";

Con decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, è stato adottato il D.M. 24.06.2022 che, unitamente al D.P.R. n. 81 del 24.06.2022, recante "*Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano Integrato di Attività e Organizzazione*", pubblicato in G.U. n. 151 del 30.06.2022, completa il quadro normativo necessario per la piena operatività del PIAO, Piano Integrato di Attività e Organizzazione, previsto dall'art. 6 del D.L. 80/2021, che ha introdotto lo strumento;

In particolare, l'art. 1 del D.P.R. 81/2022 abroga, in quanto assorbiti nelle apposite sezioni del PIAO, gli adempimenti inerenti al piano del fabbisogno, al piano della performance, al piano per la prevenzione della corruzione, al piano organizzativo del lavoro agile e al piano delle azioni positive. Pertanto, il documento previsto dall'art. 6 del D.Lgs. 165/2001 confluisce nel PIAO.

Tuttavia, la programmazione dei fabbisogni del personale della Asl di Bari, come indicato dalla Regione Puglia, verte ancora sul triennio 2022/2024, da ultimo approvato con D.G.R. 513 del 22.04.2024 e recepito dall'Azienda Sanitaria con D.D.G. 1164 del 07.06.2024.

La programmazione dei fabbisogni della Asl di Bari, per quanto espressione dell'autonomia aziendale, è assoggettata all'approvazione regionale e non può che adeguarsi alle direttive regionali in materia, anche in ragione della caratterizzazione regionale dei vincoli di spesa del personale.

Infatti, nella D.G.R. 513/2024 di approvazione del PTFP 2022/2024, la Regione Puglia ha indicato alcune prescrizioni/raccomandazioni che troveranno attuazione nel PTFP 2023/2025, per il quale si è in attesa di specifiche linee guida regionali.

Il PTFP 2022/2024 redatto dalla Asl di Bari, giusta D.D.G. 1164/2024, è coerente con la normativa in materia e, in particolare, con:

- le linee guida di cui al decreto 8 maggio 2018 del Ministero per la PA, pubblicate sulla G.U. n. 173 del 27.07.2018;
- l'art. 35, comma 4, del D.Lgs. 165/2001;
- l'art. 36, comma 1, del D.Lgs. 165/2001;
- il D.Lgs. 75/2017 e il D.L. 35/2019;
- la L. 234/2021;
- il D.L. 80/2021;

- il D.L. 36/2022;
- le circolari del Ministero della semplificazione e della pubblica amministrazione n.3/2017 e n.1/2018;
- le "*Linee guida regionali per l'adozione dei Piani triennali del Fabbisogno di personale (PTFP) delle Aziende ed Enti del S.S.R. ai sensi degli artt. 6 e 6 ter del D.Lgs. 165/2001 e delle linee di indirizzo ministeriali approvate con D.M. 08/05/2018*", approvate con D.G.R. 2416 del 21.12.2018 e conseguenti integrazioni di cui alla D.G.R. 2452/2019 e D.G.R. 261/2023;
- la D.G.R. 1896/2021, recante oggetto "*Art. 2, co. 71 della L. 191/2009 - art. 11, D.L. 35/2019 convertito in L. 60/2019 - modifica D.G.R. 2293/2018 - Rideterminazione e riparto tetto di spesa del personale delle Aziende ed Enti S.S.R.*";
- la D.G.R. 1492/2022, recante oggetto "*Relazione in materia di gestione del personale del S.S.R. e di Sanitaservice - Ricognizione - Presa d'atto Documento Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome 22/154/CR7a/C7*";
- la D.G.R. 1818/2022, recante oggetto "*Avvio procedure di stabilizzazione del personale del S.S.R. ai sensi dell'art. 20, comma 1, D.Lgs. 75/2017 e art.1, comma 268, lett. B), primo periodo, L. 234/2021. Ulteriori disposizioni in materia di personale. Modifica e integrazione della D.G.R 1896/2021*";

Esso rispetta, inoltre, il quadro normativo vigente in materia di vincoli di finanza pubblica in tema di assunzioni ed in particolare:

- il comma 71, art. 2 della legge n. 191/2009 e ss.mm.ii., che dispone che la spesa complessiva del personale per ciascuno degli anni successivi al 2004, al netto dei rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004, non può superare quella del 2004 ridotta del 1,4%;
- l'art. 11, comma 1, D.L. 35/2019 convertito in Legge n. 60/2019, la quale conferma il limite sopra esposto;
- l'art. 9, comma 28, del D.L. 78/2010, convertito con modificazioni nella Legge n. 122/2010, che dispone, a decorrere dall'anno 2011, che le Aziende Sanitarie possono avvalersi di personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, o con convenzioni ovvero con contratto di collaborazione coordinata e continuata, nel limite del 50% della spesa sostenuta per la stessa finalità nell'anno 2009;
- la D.G.R. 1818 del 12.12.2022, con cui, a parziale modifica e integrazione della D.G.R. 1896/2021, la Regione Puglia ha indicato il tetto annuale per la spesa del personale ai fini del rispetto del vincolo di spesa di cui all'art. 2, comma 71, della Legge 191/2009 e s.m.i., a livello regionale e 11, comma 1, D.L. 35/2019, ridefinendo per il deliberato PTFP 2021/2023, in € 450.226.571, il tetto di spesa della Asl di Bari;

Il Piano è articolato distintamente per unità operative ed è espresso secondo la metodologia dell'unità di personale a tempo pieno equivalente di cui al citato D.M. 08.05.2018.

Esso risulta, per l'ambito ospedaliero, rispettoso dei valori di FTE minimi e massimi stabiliti in sede di Tavolo Tecnico ministeriale per la verifica degli adempimenti regionali, nella seduta del 29.03.2018 e disaggregati per profilo professionale e disciplina dalla Regione Puglia, giusta nota prot. n. AOO-183-

9730/2018 e secondo quanto prescritto dalla D.G.R. 2416/2018 e ulteriori integrazioni regionali, salve le indicazioni derogatorie contenute nella relazione di accompagnamento al documento.

Esso è coerente con l'organizzazione degli Uffici e dei Servizi dell'Ente di cui alla D.D.G. 462/2023, attualmente vigente, nel rispetto del piano di riordino ospedaliero di cui al Regolamento Regionale n. 23/2019 e del numero massimo di strutture complesse di cui alla D.G.R. 1603/2018, recante "*Parametri standard regionali per l'individuazione di strutture semplici e complesse, posizioni organizzative e coordinamenti per il personale delle Aziende ed Enti del S.S.R. ex art. 12, co. 1, lett. b) Patto per la Salute 2010-2012. Modifica Allegato 1 alla D.G.R. 3008/2012 in adeguamento alla rete ospedaliera ex R.R. n. 7/2017 ss.mm.ii. e ai dati demografici ISTAT aggiornati al 1° gennaio 2017*", pari a complessive n. 138.

Esso contiene:

- la previsione delle progressioni verticali come da norme vigenti, che ai fini dell'impatto economico finanziario del piano triennale 2022/2024 sono sostenibili, come da allegato n. 1) alla D.D.G. 1164/2024, in quanto, una volta definite le procedure in questione, le stesse risulteranno perlopiù finanziate attraverso il passaggio da una categoria all'altra;
- le informazioni relative alle assunzioni delle categorie protette previste ai sensi della legge 68/89.

Si riporta, di seguito, il riepilogo per profilo professionale dell'ultimo PTFP 2022/2024, approvato con D.D.G. 1164 del 07.06.2024, alla quale si rinvia per l'analisi più dettagliata dello stesso.

PROFILI	ANNO 2022	ANNO 2023	ANNO 2024
Assistente Amministrativo	273	273	273
Assistente Tecnico	16	16	16
Ausiliario Specializzato	308	308	308
Coadiutore Amministrativo	98	98	98
Coadiutore Amministrativo Esperto	64	64	64
Collaboratore Amm.Vo Prof.le	126	126	126
Collaboratore Amm.Vo Prof.le - Esperto	37	37	37
Collaboratore Prof.le - Assistente Sociale	157	157	157
Collaboratore Prof.le - Assistente Sociale Esperto	4	4	4
Collaboratore Prof.le Sanit. - Assistente Sanitario	75	75	75
Collaboratore Prof.le Sanit. - Dietista	18	18	18
Collaboratore Prof.le Sanit. - Educatore Professionale	95	95	95
Collaboratore Prof.le Sanit. - Fisioterapista	465	465	465
Collaboratore Prof.le Sanit. - Fisioterapista - Esperto	2	2	2
Collaboratore Prof.le Sanit. - Infermiere	3391	3391	3391
Collaboratore Prof.le Sanit. - Infermiere - Esperto	52	52	52
Collaboratore Prof.le Sanit. - Infermiere Pediatrico	7	7	7
Collaboratore Prof.le Sanit. - Logopedista	116	116	116

PROFILI	ANNO 2022	ANNO 2023	ANNO 2024
Collaboratore Prof.le Sanit. - Massaggiatore/Massofisioterapista (D)	1	1	1
Collaboratore Prof.le Sanit. - Ortottista	14	14	14
Collaboratore Prof.le Sanit. - Ostetrica	185	185	185
Collaboratore Prof.le Sanit. - Tecnico Apparecchiature Emodialisi	6	6	6
Collaboratore Prof.le Sanit. - Tecnico Audiometrista	6	6	6
Collaboratore Prof.le Sanit. - Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Vascolare	4	4	4
Collaboratore Prof.le Sanit. - Tecnico della Prevenzione Nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro	152	152	152
Collaboratore Prof.le Sanit. - Tecnico della Prevenzione Nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro - Esperto	10	10	10
Collaboratore Prof.le Sanit. - Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica	55	55	55
Collaboratore Prof.le Sanit. - Tecnico di Neurofisiopatologia	11	11	11
Collaboratore Prof.le Sanit. - Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	163	163	163
Collaboratore Prof.le Sanit. - Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico – Esperto	2	2	2
Collaboratore Prof.le Sanit. - Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	199	199	199
Collaboratore Prof.le Sanit. - Terapista Della Neuro e Psicomotricita' dell'Eta' Evolutiva	35	35	35
Collaboratore Prof.le Sanit. - Terapista Occupazionale	3	3	3
Collaboratore Tecnico Professionale	17	17	17
Collaboratore Tecnico Professionale – Chimico	1	1	1
Collaboratore Tecnico Professionale - Fisico	1	1	1
Commesso	51	51	51
Dirigente - Amministrativo	34	34	34
Dirigente – Analista	7	7	7
Dirigente - Avvocato	5	5	5
Dirigente - Biologo	54	54	54
Dirigente - Farmacista	67	67	67
Dirigente - Fisica Sanitaria	4	4	4
Dirigente - Ingegnere	6	6	6
Dirigente - Medico	1809	1809	1809
Dirigente - Pedagogista	3	3	3
Dirigente - Professionale	1	1	1
Dirigente - Psicologo	148	148	148
Dirigente - Sociologo	2	2	2
Dirigente - Veterinario	80	80	80
Dirigente Delle Professioni Sanitarie - Area Della Riabilitazione	1	1	1
Dirigente Delle Professioni Sanitarie - Area Infermieristica/Ostetrica	6	6	6

PROFILI	ANNO 2022	ANNO 2023	ANNO 2024
Dirigente Delle Professioni Sanitarie - Area Prevenzione	2	2	2
Infermiere Generico Esperto	7	7	7
Massaggiatore/Massofisioterapista (Bs)	1	1	1
Massaggiatore/Massofisioterapista Esperto (C)	1	1	1
Operatore Socio Sanitario	763	763	763
Operatore Tecnico	61	61	61
Operatore Tecnico - Autista - Spec.to	7	7	7
Operatore Tecnico - Autista - Spec.to - Esperto	1	1	1
Operatore Tecnico - Autista Ambulanza - Spec.to	81	81	81
Operatore Tecnico - Autista Ambulanza - Spec.to - Esperto	58	58	58
Operatore Tecnico – Centralinista	15	15	15
Operatore Tecnico - Centralinista - Spec.to	12	12	12
Operatore Tecnico - Centralinista Non Vedente	11	11	11
Operatore Tecnico - Conduttore Caldaie - Spec.to	26	26	26
Operatore Tecnico - Cuoco - Spec.to	8	8	8
Operatore Tecnico - Spec.to - Esperto	4	4	4
Operatore Tecnico – Specializzato	17	17	17
Operatore Tecnico (Ced)	28	28	28
Operatore Tecnico Addetto all'Assistenza	6	6	6
Programmatore	6	6	6
Puericultrice Esperta	11	11	11
Specialista nei Rapporti con i Media	2	2	2
Totale complessivo	**9.575**	**9.575**	**9.575**

6 Piano delle azioni positive

Le azioni positive debbono essere considerate come la declinazione concreta di quel processo, già avviato nella ASL BA, di costante riduzione delle disparità di genere in ambito lavorativo. La continua evoluzione dei fattori socioeconomici sottesi alle politiche delle pari opportunità, richiedono, infatti, una particolare e costante attenzione al processo di monitoraggio delle azioni intraprese, per procedere ad eventuali correzioni/integrazioni delle stesse.

Gli obiettivi che il C.U.G. ASL Bari intende perseguire nel triennio in questione sono di seguito rappresentati:

1. QUALITÀ DELLA VITA DELLE DONNE E DEGLI UOMINI

Obiettivo: liberare il tempo delle donne dall'obbligo del lavoro di cura intra-familiare, quando questo costituisce un ostacolo al dispiegarsi delle opportunità per l'accesso al lavoro e alla piena affermazione sociale ed economica, incrementando un welfare aziendale sempre propositivo, con l'attivazione di nuove misure per l'equilibrio tra vita lavorativa e familiare, e investimenti di sistema, che comportano un rafforzamento delle infrastrutture sociali e socio educative in una dimensione sempre più di comunità.

2. ISTRUZIONE FORMAZIONE E LAVORO –

Obiettivo: *l'empowerment* femminile nell'ambito dell'istruzione, della formazione e del lavoro attraverso l'adeguamento e il potenziamento sia del sistema formativo regionale nei settori strategici che nelle politiche per il lavoro, in un'ottica di genere.

3. COMPETITIVITÀ, SOSTENIBILITÀ E INNOVAZIONE –

Obiettivo: l'incremento della competitività del sistema produttivo e dell'innovazione, in ottica di genere, richiede di intercettare e intraprendere ogni strada utile a potenziare le opportunità da offrire alle donne nel mondo del lavoro e nei sistemi di impresa senza dimenticare quegli spazi utili per la salute e la socializzazione.

4. PER UN LAVORO DI QUALITÀ -

Obiettivo: promuovere, contemporaneamente, flessibilità e sicurezza (cd. *flexsecurity*), per venire incontro alle esigenze dei datori di lavoro, ma anche dei lavoratori e delle lavoratrici in particolar modo ed adottare strategie che rendano possibile e duraturo l'accesso delle donne nei luoghi e nei ruoli decisionali. Sostenere i percorsi di carriera e rafforzare la presenza delle donne in posizione di vertice e lavorare, all'interno dei contesti produttivi, quindi nella dimensione organizzativa delle imprese, per accrescere la possibilità di conciliare esigenze di vita e tempi di lavoro in una ottica di parità ed equità tra i generi (sostegno e incentivazione, ad esempio, attraverso la premialità nei bandi per l'accesso a fondi pubblici, a forme di organizzazione del lavoro *family friendly* e iniziative di welfare aziendale).

5. CONTRASTO ALLE DISCRIMINAZIONI E ALLA VIOLENZA DI GENERE –

Obiettivo: incidere sul graduale cambiamento culturale, mettendo in atto azioni e interventi tesi ad educare, sensibilizzare, combattere ogni forma di discriminazione, sradicare vecchi stereotipi legati ai ruoli di genere e a modelli sessisti; consolidamento, potenziamento e qualificazione del sistema complessivo dei servizi preposti alla protezione, sostegno, accompagnamento delle donne che hanno subìto la violenza maschile, delle/dei minori che assistono alla violenza intra-familiare o che subiscono forme di maltrattamento/violenza. L'obiettivo ultimo è favorire *l'empowerment* e l'autonomia delle donne, sole o con figli, supportandole nei percorsi di fuoriuscita con interventi concreti di inclusione socio-lavorativa. Un

ulteriore tassello della strategia regionale riguarda il sostegno e le tutele alle persone LGBTI vittime di violenza fondata sull'orientamento sessuale e/o sull'identità di genere, alle persone LGBTI allontanate da casa in ragione dell'orientamento sessuale o il mancato rinnovo del contratto a termine in quanto lavoratrice LGBTIQ: la Cass. n.31071/21 lo individua come diritto antidiscriminatorio del lavoro.

Il Comitato Unico di Garanzia dell'ASL Bari, nell'ambito delle specifiche e peculiari funzioni di garanzia propone, per il triennio 2025-2027, un Piano delle Azioni Positive segmentato in obiettivi, azioni, responsabili e indicatori di risultato, per le tre Aree d'intervento:

PARI OPPORTUNITA'

(Decreto Legislativo 11 aprile 2006, n. 198 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'articolo 6 della legge 28 novembre 2005, n. 246"; Direttiva 23 maggio 2007 "sulle misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche"; Legge 5 novembre 2021, n. 162 Modifiche al codice di cui al decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198, e altre disposizioni in materia di pari opportunità tra uomo e donna in ambito lavorativo)

VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE

(ai sensi D.Lgs. 165 del 2001 e D.Lgs. 81/2008)

CONTRASTO ALLE DISCRIMINAZIONI, AD OGNI FORMA DI VIOLENZA E MOLESTIA SUL POSTO DI LAVORO

(D.Lgs. 198 del 2006; D.Lgs. 215 e 216 del 2003; il D.Lgs. 286 del 199; Convenzione Istambul dell'11.05.2011, L. 27 giugno 2013 n° 77; Convenzione ILO n° 190 del 2019; Legge 15 gennaio 2021 n. 4 di Ratifica ed esecuzione della Convenzione dell'Organizzazione internazionale del lavoro n. 190 sull'eliminazione della violenza e delle molestie sul luogo di lavoro, adottata a Ginevra il 21 giugno 2019 nel corso della 108ª sessione della Conferenza generale della medesima Organizzazione).

6.1 Finalità e obiettivi generali del Piano

Il nuovo Piano di azioni positive ha un contenuto programmatico triennale al fine di assicurare la coerenza con gli obiettivi strategici/operativi previsti dal Piano della Performance e dal POLA; la promozione, in tutte le strutture della ASL BA, l'effettiva realizzazione degli obiettivi di parità e pari opportunità, la prevenzione e rimozione di qualunque forma di discriminazione. La finalità del Piano è la valorizzazione delle politiche di genere e di conciliazione, di tutela della sicurezza e salute del personale, di promozione del benessere organizzativo, nell'ambito del generale processo di riforma della P.A. atteso dal PNRR:

- investimento sul rafforzamento del personale pubblico, con l'innesto di nuove energie e di risorse ad alta specializzazione;
- digitalizzazione delle procedure e facilitazione dell'accesso a cittadini e imprese, secondo il

principio di fornire i dati "*once only*" anche grazie all'interoperabilità tra i dati delle amministrazioni e alla migrazione sul *cloud* dei dati delle P.A. centrali e locali;
- rafforzamento delle competenze digitali del personale della P.A.

La Riforma della Pubblica amministrazione nel PNRR è un grande programma di investimento sulle persone, che mette al centro le competenze per ridisegnare il lavoro pubblico per il futuro, e che si articola in quattro dimensioni chiave:

- la riforma dei meccanismi di selezione del personale nella P.A.
- la semplificazione delle procedure
- lo sviluppo del capitale umano della P.A.
- la digitalizzazione dei processi interni e dei servizi della P.A.

Gli interventi previsti hanno natura trasversale e quindi rendono necessaria da un lato una piena collaborazione istituzionale, dall'altro una chiara divisione di compiti e ruoli nella organizzazione.

Questo comporta anche la predisposizione di un più generale piano di ristrutturazione del modello organizzativo nel lungo periodo, capace sia di valorizzare le risorse interne sia di offrire percorsi di formazione specifici. L'obiettivo è il consolidamento delle competenze di base e il rinforzo di quelle trasversali e professionali. A ciò si deve affiancare un programma di formazione continua di tutto il personale, anche attraverso esperienze in altre amministrazioni per un confronto volto al miglioramento delle procedure, nell'ottica di una possibile generale armonizzazione dei procedimenti amministrativi, da intendersi come potenziale reciproco arricchimento e per un concreto contributo alla costruzione di una vera comunità responsabile. Una comunità dove i cittadini sono alleati con la P.A., nell'ambito di un orientamento ad una concreta attuazione del bene comune, attraverso l'implementazione della qualità dei servizi, la vicinanza alle persone, la garanzia delle competenze e del merito.

Il Comitato della ASL BA, nell'ambito delle proprie funzioni propositive, consultive e di verifica, finalizzate alla promozione ed attuazione dei principi delle pari opportunità, del benessere organizzativo, della valorizzazione delle differenze nelle politiche di gestione del personale e del contrasto di ogni forma di discriminazione, con il "Piano delle azioni positive" considera gli obiettivi, di seguito precisati:

- l'informazione e la sensibilizzazione ai temi d'interesse del Comitato, di tutto il personale, area comparto e dirigenza, ruolo tecnico, amministrativo e sanitario;
- la promozione di eventi formativi obbligatori aziendali d'intesa con le strutture aziendali e con la Rete Nazionale dei CUG, L'Università, la Consigliera di Parità, Ambiti Sociali e Terzo Settore, ecc. nell'ambito delle pari opportunità, della valorizzazione del benessere organizzativo e del contrasto alle discriminazioni, della prevenzione delle molestie/violenza nei luoghi di lavoro e dello S.L.C., mobbing, ecc;
- l'impulso e l'attuazione di azioni positive, per un miglioramento della qualità della vita delle lavoratrici e dei lavoratori, nelle dimensioni dell'uguaglianza sostanziale, pari opportunità, salute e sicurezza sul lavoro, rispetto e tutela dei diritti, conciliazione dei tempi di vita, flessibilità dell'orario, ecc.;
- la raccolta di dati/informazioni e l'analisi degli stessi con la puntualizzazione di indicatori per il monitoraggio e la valutazione di performance organizzativa, pari opportunità, equità, valorizzazione del benessere, conciliazione tempi di vita, contrasto alle discriminazioni, alle molestie e ad ogni forma di violenza, ecc..

Significativa e trasversale a tutte le azioni del Piano, è la dimensione della "salute" dettata dall'art. 2, comma 1, lettera o), D.Lgs. n. 81/2008: "*stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non consistente solo in un'assenza di malattia o d'infermità*" e lettera n) del decreto, il quale definisce la "prevenzione" come "*il complesso delle disposizioni o misure necessarie anche secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, per evitare o diminuire i rischi professionali nel rispetto della salute della popolazione e dell'integrità dell'ambiente esterno*".

Una norma che assorbe e valorizza quell'obbligo generale introdotto già dall'art. 2087 c.c., che è diventato un filo conduttore della giurisprudenza, al punto di richiamare l'attenzione degli esperti nel corso dell'attuale dibattito sulle molestie e sulla violenza nei luoghi di lavoro, ricorda che "*I datori di lavoro sono tenuti, ai sensi dell'articolo 2087 del codice civile, ad assicurare condizioni di lavoro tali da garantire l'integrità fisica e morale e la dignità dei lavoratori, anche concordando con le organizzazioni sindacali dei lavoratori le iniziative, di natura informativa e formativa, più opportune al fine di prevenire il fenomeno delle molestie sessuali nei luoghi di lavoro. Le imprese, i sindacati, i datori di lavoro e i lavoratori e le lavoratrici si impegnano ad assicurare il mantenimento nei luoghi di lavoro di un ambiente di lavoro in cui sia rispettata la dignità di ognuno e siano favorite le relazioni interpersonali, basate su principi di eguaglianza e di reciproca correttezza.*" (art.26, c.3-ter del Codice delle Pari Opportunità – D-Lgs.n.198/2006).

Infatti la Cass. pen., 9 febbraio 2018, n. 6505, ribadisce che "*L'art. 2087 c.c., pur non contenendo precetti specifici come quelli rinvenibili nelle leggi organiche per la prevenzione degli infortuni sul lavoro, non si risolve in una mera norma di principio, ma deve considerarsi inserita a pieno titolo nella legislazione antinfortunistica, di cui costituisce norma di chiusura, che impone al datore di lavoro precisi obblighi di garanzia e protezione*".

6.2 Pari opportunità

Le pari opportunità sono un principio giuridico inteso come l'assenza di ostacoli alla partecipazione economica, politica e sociale di un qualsiasi individuo per ragioni connesse al genere, religione e convinzioni personali, razza e origine etnica, disabilità, età, orientamento sessuale o politico. Con l'espressione "pari opportunità", pertanto, siamo soliti indicare il principio giuridico, sancito dalla Costituzione italiana, che mira a rimuovere ogni sorta di ostacolo discriminatorio alla partecipazione degli individui alla vita politica e sociale. Si tratta quindi di una condizione di parità e uguaglianza sostanziale introdotta per garantire a tutte le persone il medesimo trattamento e per impedire che vi siano forme di discriminazione.

L'art. 37, comma 1, della Costituzione da un lato ha riaffermato gli obiettivi protettivi tradizionali della tutela differenziata del lavoro femminile, e dall'altro ha introdotto il principio della tutela paritaria mirata a garantire alle donne la parità di trattamento rispetto ai lavoratori adulti di sesso maschile. In una logica protezionistica, la norma costituzionale statuisce che alla donna devono essere garantite le condizioni di lavoro necessarie all'adempimento della sua essenziale funzione familiare e alla protezione della maternità, con ciò giustificando l'emanazione di normative di tutela differenziata al fine del raggiungimento di tali obiettivi. In una logica paritaria, invece, alla donna vengono riconosciuti gli stessi diritti e, a parità di lavoro, le stesse retribuzioni che spettano al lavoratore. La tutela paritaria è, pertanto, da ricollegare al principio di uguaglianza sancito dall'art. 3 Costituzione: il 1° comma di tale articolo detta, infatti, il c.d. principio di eguaglianza formale, o principio di non discriminazione, secondo cui tutti i cittadini sono eguali davanti alla legge, senza distinzioni riconducibili a situazioni personali o sociali.

A tale principio si ricollega quello di eguaglianza sostanziale, dettato dal comma 2 della Costituzione, secondo cui la Repubblica deve rimuovere gli ostacoli che impediscono, nel caso di specie, ai lavoratori dipendenti la partecipazione alla vita politica e sociale del paese, interventi questi che non possono esaurirsi solo con la costruzione di un "diritto diseguale" all'interno del rapporto di lavoro e nel confronto con gli altri soggetti di diritto, ma che si estendono anche all'interno della classe dei lavoratori dipendenti, istituendo relazioni di disuguaglianza anche tra categorie di lavoratori subordinati.

Dalle norme costituzionali richiamate deriva un vero e proprio diritto soggettivo della lavoratrice alla parità di trattamento verso il datore di lavoro, il quale è obbligato alla non discriminazione per sesso e al quale, quindi, è inibito porre in essere condizioni di lavoro e di retribuzione deteriori rispetto al trattamento della generalità dei lavoratori. Da tale impostazione è nata la legislazione di tutela e successivamente di parità con riguardo al lavoro delle donne, categoria considerata ulteriormente svantaggiata rispetto agli altri lavoratori subordinati.

La base del ragionamento sulle discriminazioni indica che:

- non ogni differenza di trattamento è discriminatoria
- ogni atto di gestione delle risorse umane, ogni comportamento, ogni regola, può essere discriminatoria
- perché un atto sia discriminatorio occorre comprendere i limiti fissati dalle regole (fattori di rischio, trattamento deteriore in un giudizio di comparazione, verifica delle giustificazioni ammesse dell'ordinamento che variano in ragione del fattore di rischio: nessuna giustificazione per le discriminazioni di sesso o genere, giustificazioni ammesse per l'età ad esempio)
- le discriminazioni sono vietate; gli atti sono nulli; le discriminazioni devono essere prevenute all'interno dei luoghi di lavoro.

Il fine delle politiche connesse alle pari opportunità, in altre parole le azioni positive, si fondano in particolare sulla ricerca di un'uguaglianza giuridica tra gli individui che elimini ogni differenza discriminante nell'accesso e nella partecipazione alla dimensione sociale, economica e politica.

Obiettivi:

- definire e attuare politiche aziendali che, a partire dal vertice, coinvolgano tutti i livelli dell'organizzazione nel rispetto dei principi della parità e pari opportunità sul lavoro;
- individuare chiare responsabilità, in materia di pari opportunità, a livello di dirigenza apicale;
- superare gli stereotipi di genere, attraverso adeguate politiche aziendali, formazione e sensibilizzazione;
- integrare il principio di parità di trattamento nei processi che regolano tutte le fasi della vita professionale e della valorizzazione delle risorse umane, affinché le decisioni relative ad assunzione, formazione e sviluppo di carriera vengano prese unicamente in base alle competenze, all'esperienza, al potenziale professionale delle persone;
- sensibilizzare e formare adeguatamente tutti i livelli dell'organizzazione sul valore della diversità e sulle modalità di gestione delle stesse;
- monitorare periodicamente l'andamento delle pari opportunità e valutare l'impatto delle buone pratiche a garanzia della effettiva tutela della parità di trattamento;
- individuare strumenti concreti per favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro favorendo l'incontro la flessibilità dell'orario, il lavoro agile, anche con adeguate politiche aziendali e contrattuali (banca delle ore, ferie solidali, ecc.), in collaborazione con il territorio per delle convenzioni con i servizi pubblici e privati integrati;

- comunicare al personale, con le modalità più opportune, l'impegno assunto a favore di una cultura aziendale della pari opportunità, informandolo sui progetti intrapresi in tali ambiti e sui risultati pratici conseguiti;
- promuovere la visibilità esterna dell'impegno aziendale, dando testimonianza delle politiche adottate e dei progressi ottenuti in un'ottica di comunità realmente solidale e responsabile.

6.3 Valorizzazione del benessere

Il termine benessere sul luogo di lavoro risale al 1981 (The International Labour Organization (ILO) - "*Occupational Safety and Health Convention*") e indica non solo l'assenza di malattia e infermità ma anche tutti quegli elementi fisici e mentali che possono influire sulla salute dei lavoratori. Benessere organizzativo è la capacità delle organizzazioni di promuovere e mantenere il benessere fisico, psicologico e sociale dei lavoratori per tutti i livelli e ruoli. Studi e ricerche sulle organizzazioni hanno dimostrato che le strutture più efficienti sono quelle con dipendenti soddisfatti e un "clima interno" sereno e partecipativo.

Il concetto di benessere organizzativo si riferisce, quindi, al modo in cui le persone vivono la relazione con l'organizzazione in cui lavorano; tanto più una persona sente di appartenere all'organizzazione, perché ne condivide i valori, le pratiche, i linguaggi, tanto più trova motivazione e significato nel suo lavoro.

In un'organizzazione il grado di "benessere organizzativo" può influire in modo significativo sulle performance dei singoli, dei gruppi e della performance dell'intero sistema. Al contrario, quando si verificano condizioni di scarso "benessere organizzativo" si possono determinare: diminuzione della produttività, assenteismo, bassi livelli di motivazione, ridotta disponibilità al lavoro, carenza di fiducia, mancanza di impegno.

In tal senso si è mosso anche il legislatore nazionale nell'individuare in via generale l'oggetto della valutazione dei rischi, che costituisce un obbligo del datore di lavoro il quale non può delegare ad altri tale attività. Infatti, l'art. 28 D.Lgs. 81/08 prevede che, nell'effettuare la valutazione, il datore di lavoro tenga anche conto di rischi particolari quali in particolare "quelli collegati allo stress lavoro- correlato", con la ovvia conseguenza che di essi dovrà tenersi conto nella elaborazione da parte sua del documento di sicurezza nel quale vanno sostanzialmente riportate le linee di fondo della politica aziendale in materia di sicurezza del lavoro.

Anche il PNRR, come varato dal Consiglio dei ministri, nella Missione 6-Salute, elenca i problemi del sistema sanitario, resi ancora più evidenti dalla pandemia Covid-19 ed evidenzia l'importanza delle tecnologie, delle competenze – digitali, professionali e manageriali – per rivedere i processi di cura.

La missione si articola in due componenti:

- reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale
- innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale;
- la dimensione – Sviluppo delle competenze, attende:
  - l'incremento delle borse di studio in medicina generale, garantendo il completamento di tre cicli di apprendimento triennali;
  - l'avvio di un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere a tutto il personale sanitario e non sanitario degli ospedali;
  - l'attivazione di un percorso di acquisizione di competenze di management per professionisti sanitari del SSN
  - l'incremento dei contratti di formazione specialistica per affrontare il cosiddetto "imbuto

formativo", vale a dire la differenza tra il numero di laureati in medicina e il numero di posti di specializzazione post-laurea previsto e garantire così un adeguato turn-over dei medici specialisti del SSN.

Il potenziamento delle competenze tecniche, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario avverrà attraverso un programma di assegnazione di borse di studio e erogazione di corsi di formazione specifici da realizzare entro l'orizzonte del PNRR (metà 2026).

Obiettivi:

- sensibilizzazione del personale ai temi del benessere organizzativo, della sicurezza e salute nei luoghi di lavoro;
- realizzazione di concrete azioni positive volte all'incremento del livello di benessere percepito;
- ottimizzazione degli strumenti di flessibilità lavorativa (L.A. , Telelavoro, S.W.);
- promozione della salute e della sicurezza del personale in modalità agile;
- previsione di strumenti di flessibilità che rispondano alla necessità di conciliare vita familiare e vita lavorativa;
- informazione su istituti contrattuali (ferie solidali, banca delle ore, art. 39 Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro, relativo al personale del comparto sanità triennio 2026-2018, ecc.);
- ottimizzazione del capitale umano, organizzativo e tecnologica, al fine di raggiungere incremento dell'efficienza;
- favorire forme di partecipazione organizzativa, la costituzione di gruppi di lavoro trasversali, la condivisione delle competenze, possono rappresentare utili meccanismi di incentivazione organizzativa;
- promozione della formazione realizzata da personale interno, per riconoscere e valorizzare il contributo individuale, socializzare il sapere e consentire di trasformare l'apprendimento individuale in apprendimento organizzativo;
- individuazione di forme di relazione diretta con i lavoratori integrando comunicazione interna ed esterna e individuando modalità per valorizzare il lavoro, renderlo visibile agli occhi dei colleghi e dei cittadini;
- promozione della rilevazione dello stress da lavoro correlato può servire per attivare percorsi volti al miglioramento della produttività mediante il monitoraggio delle variabili psicosociali e l'individuazione di antagonismi e atteggiamenti sterilmente competitivi che possono generare tendenze regressive nell'organizzazione.

6.4 Il contrasto alle discriminazioni

L'evoluzione della vigente normativa antidiscriminatoria e del diritto comunitario in materia ha determinato una progressiva articolazione nella classificazione dei fenomeni antidiscriminatori. L'art. 25, co.1, D.Lgs. n.198/2006 (c.d. Codice Pari Opportunità), considera discriminazione diretta "*qualsiasi disposizione, criterio, prassi, atto, patto o comportamento, nonché l'ordine di porre in essere un atto o un comportamento, che produca un effetto pregiudizievole discriminando le lavoratrici o i lavoratori in ragione del loro sesso e comunque il trattamento meno favorevole rispetto a quello di un'altra lavoratrice o di un altro lavoratore in situazione analoga*".

La legislazione comunitaria definisce la discriminazione diretta come la situazione nella quale una persona è trattata meno favorevolmente, in base al sesso, di quanto sia stata o sarebbe trattata un'altra persona in

una situazione analoga (Direttiva n.2006/54). Alla luce di tali definizioni, dunque, è chiaro che per discriminazione diretta si intende ogni condotta con la quale la persona, in ragione del genere, viene fatta oggetto di un trattamento sfavorevole, rispetto alle persone appartenenti all'altro genere. Così, la Corte di Giustizia UE (sent. 6 marzo 2014, n.595/12, in RIDL, 2014, II, 936) ha stabilito che costituisce discriminazione diretta l'esclusione di una donna in congedo di maternità da un corso di formazione professionale obbligatorio per ottenere la nomina in ruolo e beneficiare di condizioni d'impiego migliori.

La discriminazione indiretta riguarda invece i casi in cui un trattamento omogeneo produce conseguenze diverse sui gruppi individuati dal legislatore, a causa delle specificità che connotano la maggioranza degli appartenenti ad un certo gruppo. Questo tipo di discriminazione attiene non ad un determinato fattore di rischio, ma ad un criterio neutro e di per sé legittimo, idoneo a provocare un impatto differenziato - e quindi con esiti discriminatori - tra gruppi di persone considerate, sfavorendo un gruppo rispetto ad un altro.

In base alla formulazione contenuta nell'art. 25, co. 2, D.Lgs. n.198/2006, che riprende quella comunitaria, si verifica una discriminazione indiretta "*quando una disposizione, un criterio, una prassi, un atto, un patto o un comportamento apparentemente neutri mettono o possono mettere i lavoratori di un determinato sesso in una posizione di particolare svantaggio rispetto ai lavoratori dell'altro sesso, salvo che riguardino requisiti essenziali allo svolgimento dell'attività lavorativa, purché l'obiettivo sia legittimo e i mezzi impiegati per il suo conseguimento siano appropriati e necessari*".

L'individuazione di una discriminazione indiretta costituisce, pertanto, un compito delicato, poiché comporta un'approfondita valutazione dell'atto discriminatorio nel contesto di riferimento, al fine di verificare se un comportamento che appaia, ad un primo esame, legittimo, nasconda, in realtà, una forma di ingiustificata differenziazione.

Pertanto, «*Costituisce discriminazione diretta qualsiasi atto, patto o comportamento che produca un effetto pregiudizievole discriminando le lavoratrici o i lavoratori in ragione del loro sesso e comunque il trattamento meno favorevole rispetto a quello di un'altra lavoratrice o di un altro lavoratore in situazione analoga*». Questa definizione conserva, rispetto alle preesistenti, un riferimento alla comparazione tra i trattamenti differenziati, poiché il divieto di discriminazione continua ad essere formulato come divieto di trattare meno favorevolmente ad alcune persone rispetto ad altre: il divieto colpisce, dunque, una disparità di trattamento, fondata sulla diversità di genere (qualificandola come discriminazione illecita).

Altro tema la dimensione delle caratteristiche delle discriminazioni della popolazione LGBTIQ tra lavoro e nuove famiglie. La popolazione LGBTIQ è protagonista di una crescente rilevanza nel dibattito pubblico e politico, con l'acquisizione e il consolidamento di una più articolata consapevolezza nei suoi confronti e delle istanze che la caratterizzano. Le questioni, le problematiche e le criticità che riguardano le persone che possono riconoscersi nelle definizioni alle quali rimanda l'acronimo LGBTIQ, ossia lesbiche, gay, bisessuali, trans/non binarie, intersessuali e queer, sono state assunte nel dibattito politico e sociale, in particolare negli ultimi due decenni, quali elementi attinenti propriamente alla sfera del rispetto e della tutela dei diritti umani.

Non più questioni marginali, dunque, ma assunte nelle agende politiche, in particolare nell'Unione Europea e di conseguenza negli Stati Membri che ne fanno parte, nonché temi ai quali le organizzazioni del lavoro devono porre massima attenzione. Diversi sono i passaggi del percorso che ha condotto a tali acquisizioni, in un significativo intreccio con gli aspetti che riguardano l'ambito lavorativo: esso ancora oggi rappresenta uno degli spazi dove vengono esperite la maggior parte delle discriminazioni per orientamento sessuale e identità di genere, come ha recentemente evidenziato la Commissione Europea nella sua prima strategia per l'uguaglianza LGBTIQ – Unione dell'uguaglianza: strategia per l'uguaglianza LGBTIQ 2020-2025. Va sottolineato come non sempre alla pur fondamentale azione legislativa sia seguita, nel corso degli anni,

una effettiva possibilità di applicazione dei principi sanciti negli atti normativi, né tali atti colgono pienamente le esigenze della popolazione LGBTIQ, in particolare in relazione ai diritti nell'ambito del vissuto lavorativo e familiare: sebbene negli ultimi anni, anche nel nostro Paese, diversi importanti passi siano stati fatti in tal senso, resta fondamentale ancora oggi un'azione che tenti di colmare le lacune lasciate da un quadro normativo che ancora non coglie pienamente la pluralità propria delle esperienze familiari, affettive e genitoriali, in particolare nell'ambito lavorativo dove una consistente gamma di istituti e diritti è legata allo status familiare.

Con la Legge 20 maggio 2016 n. 76 Regolamentazione delle unioni civili tra persone dello stesso sesso e disciplina delle convivenze, vi è stato un ampliamento del campo di azione del diritto antidiscriminatorio, individuandone i principali ambiti di riferimento e, infine, evidenziando alcune possibilità di ulteriore azione che si profilano rispetto alla finalità di garantire pari dignità e diritti, in particolare nel mercato del lavoro.

Obiettivi:

- sensibilizzazione sui temi specifici delle discriminazioni e della violenza nei luoghi di lavoro;
- promozione della informazione sulla normativa antidiscriminatoria;
- sviluppo nella gestione del personal della cultura di genere, della valorizzazione della diversità, della prevenzione e contrasto ad ogni forma di discriminazione;
- garanzia dei diritti delle persone LGBTIQ nella organizzazione;
- introduzione nel sistema di valutazione della performance di Direttori S.C. e Dirigenti S.S. di indicatori concernenti le abilità comunicative e relazionali, l'orientamento ai valori delle pari opportunità, della valorizzazione delle differenze e del benessere organizzativo.

Obiettivo 1

Divulgare, attraverso i canali digitali istituzionali, le direttive comunitarie, nazionale, regionali, aziendali, le buone prassi dirette a garantire le pari opportunità, il contrasto ad ogni forma di discriminazione, il benessere organizzativo, la promozione della cultura organizzativa, il rispetto e la valorizzazione delle differenze di genere, per costruire un clima sereno e positivo che valorizzi il rispetto e le differenze. Diffondere le azioni positive programmate dalla Rete Nazionale dei CUG (sito istituzionale, mail, pagina dedicata al CUG e ai gruppi di lavoro), in tema di benessere lavorativo e sintesi degli orientamenti nazionali e regionali.			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Individuare una modalità comunicativa efficace e chiara, (sito istituzionale, mail, pagina dedicata al CUG e ai gruppi di lavoro) Diffondere opuscoli, brochure e articoli di settore	2025– 2027	CUG – URP – Direzione Strategica	n. opuscoli/articoli divulgati e n.iniziative promozionali realizzate (indicatore triennale)

Obiettivo 2

Promuovere l'individuazione del Responsabile dei Processi d'inserimento delle persone con disabilità, ai sensi dell'articolo 39-ter del d.lgs. 165/2001 e della Direttiva n. 2/2019 Presidenza del Consiglio dei Ministri, al fine di garantire un'efficace integrazione nell'ambiente di lavoro delle persone con disabilità, iniziative finalizzate all'individuazione e all'abbattimento delle barriere architettoniche che impediscono, limitano o rendono difficoltoso l'utilizzo degli spazi di lavoro da parte di persone con limitata capacità motoria e sensoriale, come persone diversamente abili o persone che per età o eventi occasionali hanno limiti e/o problemi, anche solo temporaneamente, nella regolare fruizione degli ambienti.

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Pubblicazione Bando interno per acquisire manifestazioni d'interesse. Prevedere un iter dedicato per il rientro guidato, nei luoghi di lavoro, del personale con problemi familiari e/o di salute, riprogettando le attività necessarie ad accompagnare la ripresa lavorativa anche mediante modalità flessibili di orario	2025– 2027	Direzione Strategica -CUG – AGRU	Pubblicazione del provvedimento (indicatore triennale) n. processi di accompagnamento moduli formativi realizzati per i Direttori S.C. e Dirigenti S.S. (indicatore triennale)

Obiettivo 3

Sviluppare nella gestione del personale la cultura di genere, della valorizzazione della diversità, attraverso l'inserimento della normativa in materia di pari opportunità, non discriminazione (anche d'intesa con l'RPCT, in relazione al divieto di discriminazione a carico del cd. Whistleblower di cui all'art. 54-bis, TUPI e al d. Lgs. 179/2017) e benessere nei corsi di aggiornamento, nei programmi formativi a qualsiasi livello di responsabilità e tra le materie di esame dei concorsi, per il personale del comparto e della dirigenza. Realizzare interventi formativi per dirigenza e titolari di incarichi di funzione sui temi della valorizzazione delle differenze e del benessere organizzativo e per la diffusione dell'approccio assertivo.

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Definizione di modalità condivise di operatività con Comitato Scientifico, Formazione, Responsabili Scientifici, Corsi di formazione obbligatori aziendali e AGRU -Settore Concorsi	2025- 2027	CUG– AGRU (Settore Concorsi) Comitato Scientifico Ufficio Formazione Responsabile della Prevenzione della Corruzione (limitatamente al divieto di discriminazione del cd. whistleblower)	n. di Corsi obbligatori con almeno una relazione sui temi d'interesse CUG / numero complessivo Corsi aziendali. n. di concorsi con almeno una materia d'interesse CUG nelle prove-d'esame/numero complessivo Concorsi, n. due Corsi organizzati dal CUG da parte dei Direttore S.C. e Dirigenti S.S./numero totale Corsi obbligatori aziendali (indicatori triennali)

Obiettivo 4

Avviare il processo di valutazione dei rischi connessi al genere ai sensi dell'art 28 del decreto legislativo 81/08 che introduce in materia di valutazione dei rischi, l'obbligo di valutare quelli connessi al genere rispetto all'esposizione a tutti i fattori di rischio: chimico, fisico, biologico, organizzativo e la cultura della salute attraverso il perfezionamento dei moduli formativi e di aggiornamento obbligatori, previsti dal d.lgs. 81/08 e s.m.i., con le informazioni su ruolo, compiti e attività del CUG in merito ai temi di competenza del Comitato (diversità, discriminazioni e loro effetti su salute e sicurezza). Inserire nell'analisi dei rischi anche il "rischio emergente" delle molestie e della violenza fisica e psichica nei luoghi di lavoro

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Formazione Gruppo di Lavoro d'intesa con SPPA, SSS e avvio attività di valutazione dei rischi connessi al genere	2025 - 2027	SSPA – Servizio Sorveglianza Sanitaria e Radioprotezione Medica - CUG	Aggiornamento procedure aziendali (indicatore triennale)

Obiettivo 5

Implementare la rete di relazioni del CUG ASL BA per una strategia comune in materia di pari opportunità e di lotta alle discriminazioni, in ambito sia aziendale che regionale e nazionale: Rete Nazionale dei CUG, Consigliere di Parità della Città Metropolitana di Bari e della Regione Puglia, INAIL, Università, Componenti Consulta Regionale femminile, Direzione Strategica, AGRU, UPD, Ufficio Formazione, Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), U.O.C. Rischio Clinico, Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale (SPPA), Medico Competente aziendale, Rappresentanze sindacali, ecc			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Programmazione di incontri di rete periodici con partecipazione Assemblea e Gruppi di Lavoro Rete Nazionale CUG	2025 - 2027	CUG - Direzione Strategica U.O. anzidette	n. di partecipanti / n. di incontri (indicatore annuale)

Obiettivo 6

Adozione del Codice di condotta per la tutela della dignità delle lavoratrici e dei lavoratori (nel quadro del più ampio procedimento istruttorio dell'UPD, volto all'aggiornamento del codice di comportamento aziendale ai fini della successiva approvazione con deliberazione D.G., proposta dall'RPCT, come da Piano Triennale Anticorruzione 2021/2023) e avviare la procedura di incarico per l'individuazione del/della Consigliere/a di fiducia			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Adozione deliberazione Codice di Condotta e pubblicazione Avviso per acquisizione manifestazioni d'interesse	2025 - 2027	AGRU - Direzione Strategica CUG – URP - UPD	Pubblicazione Regolamento Codice di Condotta Conferimento incarico Consigliere/a di fiducia (indicatori triennali)

Obiettivo 7

Definizione della procedura per la gestione dei rapporti Amministrazione – CUG e, nello specifico, CUG – SSPA, OIV (anche tramite la Struttura Tecnica Permanente di supporto di cui all'art. 14, d. lgs. 150/2009), RPCT, AGRU e altre U.O. aziendali. E' opportuno condividere con l'Amministrazione un documento condiviso per regolare il flusso e i soggetti coinvolti in base alle diverse materie di competenza del CUG e alle sue funzione propositive, consultive e di verifica			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Definizione procedura relativa ai rapporti tra il CUG e le strutture interne all'amministrazione Individuazione supporto operativo/amministrativo all'attività del CUG	2025 - 2027	Direzione Strategica - CUG	n. di incontri con Direzione Strategica e Strutture Interne (indicatore triennale)

Obiettivo 8

Definizione dei criteri di partecipazione ai Corsi di formazione obbligatori aziendali anche a distanza/webinar al fine di proporre una integrazione al Regolamento Aziendale per la Formazione e eliminare forme di discriminazione.			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Elaborazione di una proposta di integrazione al Regolamento Aziendale per la Formazione. Valutazione delle criticità relative all'utilizzo della piattaforma aziendale per la formazione a distanza.	2025 - 2027	CUG -Direzione Strategica CTS Formazione UOS Formazione UOASSI	Pubblicazione del nuovo Regolamento Aziendale per la Formazione a distanza (indicatore triennale)

Obiettivo 9

Predisposizione del Piano triennale di azioni positive come allegato del Piano della performance, ai sensi della Direttiva 2/2019			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Aggiornamento annuale PAP	31/12/2025	Direzione Strategica - CUG – (anche tramite la Struttura-Tecnica Permanente di supporto di cui all'art. 14, d. lgs. 150/2009)	Pubblicazione entro il 31gennaio sul sito aziendale (indicatore annuale)

Obiettivo 10

Verifica la corretta applicazione delle indicazioni previste dalla Direttiva n. 2/19- Sulle Pari Opportunità – Rimozione delle discriminazioni.			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Verificare l'assenza di discriminazioni in ambito lavorativo; nei bandi di concorso per il reclutamento del personale e l'applicazione delle pari opportunità; verificare che nel conferimento degli incarichi o nella partecipazione a commissioni i fattori che ostacolano le pari opportunità. Verificare che nell'assegnazione dei corsi gratuiti da parte ti Enti esterni (Inail/Inps) non vi siano comportamenti discriminatori e i criteri di assegnazione.	2025-2027	Direzione Strategica AGRU - CUG Direttori S.C.	Monitorare l'albo pretorio (indicatore triennale)

Obiettivo 11

Predisposizione del 5° Bilancio di Genere ai sensi della Legge 31.12.2019, n. 196 - art. 38 septies "Sperimentazione in sede di rendicontazione di un bilancio di genere". Il bilancio di genere è inteso quale strumento per integrare la dimensione di genere e garantire una presenza equilibrata di entrambi i sessi nei servizi pubblici ed ha come obiettivi fondamentali quelli di: accrescere la consapevolezza dell'impatto che le politiche pubbliche possono avere sulle diseguaglianze di genere, assicurare una maggiore efficacia degli interventi, tramite una chiara definizione di obiettivi di genere da tenere in considerazione anche nell'individuazione delle modalità di attuazione e da ultimo, promuovere una maggiore trasparenza della pubblica amministrazione, attivando meccanismi tesi a evidenziare pratiche potenzialmente discriminatorie			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Predisposizione e adozione Bilancio di genere	31.12.2025	Area Gestione Risorse Finanziarie CUG Direzione Strategica	Pubblicazione 5 ° Bilancio di genere (indicatore annuale)

Obiettivo 12

Programmare incontri in-formativi in merito ai compiti e funzioni del Comitato Unico di Garanzia, con l'obiettivo di informare e condividere le attività realizzate. Promuovere due incontri annuali di presentazione del Piano Azioni Positive e Relazione annuale sulla situazione del personale.			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Organizzazione incontri periodici	2025 - 2027	CUG - Direzione Strategica – Direttori S.C. e Dirigenti S.S., Rischio Clinico	n. di partecipanti/n. diincontri informativi (indicatore annuale)

Obiettivo 13

Orientare la raccolta ed elaborazione statistica dei dati relativi al Personale (Format 1 – Direttiva n.2/2019) in merito alla distribuzione degli incarichi, progressioni di carriera, fruizione di istituti contrattuali riferiti alla conciliazione di vita/lavoro e mobilità. Implementare il Portale Nazione dei CUG: la piattaforma mette a disposizione strumenti di condivisione con l'obiettivo di promuovere la messa in rete di esperienze positive e valorizzare le pratiche innovative, anche per la prevenzione e il contrasto a qualsivoglia forma di discriminazione, diretta o indiretta, nei luoghi di lavoro.			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Produrre dati statistici sul personale e sulla organizzazione del lavoro fruibili dal CUG, sulla base delle indicazioni contenute nella Direttiva 2/2019 Individuazione della U.O. e/o funzionario delegata/o a raccogliere/elaborare le statistiche Format 1. – Direttiva 2/2019 ed attivare il Portale Nazionale dei CUG promosso dal Dipartimento della Funzione Pubblica all'indirizzo https://portalecug.gov.it/	2025-2027	Direzione Strategica - CUG – AGRU – Controllo di Gestione	Individuazione U.O. e/o funzionario delegato (indicatore triennale) aggiornamento e monitoraggio degli indicatori statistici e banca dati tempestività ed inoltro al CUG di dati e informazioni per il loro più efficace e produttivo (indicatori triennali)

Obiettivo 14

Prevedere di introdurre nel proprio sistema di Misurazione e Valutazione della Performance nuovi metodi di valutazione che prevedono il coinvolgimento di ulteriori soggetti valutatori. In particolare, oltre alla valutazione effettuata dal superiore gerarchico, che attualmente rappresenta il modello largamente prevalente, utilizzare la valutazione dal basso (nella quale sono i collaboratori che esprimono un giudizio sul proprio superiore)			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Elaborazione di una proposta di Integrazione al Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.	2025-2027	CUG -Direzione Strategica AGRU	Recepimento di un nuovo Regolamento Aziendale relativo al Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (indicatore triennale)

Obiettivo 15

Monitorare lo stato del benessere dei dipendenti attraverso Ricerca-Azione (focus group/questionari) potenziando gli spazi interni alla ASL BA per ricavare un'area per palestre, mense, luoghi per la pausa pranzo, spazi per la socializzazione, la conciliazione e per l'allattamento al seno. Gli Spazi dovrebbero diventare un importante veicolo di informazione e promozione culturale rispetto ai temi della conciliazione vita-lavoro			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Individuazione di spazi di condivisione e analisi della fattibilità di una "zona comfort" con previsione di specifiche istruzione operative che consentano l'idonea gestione delle aree Promozione di azioni informative/sensibilizzazione	2025 - 2027	CUG -Direzione Strategica – Area Tecnica - OIV – AGRU e Strutture Aziendali	n. di spazi comfort/ n. di spazi complessivi, elaborazione Report documento di definizione delle aree di intervento e delle azioni positive, predisposizione di linee guida/istruzioni operative (indicatore triennale)

Obiettivo 16

Iniziative per incrementare il welfare aziendale. Si prevedono studi di fattibilità per richiedere la stipula di convenzioni assicurative aziendali per tutti i dipendenti e convenzioni con i comuni per la gratuità di parcheggio per i lavoratori dediti all'assistenza domiciliare. Attivare la convenzione per lo SPID dei dipendenti pubblici.			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Stipula di convenzioni assicurative aziendali per tutti i dipendenti, convenzioni con i comuni per la gratuità di parcheggio per i lavoratori dediti all'assistenza domiciliare. Attivare la convenzione per lo spid dei dipendenti pubblici.	2025-2027	CUG -Direzione strategica	Identificare linee guida operative

Obiettivo 17

Costituzione di uno sportello di counselling/psicologico a supporto al lavoratore. Progetto obiettivo			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Mira all'identificazione di specifiche difficoltà personali sostenendo-orientando-e mobilitando le risorse personali	2025 - 2027	CUG Direzione sanitaria	Identificare spazi e linee guida operative

Obiettivo 18

Realizzare politiche volte *all'active ageing*, attraverso il contributo delle Associazioni Sportive, Culturali e di Promozione Sociale che manifesteranno interesse a supportare i lavoratori nel processo di cambiamento orientato verso un corretto stile di vita. Sottoscrizione della Carta della Conciliazione e convenzioni con Ambiti/Comuni per beneficiare di tariffe agevolate- iscrizioni minori asili nido- personale della ASL BA.			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Prevedere iniziative di prevenzione dei tumori, realizzando eventi diinformazione al personale anche in ottica di genere e con indicazioni di stili di vita virtuosi per prevenirli Partecipare-alle-campagne-di prevenzione, -positivamente realizzate a livello regionale e Nazionale. Proseguire le campagneinformative sulla salute e sicurezza anche attraverso larealizzazione degli opuscolisulle buone prassi	2025 - 2027	CUG - Direzione Strategica	numero lavoratori coinvolti/ numero-giornate (indicatore-triennale)

Obiettivo 19

Prevenire e contrastare le discriminazioni nel mondo del lavoro basate sull'orientamento sessuale e sull'identità di genere, incrementando la conoscenza e la consapevolezza dell'opinione pubblica sul tema dell'inclusione socio-lavorativa delle persone LGBT. Promozione di attività di sensibilizzazione e di informative per contrastare l'omo-bi-lesbo-trans-intersex-fobia e favorire lo sviluppo di una cultura delle differenze nella organizzazione. Superare le condizioni con effetti di pregiudizio e discriminazione nella frequenza dei corsi di formazione, nelle procedure di mobilità ovvero nel trattamento economico (partecipazione progetti obiettivo, lavoro straordinario, ecc.);

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Favorire politiche di diversity management per dare visibilità alla-persone-LGBT e alle politiche gay friendly Effettuare studi e monitoraggi per conoscere le dimensioni lecaratteristiche-reali-della discriminazione-basata sull'orientamento sessuale e sull'identità di genere a livello aziendale, -mediante-la rilevazione-e-raccolta sistematica, analisi ed elaborazione, rappresentazione dei dati,con un particolare focus sullepersone transessuali e transgender. Monitorare l'applicazione della normativa antidiscriminatoria vigente, anche con riferimento alle pronunce giurisdizionali Monitoraggio-delle-segnalazioni acquisite agli atti dal CUG	2025 - 2027	CUG - Direzione Strategica-URP – AGRU – CoordinamentoScientifico Formazione - Ufficio Formazione	n. studi effettuati/x anno n. corsi di in-formazione/ n. partecipanti n. segnalazioni al Nucleo di Ascolto/x anno (indicatori triennali)

Obiettivo 20

Incremento dei contatti e delle collaborazioni del CUG con le associazioni e con gli Enti territoriali impegnati nel contrasto alle molestie e alla violenza nei luoghi di lavoro.
Organizzazione di incontri specifichi ai quali saranno invitati esperti di settore per illustrare le misure di tutela delle persone vittime di molestie e violenza sul posto di lavoro: modalità di denuncia, accesso al gratuito patrocinio, inserimento in strutture protette, ecc. per una strategia comune in materia di pari opportunità e di lotta alle discriminazioni, in ambito sia aziendale che regionale e nazionale: Rete Nazionale dei CUG, Consigliere di Parità della Città Metropolitana di Bari e della Regione Puglia, INAIL, Università, Componenti Consulta Regionale femminile, Direzione Strategica, AGRU, UPD, Ufficio Formazione, Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), U.O.C. Rischio Clinico, Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale (SPPA), Medico Competente aziendale, Rappresentanze sindacali, ecc.

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Sottoscrizione accordo con attori presenti sul territorio per organizzazione eventi formativi. Organizzare incontri/eventi specifici sul tema della violenza e delle molestie nei luoghi di lavoro. Partecipazione Assemblea e Gruppi di Lavoro Rete Nazionale CUG	2025 – 2027	CUG - Direzione Strategica	Pubblicazione atti e determinazioni (indicatore annuale) n. eventi formative / n. complessivo partecipanti (indicatore triennale)

Obiettivo 21

Realizzare la mappatura delle competenze del personale quale strategia per valorizzare la dimensione dinamica a disposizione dell'organizzazione, ovvero l'apporto professionale dell'individuo, il capitale intellettuale rappresentato dalle conoscenze e competenze possedute dalle persone e dalla capacità individuale di acquisire, governare e applicare tale patrimonio.
Migliorare la "lettura dell'organizzazione" affinando la raccolta e l'analisi dei dati relativi al personale suddivisi per genere, età e disabilità in termini di posizioni contrattuali, qualifiche, anzianità di servizio, accesso a strumenti utili alla conciliazione, titoli di studio, distribuzione territoriale. Studio di azioni specifiche di tutoraggio e procedure per il trasferimento di competenze del personale in uscita anche attraverso la sperimentazione di affiancamenti.

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Avviare la mappatura al fine di garantire la realizzazione delle performance attese e degli obiettivi strategici pianificati, analizzandone i principali processi aziendali, le modalità operative, i valori e la cultura Assicurare la produzione di dati e informazioni necessari alla definizione del Piano triennale delle azioni positive. Avvio attività di tutoraggio.	2025- 2027	Direzione Strategica AGRU - CUG Direttori S.C.	Numero personale mappato/numero complessivo personale aziendale (indicatore triennale)

Obiettivo 22

Individuazione e analisi, nel rispetto di quanto previsto dalle recenti normative, degli indicatori di discriminazione e/o molestie/violenza all'interno della comunità aziendale (analisi dei dati statistici aziendali)

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Elaborazione-Report Procedimenti Istruttori, accesso Sportello di Ascolto, ecc.	2025 - 2027	CUG - Direzione Strategica Responsabile della Prevenzione della Corruzione (limitatamente alle eventuali segnalazioni di discriminazione a danno del cd. whistleblower, di cui all'art. 54-bis, d. lgs. 165/2011 e al d. lgs. 179/2017).	Numero procedimenti istruttori/numero segnalazioni Sportello Ascolto CUG (indicatore annuale)

Obiettivo 23

Ricognizione dei bisogni del personale connesse alla cura dei figli minori, familiari anziani o disabili per valutare l'opportunità di sottoscrivere convenzioni con centri sportivi, centri estivi, servizi domiciliari e diurni per disabili e anziani presenti nel territorio.

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Stipula di convenzioni construtture del territorio	2025 - 2027	CUG - Direzione Strategica	n. convenzioni / anno (indicatore triennale)

Obiettivo 24

Valorizzazione dell'attività di Ascolto del personale attraverso il Nucleo di Ascolto e i Circoli di ascolto organizzativo, un'iniziativa finalizzata al cambiamento della percezione che i lavoratori hanno del proprio ambiente di lavoro, all'incremento della motivazione, al miglioramento delle performance lavorative			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Individuare, all'interno delle U.O. lavoratori/lavoratrici motivati ad utilizzare le proprie risorse relazionali, adacquisire un metodo di facilitazione e a trasferire all'interno del proprio contesto operativo un modello di lavoro centrato sulla valorizzazione delle risorse delle persone al fine di favorire una nuova integrazione tra efficacia operativa e qualità relazionale	2025 - 2027	CUG - Direzione Strategica -AGRU	n. Circoli di Ascolto / n. personale coinvolto(indicatore triennale)

Obiettivo 25

Implementazione incontri Tavolo Tecnico Paritetico composto dal Responsabile SPPA ASL BA, un Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, il Responsabile Servizio di Sorveglianza Sanitaria e Radioprotezione, Presidente e Referente CUG			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Implementazione metodologia INAIL nella valutazione dello stress lavoro correlato e prevenzione infortuni sul lavoro	2025 - 2027	CUG - SPPA Direzione Strategica Responsabile Servizio di Sorveglianza Sanitaria	n. di spazi comfort/ n. di spazi complessivi (indicatore annuale) predisposizione di linee guida/istruzioni operative (indicatore triennale)

Obiettivo 26

Promozione della cultura della salute e della sicurezza di genere attraverso il perfezionamento dei moduli formativi e di aggiornamento obbligatori, previsti dal d.lgs. 81/08 e s. m. i., con le informazioni su ruolo, compiti e attività del CUG in merito ai temi di competenza del Comitato (diversità, discriminazioni e loro effetti su salute e sicurezza). Inserire nell'analisi dei rischi anche il "rischio emergente" delle molestie e della violenza fisica e psichica nei luoghi di lavoro			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Partecipazione-dei/delle componenti CUG ai Corsi obbligatori sulla sicurezza sullavoro in qualità di formatori Definizione Accordo CUG e SPPA	2025- 2027	SPPA – Direzione Strategica CUG	n. di componenti CUG formatori/ n. di moduli obbligatori sulla sicurezza sul lavoro (indicatore annuale)

Obiettivo 27

Adozione di strategie atte a favorire la conciliazione tempi di vita, così da rispondere al meglio alle esigenze dei lavoratori con figli minori o anziani bisognosi di assistenza e, in generale, di tutti coloro che, nell'ambito del contesto familiare, svolgono lefunzioni di care giver			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Partecipazione bandi pubblici, nazionali e regionali, per finanziare iniziative di Conciliazione	2025 - 2027	CUG - AGRU Direzione Strategica	n.progetti/n.progetti finanziati (indicatore triennale)

Obiettivo 28

Diffusione attraverso la formazione aziendale, anche a distanza, delle competenze digitali a favore di tutti i lavoratori/lavoratrici affinché possano partecipare alla attivamente alla trasformazione digitale della P.A.			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Elaborazione di una proposta formativa per il rafforzamento delle competenze digitali dei singoli operatori, con l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi a cittadini e imprese.	2025 - 2027	CUG - Direzione Strategica CTS Formazione UOS Formazione UOASSI	Numero complessivo degli operatori formatori (indicatore triennale)

Obiettivo 29

Avviare il Progetto "Car Sharing Mobility" al fine di realizzare una piattaforma di collaborazione tra i lavoratori per la mobilità condivisa			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Predisposizione deliberazione e gestione fasi del progetto Affidamento Servizio	2025 - 2027	CUG - SPPA Direzione Strategica	numero lavoratori coinvolti / U.O. pubblicazione deliberazione D.G. di affidamento servizio (indicatore triennale)

Obiettivo 30

Avviare il "Sistema di Certificazione della parità di genere" così come previsto dal PNRR a titolarià del Dipartimento per le pari opportunità della Presidenza del Consiglio dei ministri, volto ad accompagnare ed incentivare le imprese ad adottare policy ageguate a ridurre il divario di genere seguendo la prassi di riferimento UNI/PdR 125:2022 pubblicata in data 16-3-2022.			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Predisposizione deliberazione e gestione fasi del progetto sulle 6 aree di valutazione. Affidamento Servizio	2025 - 2027	CUG - SPPA Direzione Strategica Controllo di Gestione	numero lavoratori coinvolti / U.O. Pubblicazione deliberazione D.G. di affidamento servizio (indicatore triennale)

6.5 Un Piano d'azione per lo sviluppo delle pari opportunità nel ciclo della performance

Gli articoli 8 e 9 del Decreto Legislativo n. 150/2009 "*Ambiti di misurazione e valutazione della performance organizzativa*" - "*Ambiti di misurazione e valutazione della performance individuale*" introducono, per la prima volta, il principio delle pari opportunità, in una normativa di carattere generale, tra i fattori di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale delle amministrazioni. Gli Organismi indipendenti di valutazione della performance procedono alla verifica dei risultati e delle buone pratiche di promozione delle pari opportunità ai sensi del d.lgs. n. 150/2009, che, tra l'altro, collega il sistema di misurazione e valutazione della performance anche al raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità, e indica, tra i contenuti della Relazione sulla performance, il bilancio di genere. L'OIV, pertanto, è obbligato ad effettuare la ricognizione delle iniziative attuate dall'Ente, nel periodo di osservazione, in tema di pari opportunità, attività dirette a favorire la conciliazione della cura familiare e degli impegni professionali, azioni positive avviate per una cultura organizzativa di genere.

Successivamente, è la delibera CIVIT (ora ANAC) n. 22/2011 "*Indicazioni relative allo sviluppo dell'ambito delle pari opportunità nel ciclo di gestione della performance*" che determina la modalità attraverso cui sviluppare la dimensione delle "*Pari opportunità nel ciclo di gestione della performance*".

Nell'ambito del contesto organizzativo vengono individuate quattro principali dimensioni che compongono le pari opportunità: disabilità, razza ed etnia, genere, gruppo sociale.

Le Amministrazioni sono tenute ad individuare obiettivi e/o indicatori relativi alle pari opportunità, obiettivi che possono essere sviluppati in un'ottica di genere e con una prospettiva interna, quando la programmazione degli obiettivi è rivolta al personale, ovvero esterna dal momento che la programmazione degli obiettivi produce effetti verso gli utenti. Nella suddetta delibera le pari opportunità sono intese come "*…requisito di uguaglianza in termini di equità ed imparzialità*", considerato che si fondano sul paradigma di uguaglianza tra individui, senza distinzione di età, genere e orientamento sessuale, di razza, lingua, etnia o religione e di condizione sociale (disabilità).

Il piano è adottato in considerazione del fatto che gli atti e i comportamenti lesivi della dignità della persona, incluse le molestie sessuali, sono nocivi all'ambiente di lavoro e al corretto ed efficace svolgimento dell'attività dell'Azienda; possono inoltre produrre effetti deleteri sulla salute, la fiducia, e le prestazioni di coloro che ne sono oggetto. L'ASL BA sostiene il principio delle pari opportunità quale criterio fondamentale per la costruzione di un ambiente di lavoro improntato al massimo rispetto della libertà e della dignità personale, a tutela della qualità dell'ambiente di lavoro, e a protezione dei diritti fondamentali (dignità, libertà, uguaglianza) degli uomini e delle donne. A tal fine l'Azienda s'impegna:

a) a rimuovere ogni ostacolo all'attuazione di questi diritti, in modo da garantire un ambiente di lavoro in cui donne e uomini rispettino reciprocamente l'inviolabilità della persona umana;

b) a garantire a tutti coloro che operano all'interno dell'Azienda il diritto alla tutela da qualsiasi atto o comportamento che produca effetto pregiudizievole nei rapporti interpersonali e che discrimini, anche in via indiretta, in ragione del sesso, della razza o dell'origine etnica, della religione o delle convinzioni personali, degli handicap, dell'età o delle tendenze sessuali.

6.6 Un Piano d'azione per il Benessere Organizzativo

La promozione della cultura della partecipazione del personale per il raggiungimento del risultato piuttosto che la cultura dell'adempimento può rappresentare un indicatore di efficienza nelle risposte ai bisogni dei cittadini e di riduzione dei comportamenti violenti verso gli operatori socio sanitari.

Il benessere organizzativo nell'azienda può ottimizzare in modo significativo la performance individuale ed organizzativa. Il miglioramento di questa dimensione e, più in generale, la "valorizzazione delle risorse umane", può rappresentare un concreto salto di qualità nell'efficienza dell'intero sistema che necessità di "rileggere" alcune dimensioni della leadership:

- capacità emozionali
- autocontrollo e gestione dello stress, Gestione dei conflitti
- capacità relazionali
- disponibilità ai rapporti interpersonali, Lavorare in gruppo, Comunicazione verbale, Negoziazione, Gestione dei gruppi e delle riunioni, Gestione delle risorse umane, Leadership, Impostazione e conduzione del gioco di squadra, Presentazione di iniziative e opportunità
- capacità gestionali
- programmazione ed Organizzazione del proprio lavoro, Programmazione, Decisione, Controllo,

Orientamento ai risultati
- capacità Innovative
- adattabilità/flessibilità, Propensione al nuovo, Creatività, Pensiero prospettico e proattivo.

Dimensioni del Benessere

- Chiarezza degli obiettivi organizzativi (obiettivi chiari ed espliciti, coerenza tra enunciati e prassi operative).
- Circolazione delle informazioni e comunicazione intra-organizzativa circolare.
- Disponibilità all'ascolto attivo del personale.
- Innovazione tecnologica e culturale per aprirsi all'ambiente esterno e all'innovazione tecnologica e culturale.
- Relazioni interpersonali regolari in un ambiente relazionale franco, comunicativo e collaborativo e con livelli tollerabili di stress.
- Equità di trattamento e giustizia organizzativa nell'equità di trattamento, di assegnazione di responsabilità e di promozione del personale.
- Valorizzazione delle risorse umane e delle competenze dei lavoratori, promuovendo l'integrazione tra le diverse professionalità.
- Opportunità di crescita professionale favorendo il processo di responsabilizzazione e la rotazione degli incarichi.
- Creazione di un clima sereno e costruttivo, prevenendo ogni forma di discriminazione e utilizzando efficacemente tutti gli strumenti volti a rispondere alle esigenze di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti.
- Allestimento di un ambiente di lavoro salubre, confortevole e accogliente e prevenzione dei rischi professionali (Comfort dell'ambiente di lavoro).

6.7 Raggiungimento degli obiettivi e risorse necessarie

La Direzione Strategica si impegna a garantire le risorse umane e finanziarie necessarie al funzionamento del CUG e a realizzare gli obiettivi di cui al presente Piano. Data la complessità del P.A.P. e l'impatto organizzativo delle azioni previste per la compiuta realizzazione dello stesso, sarà cura del CUG promuovere intese con le Università, la Consigliera dì Parità della Città Metropolitana, della Regione Puglia, della Rete Nazionale dei CUG, i CAV, le Associazioni del Terzo Settore ecc.

6.8 Tempi di attuazione

Gli obiettivi previsti dal Piano hanno un impatto sul medio e lungo periodo ovvero nel triennio di riferimento: 2025-2027.

6.9 Monitoraggio e aggiornamento

Indispensabile nel processo avviato è il monitoraggio delle azioni positive programmate. Tale azione dovrà essere assicurata allo scopo di verificare lo stato di avanzamento delle iniziative, misurare il grado di raggiungimento dei vari risultati previsti e rilevare le eventuali criticità riscontrate in sede di attuazione.

Dovrà essere analogamente assicurato il continuo coinvolgimento degli Uffici, degli attori coinvolti nel presente piano, della Consigliera di parità, dell'OIV, nonché delle organizzazioni sindacali.

6.10 Conclusioni

Il Piano delle Azioni Positive si integra con la Risoluzione adottata dall'Assemblea Generale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite il 25 settembre 2015 "Trasformare il nostro mondo: l'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile". Infatti, appare evidente che le finalità del Piano si inseriscono negli obiettivi generali di sviluppo sostenibile (Sustainable Development Goals - SbGs):

- Obiettivo 3. Garantire una vita sana e promuovere il benessere di tutti a tutte le età
- Obiettivo 5. Raggiungere l'uguaglianza di genere
- Obiettivo 8. Promuovere una crescita economica duratura, inclusiva e sostenibile, la piena occupazione e il lavoro dignitoso per tutti
- Obiettivo 9. Costruire una infrastruttura resiliente, promuovere l'industrializzazione inclusiva e sostenibile, sostenere l'innovazione
- Obiettivo 11. Rendere le città e oli insediamenti umani inclusivi, sicuri, resilienti e sostenibili

La definizione da parte della Direzione Strategica di linee programmatiche condivise con il CUG e l'impostazione metodologica e pratica di analisi di reti, favoriranno la prosecuzione e il rafforzamento delle azioni positive attese dal Piano, anche in vista del consolidamento dei risultati ottenuti nel 2024.

In tal senso, si rileva anche una propensione delle strutture aziendali a prendere in esame proposte innovative e azioni positive da attuare in via sperimentale. Va altresì sottolineato il rilevante impegno dedicato alla specifica formazione del personale per l'acquisizione di competenze trasversali, in linea con le direttive del Ministero per la P.A.

In quanto parte di una realtà che si prende cura delle persone, siamo chiamati, tutti e tutte, a proporre alle nuove generazioni una traiettoria diversa da quella del passato, più libera da pregiudizi e stereotipi, capace di accogliere la libertà delle persone apprezzandone la singolarità e l'originalità.

Il *Gender Equality Plan* è uno strumento pensato per favorire questo cambiamento culturale, con la volontà di continuare a costruire un ambiente di apprendimento e di lavoro franco e comunicativo, in cui si percepisca equità di trattamento e assenza di situazioni discriminanti, che trasmetta a tutta la nostra comunità fiducia, senso di appartenenza, condivisione degli obiettivi, e di conseguenza possibilità di crescita per l'intera organizzazione.

Le azioni progettuali e programmatiche descritte nel documento tendono da un lato a dare continuità e coerenza a politiche già intraprese nella nostra azienda, dall'altro a immaginare, sulla scia dell'esperienza degli ultimi anni, azioni positive in grado di abbattere gli ostacoli che ancora ci separano dalla parità di genere e dalla valorizzazione delle diversità

Sezione IV – MONITORAGGIO

Il monitoraggio della performance viene attuata mediante la predisposizione di report periodici elaborati dal Controllo di gestione e pubblicati trimestralmente sulla Intranet aziendale accessibile da tutti PC collegati alla rete dell'ASL.

Tale reportistica consente di analizzare gli scostamenti tra i risultati raggiunti dalle diverse unità operative nel periodo di riferimento confrontati con quelli dell'anno precedente e, contestualmente, di verificare lo stato di avanzamento del percorso per il perseguimento degli obiettivi operativi.

Il monitoraggio intermedio, svolto dalla Struttura Tecnica Permanente con il supporto del Controllo di gestione, è propedeutico ad una coerente rimodulazione degli obiettivi, avvalendosi della facoltà riconosciuta dal legislatore all'art. 4, comma 2, lett. c), d. lgs. 150/2009, tesa a:

- aggiornare target e indicatori relativi ad obiettivi solo parzialmente inattuabili;
- stralciare dai predetti documenti programmatori gli obiettivi la cui realizzazione sia divenuta totalmente inattuabile;
- integrare i medesimi documenti di programmazione tramite l'inserimento di nuovi obiettivi, azioni ed attività che le articolazioni aziendali sono state chiamate a garantire nel corso dell'anno.

Infine la Relazione sulla performance, quale strumento di monitoraggio e rendicontazione finale, costituisce lo strumento mediante il quale l'Azienda illustra ai cittadini e a tutti gli altri stakeholder interni ed esterni i risultati ottenuti nel corso dell'esercizio di riferimento, concludendo in tal modo il Ciclo della Performance. Il documento si propone, perciò, lo scopo di fornire puntuali elementi di valutazione in ordine all'andamento della gestione aziendale, con riferimento alle dinamiche economiche e funzionali 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 dell'esercizio.

Per quanto attiene l'ambito dei "Rischi corruttivi e trasparenza" la Relazione annuale del Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza, redatta in base alle indicazioni di ANAC, rappresenta uno strumento di monitoraggio dell'efficacia delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza attuate dall'Azienda.

Le ulteriori attività di monitoraggio relative alle misure di prevenzione della corruzione e a quelle della trasparenza, così come quelle relative all'organizzazione del Lavoro Agile, sono riportate nelle rispettive Sezioni riferite ai "Rischi corruttivi e trasparenza" e "Organizzazione e capitale umano".

ALLEGATI

Al presente P.I.A.O. vengono allegate le seguenti tabelle:

1. Tabella misure anticorruzione

2. Tabella obblighi di pubblicazione