

REGIONE PUGLIA



**AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
CONSORZIALE POLICLINICO
BARI**



**Piano Integrato di Attività e Or-
ganizzazione 2023-2025**

SOMMARIO

1. L'amministrazione in cifre	5
L'AMMINISTRAZIONE IN CIFRE.....	5
<i>I principali dati relativi alle prestazioni erogate</i>	6
2. SEZIONE - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	9
2.1 Sottosezione Valore Pubblico.....	9
2.1.1 Mission e Vision	9
2.1.2 Percorso sulla trasformazione digitale	12
2.2 Sottosezione Performance	16
Capacità di governo della domanda.....	19
Appropriatezza e qualità dell'assistenza	19
Aspetti economico-finanziari e di controllo di gestione.....	20
Assistenza farmaceutica.....	21
Accreditamento strutture pubbliche.....	21
Sanità digitale.....	22
Investimenti strutturali	22
DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI.....	24
LE FASI, I TEMPI E GLI ATTORI.....	29
2.3.1 I soggetti coinvolti nel sistema di prevenzione della corruzione.....	30
2.3.1.1 L'RPCT dell'AOU Consorziale Policlinico di Bari	30
2.3.2 Referenti per la Prevenzione della Corruzione.....	31
2.3.2.1 Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) ...	32
2.3.3 Analisi del contesto	32
2.3.3.1 Contesto Esterno.....	32
2.3.3.2 Contesto Interno.....	33
2.3.3.3 Valutazione di impatto del contesto interno ed esterno.....	34
2.3.4 Mappatura dei processi	35
2.3.4.1 La valutazione del rischio	36
2.3.4.2 Aree di Rischio in sanità.....	38

2.3.4.2.1	Attività libero professionale e liste di attesa.....	38
2.3.4.2.2	Sperimentazioni cliniche.....	40
2.3.4.2.3	Percorso salme	40
2.3.4.2.4	I comodato d'uso e la valutazione di prova	41
2.3.5	Personale (dipendenti, collaboratori, consulenti, etc..)	42
2.3.5.1	Il codice di comportamento	42
2.3.5.3	Pantouflage.....	44
2.3.5.4	Wistleblowing	45
2.3.5.5	Rotazione del personale	46
2.3.6	Formazione	47
2.3.7	Trasparenza.....	47
2.3.7.1	I Responsabili delle pubblicazioni e i redattori.....	48
2.3.8	L'accesso civico e l'accesso documentale	49
2.3.9	I Regolamenti aziendali.....	50
3.	SEZIONE - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	51
3.1	Sottosezione Struttura Organizzativa	51
3.2	Sottosezione Organizzazione del Lavoro Agile (POLA)	52
	LIVELLO DI ATTUAZIONE DEL LAVORO AGILE	53
	MODALITÀ ATTUATIVE	55
	SOGGETTI, PROCESSI E STRUMENTI DEL LAVORO AGILE	59
	PROGRAMMA DI SVILUPPO DEL LAVORO AGILE	60
3.3	Sottosezione Piano Triennale dei fabbisogni di personale	70
4.	SEZIONE - MONITORAGGIO.....	78
4.1	Monitoraggio del Valore pubblico e della performance.....	78
4.2	Monitoraggio dei rischi corruttivi.....	79
4.3	Monitoraggio della Trasparenza	79

Premessa

L'anno 2023 rappresenta un momento di ripartenza della governance aziendale dopo un triennio caratterizzato dalla straordinarietà dell'evento pandemico determinato dalla diffusione di un nuovo virus denominato SARS-Cov-2 e dalla correlata patologia denominata CoVid-19.

Questo evento imprevedibile ha modificato significativamente l'offerta sanitaria richiedendo importanti adattamenti nell'assetto organizzativo delle Aziende sanitarie che hanno fortemente impattato sulla gestione delle risorse economiche e finanziarie e sui sistemi produttivi aziendali.

Nel corso di questo periodo, ed in particolare nel biennio 2020-2021, l'Azienda ha posto in essere importanti investimenti in termini di attivazione di nuove strutture dedicate all'emergenza sanitaria e, quindi, alla presa in carico ed alla cura dei pazienti affetti da Covid.

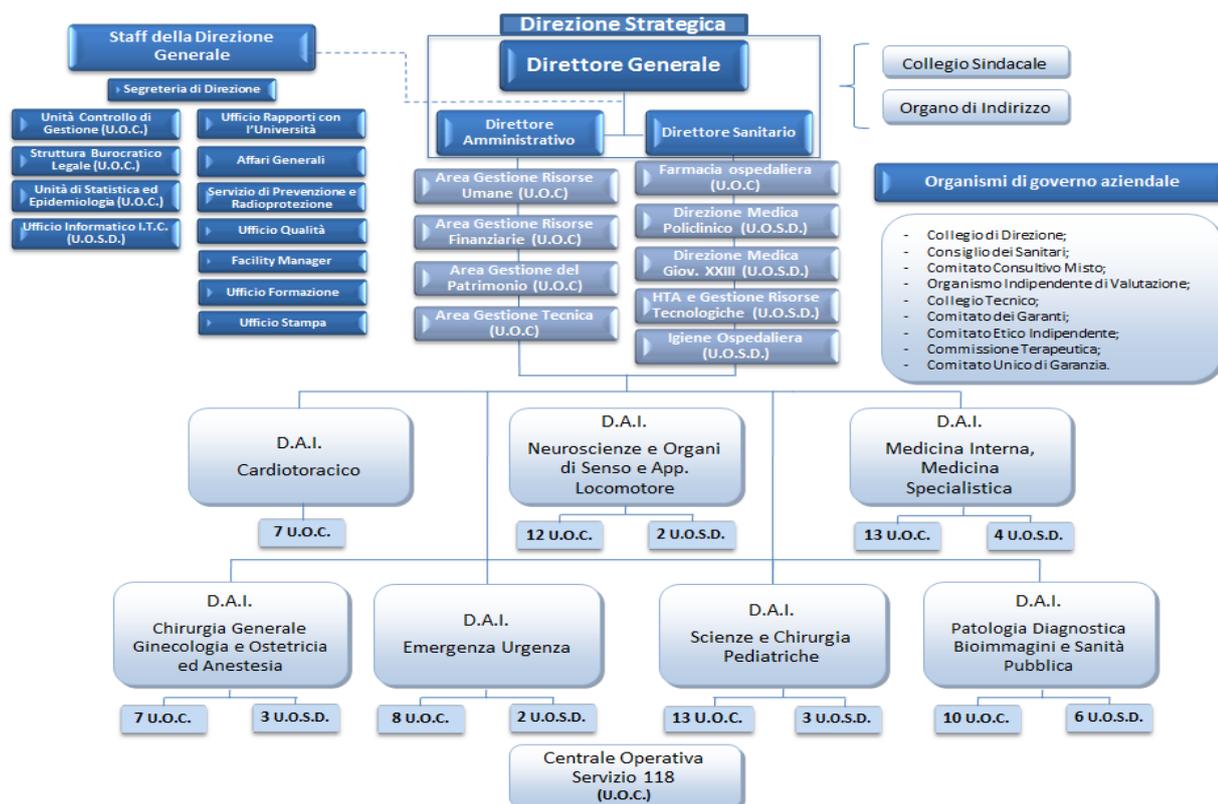
L'apertura del nuovo Presidio delle Maxi-Emergenze, nel mese di marzo 2021, la contestuale attivazione di una struttura "campale", all'interno dello stabilimento Policlinico di Bari, a supporto del servizio di Medicina d'accettazione ed urgenza, per l'osservazione breve subintensiva dei malati di CoVid, le numerose assunzioni di personale, in particolare medico e infermieristico, per garantire l'ottimale funzionamento dei reparti e dei servizi dediti all'emergenza, ma anche all'assistenza ordinaria, hanno comportato un notevole impiego di risorse con un inevitabile riflesso negativo sull'equilibrio economico del bilancio aziendale.

Con l'attenuazione dell'ondata pandemica, grazie anche agli effetti della massiccia campagna vaccinale condotta a livello nazionale, la gestione delle attività sanitarie è stata ricondotta a livelli di ordinarietà. Nel corso del 2022 sono state disattivate le strutture emergenziali, pur senza abbassare i livelli di guardia, e le risorse disponibili sono state impiegate per far fronte alle "ordinarie" richieste di salute della popolazione ed al recupero delle liste d'attesa, ambulatoriali e chirurgiche, che nel frattempo si erano inevitabilmente allungate.

Pertanto, con riferimento al triennio preso in considerazione nel presente documento, la strategia aziendale sarà particolarmente orientata ad obiettivi di ripresa ed incremento dei livelli produttivi, sia per fornire un'adeguata risposta alla domanda di servizi sanitari, sia per tendere al riequilibrio della gestione economica. Resta ferma l'attenzione ai livelli di appropriatezza e qualità dell'offerta, ed ai processi gestionali, clinici ed amministrativi, per garantire un'amministrazione sempre più al servizio del cittadino-utente.

1. L'amministrazione in cifre

Al momento della predisposizione del presente documento, la struttura operativa si presenta articolata su 7 Dipartimenti, 79 Unità Operative Complesse (71 di area clinica e 8 di area amministrativa), 25 Unità Operative Semplici a valenza Dipartimentale, effettivamente attivate (24 di area clinica, 1 di area amministrativa). L'organizzazione è rappresentata nel seguente organigramma:



L'AMMINISTRAZIONE IN CIFRE

Si riporta di seguito una sintesi dei principali dati di struttura e di attività che hanno caratterizzato la gestione dell'A.O.U. Consorziale Policlinico di Bari nell'anno 2022, confrontati con l'anno precedente.

Si fa presente che i dati riportati possono essere suscettibili di variazione in quanto non ancora consolidati.

I principali dati relativi alle prestazioni erogate

L'Azienda, nel corso dell'anno 2022 ha fornito assistenza sanitaria, avvalendosi complessivamente, in media, di n. 1.013 posti letto (- 14 p.l. rispetto al 2021) articolati sui tre plessi, di cui 69 dedicati ai day hospital.

I principali dati ed indicatori di produzione dei servizi erogati dall'Azienda nel corso del 2022, sia in regime di ricovero, sia in regime ambulatoriale, raffrontati con il 2021, sono di seguito riportati:

	Azienda 2022*			Azienda 2021			Diff. Azienda '22/'21			
	Ricoveri ordinari	Ricoveri d.h.	Totale	Ricoveri ordinari	Ricoveri d.h.	Totale	Ricoveri ordinari	Ricoveri d.h.	Totale	
Posti letto medi	944,9	68,7	1.013,6	959,0	68,9	1.027,9	-14,1	-0,2	-14,3	
Ricoveri (*)	n.ro	35.114	7.408	42.522	33.682	6.911	40.593	1.432	497	1.929
Peso medio		1,3228	0,8904		1,3950	0,9096		-0,0722	-0,0192	
gg di deg. / n. accessi medici	n.ro	283.297	12.864	296.161	273.692	12.601	286.293	9.605	263	9.868
deg. media / accessi medi	n.ro	8,7	2,2		8,1	2,2		0,6	-0,0	
DRGs chir. / DRGs totali	%	43,1	21,4		43,1	18,1		0,1	3,2	
Utilizzo p.l.	%	82,1			78,2			4,0		
Prestaz. amb.li	n.ro			1.693.675			1.690.467			3.208
Day Service	n.ro			64.825			54.431			10.394

**dati suscettibili di variazione*

Nel confronto con l'anno precedente i dati relativi ai ricoveri si mostrano sostanzialmente sovrapponibili ai volumi dell'anno precedente. Nettamente in incremento si presentano, invece, quelli relativi all'attività ambulatoriale, in particolar modo quelli relativi ai day service (+ 19%).

Tra gli altri indicatori di produzione si nota un incremento, seppur lieve, del tasso di occupazione dei posti letto dedicati ai ricoveri ordinari.

I ricoveri erogati in regime ordinario, raggruppati per categoria diagnostica (Major Diagnostic Category), sono riportati di seguito:

Descrizione MDC	2022 (*)	2021	2020	2019
MDC 1 - MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	1.844	2.255	2.033	2.674
MDC 2 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'OCCHIO	447	568	591	923
MDC 3 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'ORECCHIO, DEL NASO, DELLA BOCCA E DELLA GOLA	1.166	993	1.062	1.468
MDC 4 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'APPARATO RESPIRATORIO	2.695	3.783	3.451	3.444
MDC 5 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO	2.954	3.128	2.684	3.700
MDC 6 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	2.873	2.889	2.629	4.013
MDC 7 - MALATTIE E DISTURBI EPATOBILIARI E DEL PANCREAS	1.275	1.365	1.320	2.191
MDC 8 - MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	2.986	2.991	2.564	3.326
MDC 9 - MALATTIE E DISTURBI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTO-CUTENEO E DELLA MAMMELLA	998	1.066	915	1.253
MDC 10 - MALATTIE E DISTURBI ENDOCRINI, NUTRIZIONALI E METABOLICI	1.149	1.104	886	1.688
MDC 11 - MALATTIE E DISTURBI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE	2.610	2.448	2.332	3.071
MDC 12 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	1.211	1.086	1.030	1.555
MDC 13 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	821	822	725	1.278
MDC 14 - GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	1.353	1.972	1.973	2.424
MDC 15 - MALATTIE E DISTURBI DEL PERIODO NEONATALE	1.834	1.822	1.723	1.721
MDC 16 - MALATTIE E DISTURBI DEL SANGUE, DEGLI ORGANI EMOPOIETICI E DEL SISTEMA IMMUNITARIO	433	489	522	651
MDC 17 - MALATTIE E DISTURBI MIELOPROLIFERATIVI E NEOPLASIE SCARSAMENTE DIFFERENZIATE	1.013	978	883	895
MDC 18 - MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE (SISTEMICHE O DI SEDI NON SPECIFICATE)	1.764	1.246	1.326	1.241
MDC 19 - MALATTIE E DISTURBI MENTALI	846	881	805	1.114
MDC 20 - ABUSO DI ALCOL/DROGHE E DISTURBI MENTALI ORGANICI INDOTTI	51	39	50	39
MDC 21 - TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI	305	423	410	511
MDC 22 - USTIONI	113	120	67	86
MDC 23 - FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE ED IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI	945	399	336	415
MDC 24 - TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	65	77	73	114
MDC 25 - INFEZIONI DA H.I.V.	22	12	24	27
DRG NON CLASSIFICATI	604	726	518	580
TOTALE	32.377	33.682	30.932	40.402

**dati suscettibili di variazione*

Per quanto attiene l'attività ambulatoriale, il dettaglio per macro-categoria delle prestazioni erogate evidenzia che l'incremento rilevato interessa tutte le voci rappresentate nella seguente tabella:

		Azienda			
		2022	2021	Diff.	Diff. %
Visite specialistiche	n.ro	363.013	324.805	38.208	11,8
Diagn. per immagini	n.ro	90.426	88.170	2.256	2,6
Prestaz. di laboratorio	n.ro	1.014.611	1.081.872	-67.261	-6,2
Altre prestazioni	n.ro	225.625	195.620	30.005	15,3
TOTALE	n.ro	1.693.675	1.690.467	3.208	0,2

I dati di attività relativi ai nostri servizi di Pronto Soccorso nel 2022, suddivisi per struttura e per codice triage, sono di seguito riportati:

PRONTO SOCCORSO	Codice triage	2022	2021
P.S. - STABILIMENTO POLICLINICO	BIANCO - NON URGENZA	2.976	2.126
	VERDE - URGENZA MINORE	34.937	29.344
	AZZURRO - URGENZA DIFFERIBILE	7.283	7.432
	ARANCIONE - URGENZA	8.142	8.408
	ROSSO - EMERGENZA	761	851
	NERO - DECEDUTO	238	261
	NON RILEVATO	53	70
	Totale	54.390	48.492
P.S. - STABILIMENTO GIOVANNI XXIII	BIANCO - NON URGENZA	4.570	3.398
	VERDE - URGENZA MINORE	18.878	16.217
	AZZURRO - URGENZA DIFFERIBILE	464	328
	ARANCIONE - URGENZA	66	90
	ROSSO - EMERGENZA	8	5
	NERO - DECEDUTO	0	2
	NON RILEVATO	8	8
	Totale	23.994	20.048
P.S. OCULISTICO	BIANCO - NON URGENZA	4.467	3.566
	VERDE - URGENZA MINORE	7.854	7.198
	AZZURRO - URGENZA DIFFERIBILE	244	205
	ARANCIONE - URGENZA	434	467
	ROSSO - EMERGENZA	1	0
	NON RILEVATO	10	5
Totale	13.010	11.441	
P.S. OSTETRICIA E GINECOLOGIA	BIANCO - NON URGENZA	130	89
	VERDE - URGENZA MINORE	5.970	5.521
	AZZURRO - URGENZA DIFFERIBILE	158	69
	ARANCIONE - URGENZA	41	81
	ROSSO - EMERGENZA	4	0
	NON RILEVATO	2	5
Totale	6.305	5.765	
Totale complessivo		97.699	85.746

Il numero di accessi presso i Pronto Soccorso aziendale si presentano in incremento per tutte le strutture, a sottolineare il maggior ricorso degli utenti che, evidentemente, ricorrono alle nostre strutture delle Medicina d'urgenza che sopperiscono alle carenze di assistenza di tale tipologia sul territorio.

Per quanto riguarda, in ultimo, l'attività trapiantologica, si rileva il continuo incremento dei trapianti d'organo, per effetto del crescente numero di donatori e per il livello di eccellenza che in tale campo vede la nostra Azienda primeggiare.

DESCRIZIONE	2022	2021	2020	2019
Trapianti di fegato	30	38	20	24
Trapianti di rene	81	76	59	73
Trapianti di cuore	25	9	6	6
TOTALE	136	123	85	103

2. SEZIONE - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Sottosezione Valore Pubblico

2.1.1 Mission e Vision

La mission

L'Azienda Ospedaliero Universitaria (di seguito AOU) ha personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, gestionale, patrimoniale e contabile e persegue, garantendone la complementarietà e l'integrazione, finalità di assistenza, cura, formazione e ricerca.

L'Azienda assume, per la sua specificità, la funzione di supporto primario per le attività didattiche e scientifiche proprie della Scuola/Facoltà di Medicina e dei Dipartimenti Universitari ad essa afferenti nell'ambito della collaborazione fra S.S.R. ed Università ai sensi del D.lgs. n. 517/1999.

La missione dell'AOU, pertanto, consiste nello svolgimento integrato delle funzioni di assistenza, didattiche e ricerca, in modo tale da:

garantire elevati standard di assistenza sanitaria, anche multidisciplinare, nelle strutture pubbliche;

assicurare lo svolgimento delle attività didattiche e di ricerca biomedica e sanitaria di tipo clinico e traslazionale, contribuendo all'introduzione di nuovi farmaci, tecnologie e strategie scientifiche preventive;

favorire lo sviluppo della cultura e metodologia clinica degli operatori sanitari;

valorizzare le funzioni e le attività del personale universitario e ospedaliero, armonizzando le due componenti.

La collaborazione fra SSR ed Università all'interno dell'AOU deve svilupparsi in modo da garantire il raggiungimento di obiettivi di qualità, efficienza, efficacia, economicità ed appropriatezza del Servizio Sanitario, da perseguire attraverso una programmazione concertata degli obiettivi e delle risorse, in funzione delle attività didattiche e di ricerca.

In tale ottica l'Azienda intende proporsi quale centro di eccellenza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, nonché punto di riferimento per la promozione e per la produzione delle attività formative, didattiche e scientifiche.

L'Azienda riconosce la centralità del paziente e dell'utente, quale titolare del diritto alla salute, nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi stessi. A tal fine assicura la partecipazione dell'utente tramite le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti, alle fasi di programmazione delle attività, valutazione della qualità dei servizi e tutela dei diritti degli utenti.

La vision

La visione strategica dell'Azienda è improntata alla ricerca del miglioramento continuo della propria offerta di salute e al rispetto dei bisogni delle persone.

La governance aziendale si basa su regole ed azioni orientate al consolidamento di una struttura organizzativa capace di garantire efficienza, efficacia, economicità e qualità, ed è orientata all'osservanza dei seguenti principi fondamentali:

Centralità dell'utente ed equità di accesso

Ogni cittadino ha uguali diritti riguardo l'accesso e la fruizione dei servizi sanitari, ed è compito dell'Azienda rimuovere quegli ostacoli che ne impediscono di fatto la distribuzione equa. La funzione pubblica di tutela della salute e di orientamento al servizio, è svolta in ossequio al principio di libera scelta del cittadino ed è finalizzata a migliorare la fruibilità dei servizi e l'accessibilità alle strutture, anche attraverso l'integrazione tra Aziende Sanitarie. Nel rispetto dell'universalità del principio di uguaglianza, l'Azienda riserva particolare attenzione alla presa in carico ed all'assistenza dei soggetti fragili.

Partecipazione e valorizzazione delle risorse umane

Tutte le persone che lavorano per e con l'organizzazione assumono lo stesso valore in quanto portatori di diritti e di doveri e il loro apporto professionale diventa imprescindibile nel perseguire e realizzare gli obiettivi. La ricerca di un clima organizzativo favorevole si attua quotidianamente attraverso la promozione e lo sviluppo continuo di nuove conoscenze e competenze, il coinvolgimento di tutti gli operatori alla definizione dei risultati da traguardare, la creazione di un sistema di relazioni sindacali orientato alla difesa dei diritti degli operatori, all'affermazione e al rispetto dei valori dell'organizzazione.

Sostenibilità economica

L'Azienda attua le proprie scelte valutandone a priori la sostenibilità economica, ma nel contempo salvaguardando la tutela dei Livelli Essenziali di Assistenza. Le esigenze di sviluppo e innovazione del sistema complessivo aziendale sono attuate previa verifica della compatibilità con le risorse economiche e finanziarie disponibili. Nel contesto contemporaneo il Servizio sanitario è chiamato a sviluppare servizi assistenziali di qualità elevata a costi sempre più bassi, per rispondere alle crescenti attese della popolazione. In tal senso l'Azienda persegue l'obiettivo di azzerare sprechi e diseconomie, indirizzando le risorse economiche verso quegli investimenti in grado di produrre reali benefici in termini di salute.

Formazione, innovazione e ricerca

L'Azienda ricerca il miglioramento continuo della qualità assistenziale garantendo la crescita professionale e organizzativa attraverso la formazione continua, in quanto strumento che consente di adeguare conoscenze, competenze e abilità, e l'integrazione tra assistenza e ricerca, mediante la stretta interazione con la Facoltà di Medicina dell'Università di Bari. Essa favorisce l'implementazione delle tecnologie più innovative introdotte in campo medico in modo da creare le condizioni ottimali per garantire una formazione specialistica del proprio personale, con una ricaduta positiva sull'efficacia dell'assistenza offerta.

Perseguimento dell'eccellenza

L'azienda sostiene le azioni volte al perseguimento dell'obiettivo dell'eccellenza, anche attraverso la partecipazione a reti regionali e sovraregionali nell'ambito della ricerca e dell'assistenza.

Da questo punto di vista l'AOU Policlinico di Bari si propone come centro di riferimento per la diagnosi e cura di malattie di elevata complessità, coprendo un ampio bacino di utenza che si estende oltre il confine regionale.

L'organizzazione

L'organizzazione aziendale, fondata su criteri di multidisciplinarietà, si propone lo scopo del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, della didattica e della ricerca mediante l'integrazione ed l'interazione delle professionalità, contemplando altresì l'esigenza di ottimizzare le risorse nell'ottica del loro utilizzo improntato ai principi dell'efficacia e dell'efficienza.

L'Azienda adotta il modello dipartimentale quale strumento utile ad assicurare l'esercizio integrato delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca.

Il Dipartimento ad Attività Integrata (D.A.I.) rappresenta l'elemento costitutivo dell'organizzazione aziendale Ospedaliero – Universitaria ed è volto ad assicurare la gestione integrata delle funzioni assistenziali, di didattica e di ricerca attraverso una composizione coerente tra attività assistenziali e settori scientifico – disciplinari ed una gestione unitaria delle risorse economiche, strumentali ed umane.

Il Dipartimento aggrega Strutture complesse, Strutture semplici, strutture semplici a valenza dipartimentale che contribuiscono allo svolgimento dei processi aziendali per i quali è necessaria una forte integrazione tra le diverse unità componenti, assicurando la coerenza tra attività assistenziali e settori scientifico disciplinari in cui si articola l'attività di didattica e di ricerca. I D.A.I. possono essere organizzati per area funzionale, per finalità assistenziale o per gruppi di patologie, organi o apparati.

I D.A.I. sono individuati in sede di programmazione concordata tra l'Azienda Ospedaliera Universitaria e l'Università degli Studi di Bari. L'istituzione, la modifica nonché la costituzione e l'assetto dei D.A.I. sono deliberati dal Direttore Generale, d'intesa con il Rettore, in attuazione delle previsioni del PSR, nei limiti dei volumi e delle tipologie della produzione annua assistenziale prevista, nonché delle disponibilità di bilancio, ex art. 3, co. 6, del D.lgs. 517/1999.

2.1.2 Percorso sulla trasformazione digitale

Negli ultimi 5 anni, all'interno dell'AOU Consorziale Policlinico di Bari, si è provveduto all'informatizzazione dei più importanti processi aziendali. Infatti l'AOUC Policlinico di Bari realizza il proprio business attraverso l'esecuzione di un insieme di processi interconnessi tra loro. Considerata la complessità dei processi aziendali il supporto di un sistema informatico che ogni utente nello svolgimento delle sue mansioni ha permesso e permette di:

- aumentare la produttività e contenere i costi, riducendo i tempi necessari alla comprensione e all'apprendimento delle attività da svolgere;
- aumentare la qualità, riducendo le possibilità di errori dovuti a dimenticanze ed errate interpretazioni;
- aumentare la competenza, garantendo uno scambio costante di informazioni attraverso meccanismi automatici di distribuzione.

È nel solco di questa evoluzione che l'AOUC Policlinico di Bari ha intrapreso negli ultimi anni un percorso di trasformazione digitale della propria infrastruttura. In particolare le procedure da semplificare e reingegnerizzare, secondo le misure previste dall'Agenda Semplificazione e, per gli enti interessati dall'Agenda Digitale, secondo gli obiettivi di digitalizzazione hanno riguardato gli ambiti:

- Infrastruttura tecnologica
- Area Sanitaria
- Area Amministrativa

Per la componente infrastrutturale si evidenziano le principali linee di intervento:

- Rete: Cablaggio in rame è di Cat.5e, i nuovi padiglioni e interventi puntuali vengono fatti con il cavo a Cat.6 che in entrambi i casi ci permette di attivare le PDL a 1000 Mbps. Ogni padiglione ha un centro stella di edificio collegato al centro stella di Asclepios con una fibra a 10Gb, inoltre lo stesso padiglione è collegato ad altro apparato di centro stella di backup situato in Pediatria con fibra a 1Gb. Tutti i piani di ogni padiglione sono collegati in fibra a 1Gb con il centro stella di edificio.

- Il data center ICT è collegato al centro stella di Asclepios con fibra a 20Gb come anche il data center di Backup Asclepios. Inoltre i Data Center sono anche collegati in real time da una dark fiber.
- Abbiamo in entrambi i centri stella principali anche gli apparati firewall per la gestione del traffico interno ed esterno oltre agli apparati di Web Application, tutto in ridondanza.
- Adeguamento di tutte le 2700 postazioni di lavoro agli standard di Windows versione 10,
- Wifi in –door e out – door per tutti i reparti e uffici oltre che per il campus universitario: sono installate oltre 1100 antenne Wifi che gestiscono l’accesso registrato ad Internet gratuito oltre a dare una funzionalità a molti dispositivi sulla INTRANET aziendale.,
- Processo di trasferimento degli attuali server presenti presso i datacenter aziendali vs datacenter in cloud regionali ,
- E’ stato realizzato ed è operativo il sistema VOIP per la telefonia vhr gestisce attualmente oltre 2200 telefoni Avaya con varie funzioni e ridondanza. Le stesse PDL in cascata sono collegabili a 1000 Mbps,
- Collegamento in larga banda: sia il Policlinico che l’Ospedale Giovanni XXIII è collegato in Larga banda Regionale

Con i fondi PNRR Missione 6 Salute nei prossimi anni prevediamo di :

- Approvvigionamento software di gestione e monitoraggio Access Point e Switch. Attivazione di sistemi NAC: sistema di sicurezza nato per il controllo degli accessi a una rete locale nonché utilizzabile anche per segmentare la rete o per automatizzare il riconoscimento e il tracciamento dei dispositivi che vogliono connettersi a una LAN. Grazie alla gestione delle policy, ad esempio, è possibile bloccare l’accesso alla rete di dispositivi non sicuri. I NAC di ultima generazione, infatti, permettono il controllo dello stato di sicurezza degli endpoint, che consente di scoprire quali sono i dispositivi infetti o non sicuri. L’integrazione con altri strumenti di sicurezza – come antivirus e antimalware – consente ai NAC di offrire livelli di sicurezza ancora più elevati.
- Sistema di rilevazione RFID per la tracciabilità dei pazienti all'interno dei blocchi operatori
- Sistema di rilevazione RFID per la tracciabilità dei farmaci al alto costo e delle protesi con l'utilizzo di armadi intelligenti
- Sistema di rilevazione RFID per la tracciabilità dei apparecchi elettromedicali mobili
- Attivazione di servizi Servizi di Cybersicurezza attraverso Sviluppo integrazioni, Servizi Configurazione, Assistenza progettuale e formazione al personale ICT

Area sanitaria

Per la componente software :

- completa informatizzazione per i n°6 laboratori di patologia clinica con sistema informatizzato LIS
- completa informatizzazione di tutti i reparti dei processi di ADT, Order Entry
- Completa integrazione dei processi intra-ospedalieri con i sistemi extra-ospedalieri (Edotto, EdottoPS, SIST, ect)
- Completa informatizzazione dei processi di sala operatoria
- Completa informatizzazione dei processi di diagnostica per immagine RIS/PACS previsti nel nuovo sistema regionale SIRDImm
- Completa informatizzazione del processo di medicina trasfusionale da migrare prossimamente sul nuovo sistema regionale
- Completa informatizzazione per il processo di prescrizione ambulatoriale (100% ricette dematerializzate)
- Conclusione del collaudo funzionale per la Cartella Clinica Elettronica “orizzontale”, Cartella Clinica Elettronica Ambulatoriale, Cartella Elettronica Infermieristica
- Completa integrazione con il progetto regionale SIRAP per L’Anatomia Patologica
- Progettazione, realizzazione, attivazione e gestione del progetto Regionale di Telecardiologia Regionale

Con i fondi PNRR Missione 6 Salute nei prossimi anni prevediamo di operare :

- Messa in produzione e avvio presso tutti i reparti/ambulatori della Cartella Clinica Elettronica “orizzontale”, Cartella Clinica Elettronica Ambulatoriale, Cartella Elettronica Infermieristica.
- Progettazione e sviluppo e successiva messa in produzione ed avvio di Cartelle Cliniche “Verticali” per tutti i reparti
- Acquisto e utilizzo di Carrelli informatizzati da distribuire nelle varie UU.OO per l'uso della CCE
- Adeguamento alle Linee Guida di attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico – FSE (pubblicate in Gazzetta Ufficiale a luglio 2022) nelle quali si definiscono la strategia per le iniziative di evoluzione del FSE in termini di servizi di sanità digitale omogenei e uniformi; archi-

tettura rafforzata ai fini dell'interoperabilità del FSE; uniformità dei contenuti in termini di dati e codifiche; potenziamento della governance nell'attuazione del FSE.

- Adeguamento alle Linee Guida per i servizi di Telemedicina (pubblicate in Gazzetta Ufficiale a novembre 2022) che costituiscono le regole di riferimento – dopo anni di indicazioni, suggerimenti e progetti pilota – rispetto ai servizi minimi di Telemedicina che dovranno essere garantiti a livello regionale: Televisita, Teleconsulto, Telemonitoraggio e Teleassistenza.
- Attivazione delle Gare strategiche per la Sanità Digitale nell'ambito del nuovo “Piano Triennale per l'informatica nella PA”, bandite da Consip: prima gara dedicata ai Sistemi informativi clinico-assistenziali in termini di telemedicina e cartella clinica elettronica (attiva da inizio 2022), seconda gara dedicata ai Sistemi informativi sanitari e Servizi al cittadino (attivata a dicembre 2022), terza gara dedicata ai Sistemi Informativi Gestionali (di cui è in corso di completamento l'aggiudicazione).

La prima, e più importante, scelta è stata quella di dotare la struttura di un sistema informativo di gestione che ha lo scopo di integrare tutte i processi aziendali, ovvero di un ERP (Enterprise Resource planning) sanitario.

I sistemi ERP sanitari moderni, non sono più monolitici, ma sono in grado di integrare, in una architettura fluida e coordinata, sistemi diversi, offrendo una piattaforma in grado di offrire strumenti per progettare, modificare continuamente, coordinare e monitorare tutti i processi e quindi, in ultima analisi, il percorso specifico dei pazienti.

Il sistema ERP coordina il flusso di dati tra i processi sanitari ed amministrativi dell'Azienda superando i sistemi organizzati in silos e dimostrandosi un'evoluzione importante nella capacità di progettare i clinical pathways personalizzati dei pazienti e, allo stesso tempo, di monitorare in tempo reale l'efficienza e la sostenibilità economica.

La scelta risponde, in estrema sintesi, alla logica di poter gestire, con una regia unica la progettazione dei servizi aziendali intorno alle esigenze del paziente, collegando i molteplici processi legati alle prestazioni sanitarie con quelli finanziari, della catena di approvvigionamento, delle operations, del controllo di gestione e delle risorse umane.

Il modello di ERP adottato può essere sintetizzato nella figura seguente: intorno ai dati del paziente, la piattaforma offre le funzioni di programmazione dei percorsi di cura in un ambiente caratterizzato dall'integrazione con sistemi informativi specialistici di varia natura, sia intra-aziendali che esterni.

Esiste un aspetto tecnico interessante di questo cambio di paradigma, che vede una crescita della possibilità di personalizzazioni low-code (Low-Code Development Platform – LCDP), per venire incontro alle esigenze evolutive aziendali, e sposta sui sistemi di integrazione dei dati gran parte della complessità.

A prescindere dalle scelte implementative nei singoli settori di produzione ambulatoriale e di ricovero, infatti, il primo e più importante sforzo aziendale è nella riprogettazione e nella unificazione dei sistemi di agende e codifica che governano l'erogazione di tutte le prestazioni erogate.

Rilevante è ovviamente il cambio organizzativo che sarà necessario per questa riorganizzazione che “sposta” la regia delle prestazioni al di fuori delle unità organizzative, verso un modello di “value based healthcare”.

Un secondo aspetto da sottolineare, fra i benefici di questa architettura, è la possibilità di integrare applicazioni di “mobile health” che consentono di estendere il processo di cura all'esterno delle mura ospedaliere, di sovrapporre percorsi di prevenzione personalizzati e più efficaci e, ovviamente, di integrarsi con altre strutture di assistenza sanitaria. Inoltre, in tal modo, il paziente diventa un utilizzatore attivo del sistema informativo ospedaliero e attraverso strumenti dedicati, interagisce con esso, in un percorso in cui l'attività clinica è erogata sia in presenza che con strumenti digitali. L'integrazione attiva di ecosistemi sanitari informativi differenti, su più livelli intra-aziendali e fra aziende differenti, è, senza dubbio, uno dei principali capisaldi necessari al funzionamento modello “connected care”.

Area Amministrativa

- Avvio in produzione dei processi amministrativi/contabili : progetto MOSS regionale
- Sistemi sw e hw per ottemperare a quanto previsto dal GDPR
- Gestione dei processi documentali (workflow, protocollo informatizzato, atti amministrativi , fascicolo del personale ect) con relativo adeguamento alle prescrizioni AGID

2.2 Sottosezione Performance

Il ciclo della performance si può definire come l'insieme di azioni tra esse integrate che consentono di realizzare il processo di programmazione e controllo strategico aziendale.



Le fasi attraverso cui si articola il ciclo della performance sono di seguito elencate:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi da raggiungere;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio degli obiettivi intermedi e eventuale attivazione di interventi correttivi;
- d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e) utilizzo dei sistemi premianti;
- f) rendicontazione dei risultati.

Le linee strategiche sono formulate nel rispetto dei vincoli di bilancio tenuto conto della *mission* aziendale e della programmazione regionale. Le politiche e le strategie aziendali vengono successivamente declinate in obiettivi operativi assegnati alle strutture che rappresentano l'articolazione organizzativa con il processo di budgeting e attraverso la produzione di adeguata reportistica viene monitorato l'andamento della gestione rispetto agli obiettivi prefissati.

La rappresentazione grafica delle aree strategiche, degli obiettivi strategici in cui esse si declinano e dei piani operativi (che individuano obiettivi operativi, azioni e risorse) avviene attraverso "l'albero della performance", così come previsto dalla delibera n. 112/2010 ("Struttura e modalità di redazione del Piano della performance"), approvata dalla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche.

Secondo la definizione che ne dà la delibera n. 1/2012, approvata dalla medesima Commissione, *"l'albero della performance costituisce una delle componenti più importanti ai fini di un'efficace comunicazione dei contenuti del documento, in quanto in esso si sintetizzano graficamente i*

principali elementi che rendono intellegibili la performance attesa dell'amministrazione, a partire dal mandato istituzionale e dalla missione fino agli obiettivi strategici e operativi".

Come previsto dalla stessa delibera, poiché la complessità di tutti gli elementi che dovrebbero comporre l'albero non consente un'unica rappresentazione grafica, questi saranno rappresentati in sezioni distinte a partire dal paragrafo n. 7.

LE AREE STRATEGICHE AZIENDALI PER IL TRIENNIO 2023-2025

Come già premesso, superata la crisi pandemica, l'azione di governo dell'Azienda è principalmente orientata al ripristino delle attività produttive ed al recupero tendenziale dell'equilibrio economico.

La garanzia degli standard assistenziali, in termini di volumi, appropriatezza e qualità delle cure, il controllo delle principali voci di spesa, l'efficientamento dei processi aziendali e il monitoraggio delle relative aree di rischio corruttivo, sono alla base della definizione delle Aree Strategiche di intervento e dei correlati obiettivi operativi sulla base dei quali sarà misurata la performance organizzativa delle unità operative aziendali per l'anno 2023. Esse sono di seguito elencate:

- CAPACITÀ DI GOVERNO DELLA DOMANDA
- APPROPRIATEZZA E QUALITÀ DELL'ASSISTENZA
- ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI E DI CONTROLLO DI GESTIONE
- ASSISTENZA FARMACEUTICA
- ACCREDITAMENTO STRUTTURE PUBBLICHE
- SANITÀ DIGITALE
- INVESTIMENTI STRUTTURALI

Le azioni e i risultati programmati sulla base delle linee strategiche saranno oggetto di puntuale verifica mediante un sistema di reporting alimentato dai sistemi informativi aziendale e regionale.

L'elaborazione della strategia aziendale è effettuata in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

Capacità di governo della domanda

Nell'ultimo triennio 2020-2022, i volumi delle prestazioni sanitarie erogati hanno registrato una significativa riduzione rispetto al periodo pre-Covid. Tuttavia, già nel 2021 si è potuto assistere ad una ripresa delle attività, rispetto all'anno precedente, consolidatasi nell'anno appena concluso, ma pur sempre distante dal 2019, anno considerato come riferimento per via degli ottimali livelli di produzione raggiunti.

La programmazione dell'attività produttiva per il 2023 tende a ripristinare i livelli pre-Covid e a fornire un'adeguata risposta ai sempre più crescenti bisogni di salute della popolazione.

Pertanto, le azioni principali che l'Azienda intende porre in essere nell'ambito di questa Area Strategica di intervento, in continuità con quelle individuate per l'anno precedente, sono le seguenti:

- ✓ incremento dei ricoveri sia in area medica, sia in area chirurgica e ottimizzazione dei relativi indicatori;
- ✓ incremento delle attività ambulatoriali;
- ✓ recupero delle liste d'attesa, sia per attività ambulatoriali, sia per interventi chirurgici;
- ✓ attuazione dei programmi di screening previsti dalle indicazioni regionali.

Nell'ambito di tale area strategica saranno avviati e/o potenziati i processi di integrazione ospedale-territorio, al fine di garantire migliori percorsi assistenziali soprattutto per soggetti fragili e pazienti cronici e, nel contempo, dedicare le risorse disponibili alle attività di ricovero, demandando alle strutture territoriali la presa in carico dei pazienti post-acuzie.

Appropriatezza e qualità dell'assistenza

Nell'ambito dell'offerta delle prestazioni sanitarie resta ferma l'attenzione all'appropriatezza clinica e qualità delle cure. La corretta interpretazione delle informazioni cliniche e delle manifestazioni patologiche del paziente devono essere alla base della scelta delle prestazioni da erogare al fine di fornire la più efficace risposta assistenziale.

Non da meno va considerata la percezione che il paziente matura nei confronti del percorso assistenziale tracciato, delle cure ricevute e nei confronti della stessa struttura organizzativa nosocomiale.

In questo contesto non va trascurata l'accoglienza del paziente, di per sé una forma di assistenza, cura e trattamento. Ogni utente deve essere considerato come individuo e deve essere accolto come ospite. L'umanizzazione delle cure deve essere uno dei principi basilari ai quali orientare

l'azione degli operatori sanitari. Questi ultimi hanno un ruolo fondamentale nella presa in carico del paziente ma anche durante tutto il percorso assistenziale.

Al fine di garantire al paziente-utente un'accoglienza qualitativamente elevata, attraverso un percorso di accompagnamento ed un orientamento nella struttura adeguati, risultano essenziali:

- i rapporti interpersonali tra paziente e personale sanitario;
- la qualità delle informazioni fornite;
- il coinvolgimento del paziente e della famiglia nel percorso di cura;
- il comfort alberghiero.

Il monitoraggio dei suddetti obiettivi avviene attraverso indicatori specifici, tra cui quelli di misurazione della performance riconosciuti dal Ministero della Salute e previsti dal Piano Nazionale Esiti, dal nuovo sistema di garanzia per la misurazione dei LEA (introdotto con DM 12 marzo 2019), nonché dal sistema di indagine elaborato dal Laboratorio MeS dell'Istituto S. Anna di Pisa.

Aspetti economico-finanziari e di controllo di gestione

La gestione dell'evento pandemico ha determinato un cospicuo impegno organizzativo e di impiego di risorse economiche. A ciò si aggiunge la perdita di fatturato dovuta alla contrazione dei volumi di produzione. Questi fattori hanno inciso inevitabilmente sull'equilibrio dei bilanci degli ultimi anni determinando significative perdite.

Pertanto, in linea con quanto definito dell'anno precedente, la strategia aziendale, in questa area, è orientata alla razionalizzazione delle risorse economiche ed alla ripresa dei volumi di attività.

Particolare attenzione sarà posta sulle principali voci di spesa e sui livelli produttivi delle nostre unità operative di area clinica, nell'ottica dell'incremento dei ricavi.

Tra le azioni pianificate in tale direzione, si annoverano:

- l'incremento dei ricoveri ordinari e delle prestazioni ambulatoriali;
- il monitoraggio / contenimento della spesa farmaceutica;
- il monitoraggio / contenimento della spesa per dispositivi medici;
- il contenimento dei costi generali sostenuti per il funzionamento della struttura;
- il miglioramento della gestione finanziaria, mediante il rispetto dei tempi di pagamento a fornitori, gli incassi dei crediti vantati, il deflazionamento del contenzioso.

Il monitoraggio dell'andamento delle variabili economiche sarà garantito dal sistema di contabilità analitica e dal sistema di reporting già implementati dall'Azienda. Il perfezionamento dei flussi informativi, in particolare di area clinica, consentiranno di rendere tali sistemi sempre più affidabili.

Infine, specifiche linee operative saranno tracciate nel redigendo Piano Strategico Aziendale, un documento programmatico che, con riferimento ad un orizzonte temporale prospettico di 5 anni, si propone di illustrare e dettagliare le misure che l'Azienda intende adottare per il graduale ripristino dell'equilibrio economico.

Assistenza farmaceutica

Nell'ambito del controllo delle principali voci di costo è attribuita particolare importanza alla spesa per assistenza farmaceutica e per dispositivi medici. Sotto questo aspetto, la Regione Puglia, negli ultimi anni, è intervenuta adottando numerosi provvedimenti concernenti azioni finalizzate alla "riqualificazione ed al contenimento" della spesa sostenuta sia l'acquisto diretto di farmaci e gas medicali, sia per l'acquisto di dispositivi medici (presidi chirurgici, reagenti e diagnostici di laboratorio, protesi e materiali per emodialisi).

Particolare attenzione sarà altresì posta sulle prescrizioni di farmaci dei nostri medici che generano una spesa indotta che, sebbene non impattante sul bilancio aziendale, ha significative ripercussioni su quello regionale complessivo.

Accreditamento strutture pubbliche

L'attenzione alla qualità dei percorsi di diagnosi e cura passa anche attraverso la rispondenza delle nostre strutture ai criteri previsti per l'accREDITAMENTO istituzionale.

L'accREDITAMENTO sanitario mira ad assicurare la qualità dei servizi e dell'assistenza. Esso è finalizzato a garantire il rispetto dei requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e di sicurezza per i pazienti e per gli operatori in qualsiasi struttura sanitaria.

La nostra Azienda ha intrapreso questo percorso ottenendo la certificazione per alcune strutture (Psicologia, Oftalmologia, Medicina nucleare, Radioterapia). Sono in atto le verifiche concernenti il nuovo padiglione "Asclepios 3".

Nell'immediato futuro si prevede di avviare il medesimo percorso anche per strutture meno recenti.

Sanità digitale

La nostra Azienda ha da tempo intrapreso un percorso finalizzato alla digitalizzazione sia dei processi che governano i servizi offerti all'utenza esterna, orientati ad una miglior fruibilità, sia dei processi interni, per renderli più efficienti.

Tra le innovazioni implementate si citano:

- l'offerta di servizi on-line sul portale regionale della salute (es.: prenotazioni, pagamento ticket, fascicolo sanitario elettronico);
- la dematerializzazione delle ricette mediche;
- l'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico
- i servizi di pagamento offerti con strumenti digitali
- l'informatizzazione della cartella clinica
- la digitalizzazione del sistema di radiodiagnostica per immagini

Le azioni previste per tale area strategica sono orientate, principalmente, al monitoraggio continuo dei servizi implementati al fine di assicurarne la piena efficienza. Azioni di miglioramento sono previste relativamente alla maggior copertura e affidabilità dei flussi informativi interni.

Investimenti strutturali

Gli investimenti previsti nel corso del prossimo triennio, recepiti anche nel Bilancio preventivo economico 2023, riguarderanno l'acquisto di nuove apparecchiature sanitarie e i lavori per l'adeguamento normativo e funzionale dei padiglioni e dei reparti ospedalieri.

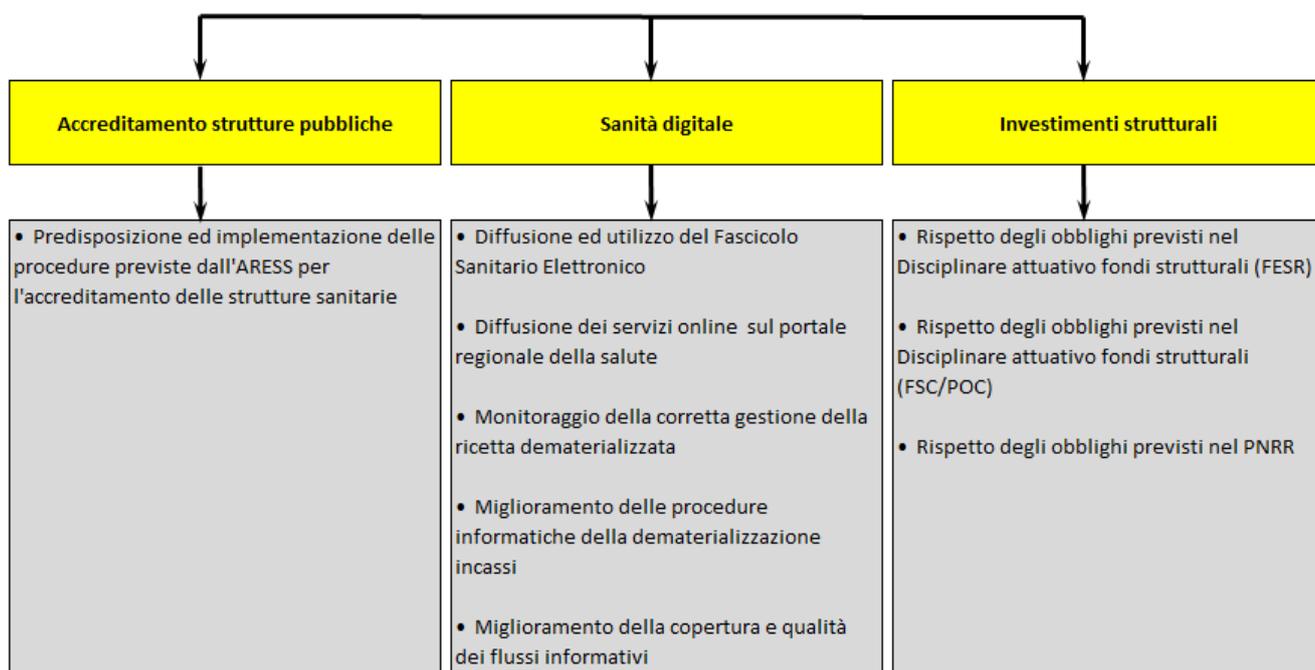
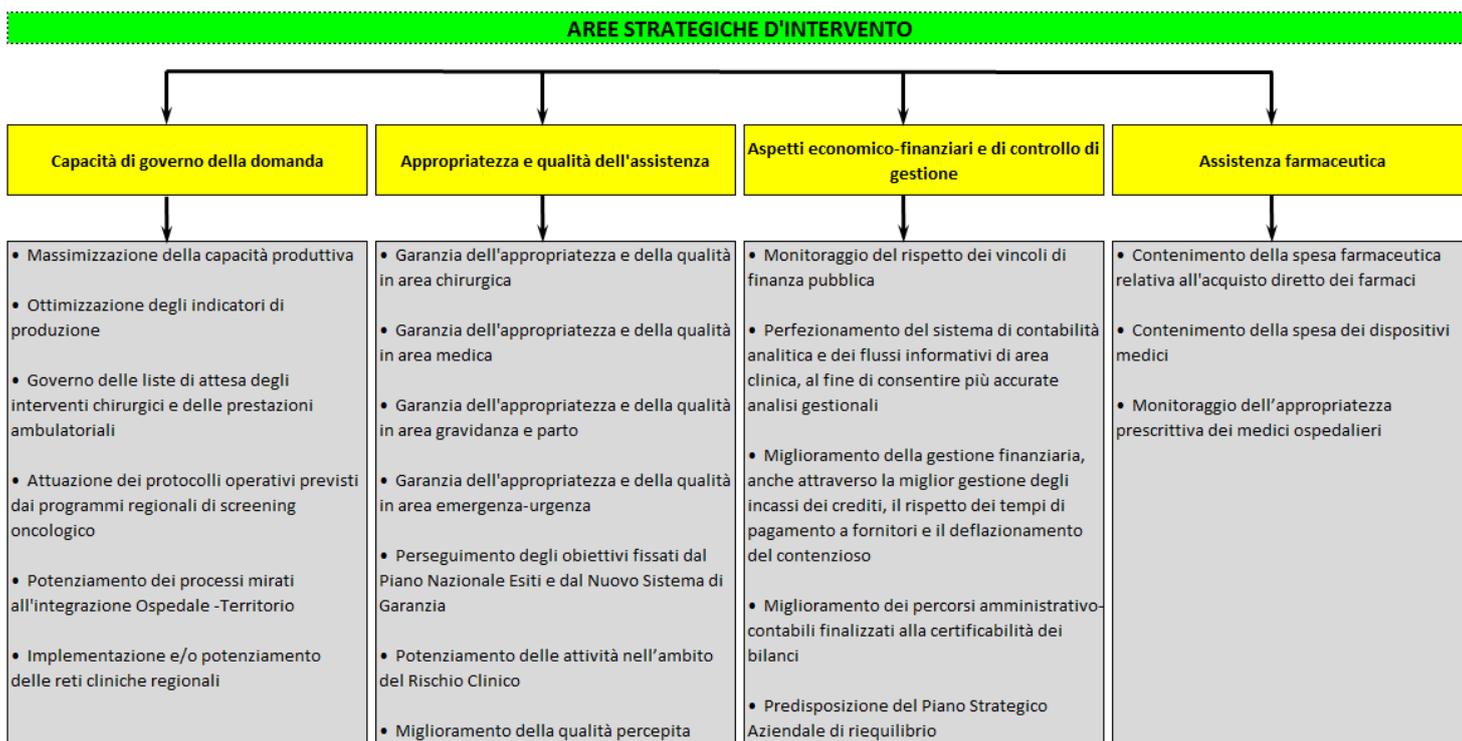
Tra gli investimenti principali si citano:

- ✓ gli interventi strutturali del padiglione di Neurologia;
- ✓ i lavori per l'installazione della nuova Risonanza magnetica presso l'Istituto di Radiologia;
- ✓ il completamento degli interventi edili ed impiantistici dei padiglioni Asclepios 1 e Asclepios 3;
- ✓ i lavori per l'adeguamento sismico dei padiglioni Chini e di Ortopedia;
- ✓ le apparecchiature per l'allestimento dei posti di terapia intensiva e semi-intensiva del padiglione Asclepios 3 e presso l'ospedale pediatrico.

Gli interventi saranno realizzati prevalentemente con fondi ex art. 20 L. 67/88, fondi ex D.L. 34/2020 ("Decreto Rilancio"), fondi FESR (Fondo Europeo di Sviluppo Regionale) e con i fondi previsti dal PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza).

RAPPRESENTAZIONE DELLE AREE STRATEGICHE DI INTERVENTO

Le aree strategiche, sopra descritte, sulle base delle quali è orientata l'azione di governo aziendale costituiscono il primo livello dell'albero della performance e sono di seguito graficamente rappresentate:



DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

Gli obiettivi strategici che derivano dalle aree strategiche d'intervento rappresentano il secondo livello dell'albero della performance e sono declinati per Centro di Responsabilità (CdR), ovverosia per ciascuna Unità Operativa Complessa o Semplice a Valenza Dipartimentale.

Partendo dagli obiettivi strategici, l'Azienda definisce i Piani operativi, ovverosia l'insieme di obiettivi operativi in cui essi si traducono. A ciascun obiettivo è associato l'indicatore, che definisce il criterio di misurazione della performance, ed il risultato atteso (target).

La prima stesura dei Piani operativi, elaborati in forma di "proposta", è affidata al Controllo di gestione, coadiuvato dalla Direzione Sanitaria. Essi rappresentano la base per la discussione che vede coinvolti la Direzione Sanitaria e i Direttori di Dipartimento (D.A.I.). In tale fase trova spazio la condivisione degli obiettivi e la negoziazione delle risorse necessarie per il perseguimento degli obiettivi di "*sviluppo*", se in linea con la strategia aziendale ed economicamente compatibili.

E' compito di ogni responsabile del budget, in una fase successiva del percorso, illustrare e condividere gli obiettivi assegnati con il rispettivo staff operativo.

Si riportano di seguito, gli obiettivi strategici individuati dall'Azienda per il triennio oggetto di pianificazione.

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO	TARGET		
		2023	2024	2025
CAPACITÀ DI GOVERNO DELLA DOMANDA	Incremento / mantenimento dei volumi dei ricoveri ordinari erogati	Incremento dal 5% al 10% del numero dei ricoveri ordinari erogati	Ulteriore incremento dal 5% al 10% del numero dei ricoveri ordinari erogati	Mantenimento della performance rispetto all'anno precedente
	Incremento / mantenimento dei volumi dei day service erogati	Incremento dal 10% al 20% del numero dei day service erogati	Ulteriore incremento dal 5% al 10% del numero dei day service erogati	Mantenimento della performance rispetto all'anno precedente
	Incremento / mantenimento dei volumi di prestazione ambulatoriali erogate	Incremento dal 10% al 20% del numero delle prestazioni ambulatoriali erogate	Ulteriore incremento dal 5% al 10% del numero delle prestazioni ambulatoriali erogate	Mantenimento della performance rispetto all'anno precedente
	Riduzione delle liste d'attesa per ricoveri chirurgici programmati	Analisi delle criticità, pianificazione degli interventi e implementazione strutturale delle soluzioni	Contenimento delle liste d'attesa entro i parametri concordati per disciplina e per classe di priorità	Mantenimento della performance rispetto all'anno precedente

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO	TARGET		
		2023	2024	2025
APPROPRIATEZZA E QUALITÀ DELL'ASSISTENZA	Ottimizzazione del tasso di occupazione dei posti letto	Incremento del tasso di occupazione dei reparti che presentano un percentuale inferiore al 75%	Tendenziale raggiungimento dello standard di riferimento previsto per il tasso di occupazione dal D.M. 70/2015 (allegato 1)	Mantenimento della performance rispetto all'anno precedente
	Garantire il rispetto delle performance clinico-assistenziali previste dal PNE e dal NSG in area	Miglioramento degli indicatori che presentano maggiori criticità	Mantenimento della performance rispetto all'anno precedente	Mantenimento della performance rispetto all'anno precedente
	Garantire gli standard ottimali previsti dalle linee di indirizzo ministeriali per la presa in carico dei pazienti nell'area dell'emergenza-urgenza	Miglioramento degli indicatori che presentano maggiori criticità	Mantenimento della performance rispetto all'anno precedente	Mantenimento della performance rispetto all'anno precedente
	Mantenimento / miglioramento della degenza media	Riduzione della degenza media dei reparti che presentano una soglia ritenuta critica	Tendenziale raggiungimento dello standard di riferimento previsto per la degenza media dal D.M. 70/2015 (allegato 1)	Mantenimento della performance rispetto all'anno precedente
	Monitoraggio dei principali indicatori di qualità in area chirurgica (deg. media pre-operatoria, case-mix, % ricov. chir.)	Miglioramento degli indicatori che presentano una soglia ritenuta critica	Tendenziale raggiungimento degli standard ritenuti ottimali, secondo i sistemi di misurazione nazionali	Mantenimento della performance rispetto all'anno precedente

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO	TARGET		
		2023	2024	2025
ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI E DI CONTROLLO DI GESTIONE	Incremento dei ricavi della produzione per attività di ricovero e ambulatoriale	Incremento dal 5% al 10% del valore della produzione	Ulteriore incremento dal 5% al 10% del valore della produzione	Mantenimento della performance rispetto all'anno precedente
	Contenimento dei consumi in rapporto ai volumi di produzione	Mantenimento / riduzione dei consumi di materiale sanit., in base alla media del triennio precedente	Mantenimento / riduzione dei consumi di materiale sanit., in base alla media del triennio precedente	Mantenimento / riduzione dei consumi di materiale sanit., in base alla media del triennio precedente
	Garantire l'equilibrio della gestione finanziaria	Migliorare i processi di incasso dei crediti e rispetto dei tempi di pagamento previsti dalle indicazioni regionali	Raggiungimento dell'equilibrio della gestione finanziaria	Mantenimento della performance rispetto all'anno precedente
	Garantire il tendenziale riequilibrio della gestione economica	Predisposizione e successiva implementazione di un Piano Strategico pluriennale per il graduale ripristino dell'equilibrio economico	Attuazione delle azioni previste dal Piano Strategico e monitoraggio dei risultati conseguiti	Proseguimento delle azioni previste dal Piano Strategico ed eventuale revisione del medesimo
ASSISTENZA FARMACEUTICA	Rispetto dei limiti fissati dalla Regione per la spesa diretta di farmaci	Contenimento dei consumi di farmaci ospedalieri, incentivazione all'utilizzo dei "generici"	Rispetto dei limiti di spesa per acquisto diretto di farmaci assegnati dalla Regione	Rispetto dei limiti di spesa per acquisto diretto di farmaci assegnati dalla Regione
	Rispetto dei limiti fissati dalla Regione per la spesa di dispositivi medici	Contenimento dei consumi di dispositivi medici	Rispetto dei limiti di spesa per acquisto di dispositivi medici assegnati dalla Regione	Rispetto dei limiti di spesa per acquisto di dispositivi medici assegnati dalla Regione
	Incentivare la prescrizione di farmaci dopo dimissione ospedaliera o di prestazione amb.le	Incremento dei volumi di distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico	Ulteriore incremento dei volumi di distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico	Mantenimento della performance in relazione ai volumi di produzione
	Garantire l'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche dei medici ospedalieri	Monitoraggio dell'azione prescrittiva dei medici ospedalieri in campo farmaceutico	Monitoraggio dell'azione prescrittiva dei medici ospedalieri in campo farmaceutico	Monitoraggio dell'azione prescrittiva dei medici ospedalieri in campo farmaceutico

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO	TARGET		
		2023	2024	2025
ACCREDITAMENTO STRUTTURE PUBBLICHE	Avviare / concludere i percorsi previsti per l'accreditamento istituzionale previsti per le strutture pubbliche	Conclusione del percorso di accreditamento istituzionale relativo al nuovo plesso Asclepios 3	Avvio / conclusione del percorso per le strutture non ancora accreditate	Avvio / conclusione del percorso per le strutture non ancora accreditate
SANITÀ DIGITALE	Alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico	Integrare il FSE con l'invio al Sistema Informativo Sanitario Territoriale del 15% delle lettere di dimissione ospedaliera	Raggiungimento di una % di copertura delle lettere di dimissione inviate al FSE pari al 50%	Raggiungimento di una % di copertura delle lettere di dimissione inviate al FSE pari al 100%
	Implementazione della cartella clinica informatizzata	Raggiungimento di una percentuale di copertura pari al 50%	Raggiungimento di una percentuale di copertura pari al 100%	Mantenimento della performance rispetto all'anno precedente
	Monitoraggio della corretta gestione della ricetta dematerializzata	100% di dematerializzazione	100% di dematerializzazione	100% di dematerializzazione
INVESTIMENTI STRUTTURALI	Garantire l'attuazione del piano degli investimenti triennale (allegato al Bilancio Preventivo Economico)	Monitoraggio e rendicontazione dello stato di avanzamento degli investimenti programmati	Monitoraggio e rendicontazione dello stato di avanzamento degli investimenti programmati	Conclusione e rendicontazione finale degli interventi programmati nel piano triennale
	Garantire il rispetto dei disciplinari d'obbligo connessi all'accettazione dei finanziamenti (art. 20 L. 67/88, FESR, PNRR)	Rispetto dei tempi di attuazione dei progetti finanziati e puntuale rendicontazione delle somme utilizzate	Rispetto dei tempi di attuazione dei progetti finanziati e puntuale rendicontazione delle somme utilizzate	Rispetto dei tempi di attuazione dei progetti finanziati e puntuale rendicontazione delle somme utilizzate

LE FASI, I TEMPI E GLI ATTORI

Il Ciclo di gestione della performance dell'anno 2023 si articola nelle fasi e nei tempi rappresentati in forma schematica nella tabella di seguito riportata:

FASE	AZIONE	ATTORI	TEMPO
------	--------	--------	-------

Definizione delle linee strategiche aziendali	Predisposizione delle linee di indirizzo ed individuazione delle macro aree di intervento	<ul style="list-style-type: none">• Direzione Strategica• Controllo di Gestione	Gennaio / '23
Definizione degli obiettivi, dei valori attesi e dei rispettivi indicatori	Predisposizione dei Piani Operativi per centro di responsabilità e definizione dei criteri di valutazione degli obiettivi	<ul style="list-style-type: none">• Controllo di Gestione• Direzione Sanitaria	Febbraio / '23
Comunicazione e condivisione degli obiettivi strategici aziendali	Incontri con i Direttori dei D.A.I. per la condivisione dei Piani Operativi	<ul style="list-style-type: none">• Direzione Sanitaria• Direttori D.A.I.	Febbraio / '23
Definizione degli obiettivi strategici in versione definitiva e formalizzazione delle relative schede	Incontri con i Direttori dei D.A.I. e sottoscrizione delle schede redatte in versione definitiva	<ul style="list-style-type: none">• Direzione Strategica• Direttori D.A.I.	Marzo / '23
Verifica sull'andamento delle azioni pianificate	Elaborazione e discussione dei report al 30/6 per CdR, finalizzata al monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati	<ul style="list-style-type: none">• Direttori D.A.I.• Controllo di Gestione	Luglio / '23

	Elaborazione e discussione dei report al 30/9 per CdR, finalizzata al monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati	<ul style="list-style-type: none"> • Direttori D.A.I. • Controllo di Gestione 	Ottobre / '23
Verifica finale del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati	Elaborazione dei dati per la verifica e la valutazione degli obiettivi misurabili con indicatori quantitativi	Controllo di Gestione	Marzo / '24
	Analisi delle relazioni conclusive predisposte dai Direttori dei CdR e valutazione finale	Controllo di Gestione O.I.V.	Maggio / '24
	Redazione relazione sulla performance 2023	<ul style="list-style-type: none"> • Controllo di Gestione • Direzione Strategica • O.I.V. 	Giugno / '24

2.3 Sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza

La seguente sezione del PIAO, in una logica di continuità, aggiorna e attualizza le azioni e le misure realizzate avendo come riferimento le linee guida contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2022 adottate dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) con Delibera n.7 del 17 gennaio 2023.

Gli aggiornamenti legati agli adempimenti in materia di trasparenza sono evidenziati nella sottosezione "Trasparenza" dove sono indicate le Strutture ed i Responsabili della trasmissione e pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati, ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii.

2.3.1 I soggetti coinvolti nel sistema di prevenzione della corruzione

2.3.1.1 L'RPCT dell'AOU Consorziata Policlinico di Bari

Il Responsabile Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, nominato con deliberazione n. 486 del 11.05.2022, è il Dr. Rosario Reda, Dirigente amministrativo a tempo indeterminato, responsabile della Unità Operativa Complessa Controllo di Gestione.

Attualmente è in fase di definizione un'adeguata struttura a supporto del RPCT.

2.3.2 Referenti per la Prevenzione della Corruzione

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 122 del 29/01/2016 nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2016-2018 sono stati nominati i referenti aziendali.

Per il triennio 2023-2025, su proposta del RPCT, lo stesso elenco dei referenti viene aggiornato ed integrato secondo lo schema seguente:

Area Approvvigionamento e Patrimonio	Dr. Antonio Moschetta
Area gestione Risorse del Personale	Dr.ssa Francesca Maltese
Area Gestione Risorse Finanziarie	Dr.ssa Isabella Minutilli
Area Gestione Tecnica	Ing. Claudio Forte
Struttura Burocratico-Legale - UPD	Avv. Grazia Benedetta Marina Marino
Ufficio Rapporti con l'Università	Dr. Michele Saracino
Ufficio Formazione	Dr. Maurizio De Luca
Ufficio Informatico	Ing. Nicola Serrone
Direzione Generale	Avv. Marco Calabriso
Direzione Medica P.O. Policlinico	Dr. Maurizio Marra
Direzione Medica P.O. Giovanni XXIII	Dr. Livio Melpignano
Farmacia Ospedaliera Policlinico	Dr.ssa Marisa Dell'Aera
Comitato etico- Coordinamento segreteria tecnico scientifica	Dr.ssa Marisa Dell'Aera
AA.GG. – Sperimentazioni cliniche	Dr.ssa Vita Sisto
AA.GG. – Ufficio ispettivo	Dr.ssa Patrizia Ciufici
AA.GG. – P.N.R.R.	Dr. Elena Gelao
Emergenza Sanitaria 118	Dr.ssa Anna Maria Natola
OIV/STP	Dr. Gianluigi Protopapa
Servizio Prev. e Protez. Rischi Prof.	Ing. Claudio Forte
Unità di Statistica ed Epidemiologia	Dr. Antonio Daleno

2.3.2.1 *Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)*

Con il Comunicato del Presidente del 28/10/2013, l'ANAC ha sancito che ciascuna stazione appaltante è tenuta a nominare con apposito provvedimento il soggetto responsabile incaricato della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati della stazione appaltante stessa.

A tale scopo quindi l'Azienda nell'adozione della Deliberazione del Direttore Generale del PTPCT 2022-2024 ha confermato quale Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) il **Dr. Antonio Moschetta**, Direttore Amministrativo dell'Area Approvvigionamenti e Patrimonio.

Il soggetto responsabile è tenuto agli obblighi imposti per tale ruolo attraverso le procedure indicate dal Comunicato su indicato e dal Comunicato successivo del Presidente dell'ANAC del 20/12/2017.

2.3.3 **Analisi del contesto**

2.3.3.1 **Contesto Esterno**

Nel contesto attuale, la corruzione continua a costituire un problema insoluto non solo per l'Italia ma per tutti i Paesi del mondo, sia pur con caratteristiche e tasso di incidenza differenti: le medesime agenzie transnazionali di rilevazione del fenomeno corruttivo (es. Transparency International) hanno messo in evidenza come il male della corruzione non conosce frontiere e coinvolge in modo significativo tutti i continenti.

Purtroppo nell'attuale scenario di stagnazione economico-produttiva che risente ancora della crisi pandemica e che aggrava le aspettative soprattutto della popolazione giovanile, trovano terreno fertile le organizzazioni criminali che potrebbero infiltrare le risorse della Regione anche in considerazione dei fondi in arrivo del PNRR.

Con specifico riferimento al settore sanitario, ove già si sono verificate significative criticità, l'emergenza pandemica ne ha evidenziato ancor più la vulnerabilità dal punto di vista del rischio corruttivo.

Con riferimento agli aspetti concernenti la sicurezza e l'ordine pubblico che caratterizzano e il territorio pugliese, si fa riferimento alle relazioni prodotte dalle forze di Polizia di Stato e dal Ministero dell'Interno da cui si evince la presenza di forme di criminalità organizzata in grado di infiltrarsi e condizionare l'operato delle Pubbliche Amministrazioni

Dalla necessità di attenzionare i fenomeni complessi e radicati di criminalità organizzata di stampo mafioso pugliese, è nata, il 20 luglio 2021, la “Commissione Regionale di studio e di inchiesta sul fenomeno della criminalità organizzata in Puglia”, il cui obiettivo è quello di contrastare l’infiltrazione criminosa nella attività pubblica anche tramite la collaborazione con altre amministrazioni territoriali, istituzioni, organi della magistratura, forze dell’ordine e rappresentanze della società civile.

In tale problematico contesto, possono essere potenzialmente condizionate anche le attività programmatiche e gestionali della Pubblica Amministrazione, e quindi anche delle Aziende Sanitarie come la nostra.

2.3.3.2 Contesto Interno

L’A.O.U.C. Policlinico di Bari conferma la sua centralità nel ruolo di Hub della Regione Puglia in una serie di attività sanitarie, strategiche anche sotto l’aspetto della ricerca scientifica e della innovazione dell’offerta sanitaria, grazie all’utilizzo di tecnologie all’avanguardia, di percorsi formativi che tendono alla anticipazione ed innovazione dei saperi scientifici e dei modelli organizzativi.

La Direzione aziendale, costituita dal Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, supporta le attività tipiche di Direzione Strategica e ottempera ai propri compiti istituzionali. L’assetto organizzativo aziendale si fonda sulla multi-disciplinarietà e multi-professionalità e mira al continuo miglioramento delle competenze sia in ambito sanitario che in ambito amministrativo.

Dal punto di vista sanitario, il Dipartimento rappresenta lo strumento organizzativo di gestione, garante delle funzioni di governo clinico dei percorsi diagnostico-assistenziali (PDTA) e della tutela della salute collettiva. Esso è costituito da strutture omogenee, affini e complementari per disciplina, che perseguono comuni finalità nel pieno rispetto della propria autonomia e responsabilità riguardo alla gestione assistenziale del paziente ed è organizzato come centro di responsabilità e di costo in modo da garantire l’omogeneità della gestione.

Dal punto di vista amministrativo, l’organigramma aziendale presenta Strutture e Unità Amministrative Semplici, di staff alla Direzione Generale e Unità Operative Complesse, assegnate ai Direttori di cinque Aree: Area Gestione Risorse Umane, Area Gestione Tecnica, Area Gestione Risorse Finanziarie, Area Gestione del Patrimonio e Area Farmaceutica. A tal proposito si evidenzia che nel corso del 2022 sono stati nominati il nuovo Direttore Amministrativo, il nuovo Dirigente Re-

sponsabile della U.O.S. Affari Generali e il nuovo Dirigente Responsabile dell'Ufficio Trasparenza e Anticorruzione.

Per fronteggiare il fabbisogno di personale, sono state sbloccate alcune procedure concorsuali e, mediante avvisi pubblici, si è provveduto a selezionare personale sanitario (medici, infermieri professionali e operatori socio-sanitari) con i quali sono stati stipulati contratti di lavoro a tempo determinato e nel frattempo si è reso necessario rimodulare il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale 2020/2022, nelle more della definitiva approvazione del PTFP 2021-2023, nel senso di implementare il numero di alcune figure professionali, nel rispetto dei valori soglia di fabbisogno definiti dalla Regione Puglia.

Pertanto sono state anche effettuate assunzioni ai sensi della Legge 68/99 (Diritto al lavoro dei disabili) a copertura della quota d'obbligo determinata nel prospetto informativo 2022 e attivate procedure di stabilizzazione esperite in applicazione dell'Art. 20 del D.Lgs. n. 75/2017 e s.m.i. (superamento del precariato nelle PP.AA.) nei limiti previsti dalla vigente normativa.

Tale complessa attività, riconfermata nel 2022 da parte dell'Azienda Policlinico, può consentirle di diventare un volano per la promozione, al termine della emergenza pandemica, di una riforma del sistema sanitario, capace di attivare e valorizzare tutte le risorse ed energie della società civile.

Tutto quanto sopra descritto rientra nella mission di questa Azienda e la colloca in posizione preminente non solo a tutela del bene salute del cittadino (Art. 32 C.), ma anche nell'ottica della sussidiarietà circolare in attuazione dell'Art. 118 della stessa Costituzione.

2.3.3.3 Valutazione di impatto del contesto interno ed esterno

In relazione all'analisi dei contesti (interno ed esterno) sopra riportati, alcune aree di attività sembrano assumere una maggiore esposizione al rischio corruttivo in considerazione delle criticità rilevate e in rapporto alla complessità aziendale.

Gli aspetti che possono essere considerati significativi fattori abilitanti sono rappresentati dalle ingenti risorse per l'attuazione degli interventi ricadenti nel PNRR – Missione 6 – Salute con specifici investimenti in sanità, deliberato dal Governo Italiano nell'aprile 2021, approvato dall'UE in data 13 luglio 2021, contenente la previsione di una serie di interventi pubblici da portare a compimento entro breve termine. Da qui l'esigenza di spendere soldi pubblici (in maniera produttiva e ovviamente lecita) per far fronte alle emergenze in atto, trova riscontro nel D.L. 77/2021, recante strumenti calibrati sull'esigenza di garantire la celerità dell'azione amministrativa.

In particolare, per questa Azienda Policlinico, è previsto l'ammmodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero, con la realizzazione di vari progetti autorizzati con l'adozione di alcune delibere del Direttore Generale nell'arco del 2022, su proposta dell'Area ICT, dell'Area del Patrimonio e dell'Area Gestione Tecnica.

Tra gli interventi previsti nell'ambito della Missione 6 – Salute del Piano nazionale di Ripresa e Resilienza, vi sono i fondi destinati alla riduzione e abbattimento delle Liste d'attesa e, quindi, alla gestione delle criticità legate alla tempistica e organizzazione, per cui questa Azienda Policlinico è impegnata nella realizzazione del Piano Regionale di Recupero Liste di Attesa di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 1088/2022..

Nel merito, i rischi che emergono meritevoli di una priorità di trattamento, che saranno tenuti in considerazione anche per le azioni di monitoraggio, riguardano:

- Area contratti pubblici. Si ritiene a questo proposito che debbano essere potenziate le misure volte a prevenire il conflitto di interessi in ogni fase delle procedure con controlli a campione.
- Procedure di assunzione del personale nelle varie forme contrattuali (a tempo indeterminato, determinato o assunto con forme di lavoro flessibile) in considerazione dello sblocco del turn-over dopo diversi anni di blocco delle assunzioni nella Pubblica Amministrazione, attuando verifiche a campione delle Dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse (ai sensi dell'art. 53, comma 14 , del d.lgs. 165/2001) da parte dei componenti le commissioni concorsuali.

2.3.4 Mappatura dei processi

La mappatura dei processi rappresenta l'aspetto centrale dell'analisi del contesto interno. Essa è un modo efficace di individuare e rappresentare le attività dell'amministrazione e comprende l'insieme delle tecniche utilizzate per identificare e analizzare i processi organizzativi presenti nell'Azienda, nelle proprie attività componenti e nelle loro interazioni con altri processi.

L'obiettivo è che l'intera attività svolta dall'amministrazione venga gradualmente esaminata con il fine di identificare aree che, in ragione della natura e della peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

Ad oggi, attraverso schemi di analisi, questa Azienda ha inquadrato i procedimenti che sono stati valutati e catalogati per rischio corruttivo. Difatti, come presente nel Portale Aziendale al link:

<https://www.sanita.puglia.it/web/ospedalegiovannixxiii/tipologie-di-procedimento>,

Precisamente sotto la voce Amministrazione Trasparente > Attività e Procedimenti Tipologie di procedimenti, sono identificati quelli dei seguenti settori:

- 1 Area Approvvigionamento e Patrimonio
- 2 Area Gestione Risorse del Personale
- 3 Area Gestione Risorse Finanziarie
- 4 Area Gestione Tecnica
- 5 Struttura Burocratico-Legale
- 6 Uff. Valutazione Qualità Accredimento e Sviluppo organizzativo
- 7 Ufficio Dirigenziale Rapporti con l'Università
- 8 Ufficio Formazione
- 9 Ufficio ICT
- 10 Ufficio Relazioni con il Pubblico
- 11 Unità Operativa Complessa Controllo di Gestione
- 12 Unità Operativa Complessa Statistica ed Epidemiologia
- 13 Unità Operativa Semplice Affari Generali

Nel portale sono riscontrabili tutte le informazioni ad oggi raccolte nelle schede per la rappresentazione schematica delle procedure, a cui si è dato completezza con il valore dell'indicatore di rischi

2.3.4.1 La valutazione del rischio

Come già indicato questa Azienda ha effettuato la valutazione delle diverse procedure di cui al capitolo precedente, esprimendo il coefficiente come risultato della somma della media ponderata degli "Indici di valutazione della probabilità" e degli "Indici della valutazione dell'impatto".

La distinzione tra basso, medio o alto rischio di corruzione è stata ponderata attribuendo rispettivamente gli intervalli: minore di 3, da 3 a 5, maggiore di 5.

Sulla base di queste indicazioni, l'Azienda ha elaborato delle schede analitiche della valutazione del rischio di corruzione delle procedure amministrative la cui pubblicazione è stata esposta nell'Allegato 2 del Piano dell'anno precedente.

La valutazione del rischio di corruzione è stata ripartita nei tre gradi basso, medio, alto.

Il range dei valori sono stati determinati in questo modo:

- Basso rischio se inferiori a 3,
- Medio rischio se tra 3 e 5,
- Alto rischio se superiori a 5.

In applicazione a questa distinzione è stata predisposta una tabella che esprime i diversi tipi di valutazione delle procedure amministrative analizzate e che viene rappresentata nell'allegato 3 del Piano dell'anno precedente.

Questa Azienda è impegnata su tale fronte da anni attraverso adozione di Regolamenti in materia, vedasi in ultimo, "Le Linee Guida per procedure telematiche su piattaforma" approvate con la Deliberazione del DG n.1048 del 22.07.2019, quello "per l'acquisizione di beni e di servizi di importo inferiore alle soglie comunitarie" (Delibera DG n. 1011 del 31/08/2012) e "di cassa economale" (Delibera DG n. 1010 stessa data). A questo si è aggiunto il "Regolamento per la partecipazione del personale dipendente ad attività formative sponsorizzate", indirettamente collegato con la problematica, adottato con Deliberazione Commissariale n. 1080 in data 21/06/2018 redatto e proposto dallo scrivente RPCT.

Sempre in materia di conflitti d'interessi, si rinvia alla regolamentazione delle sperimentazioni cliniche.

Aggiornamento dell'analisi delle procedure

Ripercorrendo lo studio affrontato sin dai primi anni, dal 2013 e seguenti, nella classificazione delle procedure, vi è una attuale esigenza di rivedere le stesse sia per un più accurato sviluppo delle diverse attività che coinvolgono i diversi settori aziendali, siano essi amministrativi, tecnici, professionali e sanitari, questi ultimi ad oggi trascurati.

Già dal 2018 è stato posto come obiettivo essenziale quello di una revisione del lavoro affrontato negli anni pregressi, in quanto attraverso una dinamica aziendale di modifiche concettuali di procedimenti e processi amministrativi in particolare, ma anche sanitari, si rileva un quadro sicuramente variato in molti aspetti rispetto a quello iniziale.

A questo deve aggiungersi l'esigenza derivante dalla presenza nel Piano Nazionale Anticorruzione 2019, nell'allegato 1, rappresentati nel precedente paragrafo, di elementi che concorrono ad apportare una sostanziale impostazione più approfondita e più tecnica sull'analisi del rischio di corruzione, più indirizzata ad una misurazione qualitativa piuttosto che quantitativa.

Infatti, gli stessi regolamenti adottati in questi anni, per adeguare la realtà aziendale alle normative che si sono man mano susseguite, l'adozione di una nuova revisione dell'atto aziendale, il succedersi in questa Azienda, nel corso degli anni passati, di diverse Direzioni Strategiche, impongono non solo un aggiornamento, ma un vero remake dell'intera struttura dei processi.

Lo scrivente RPCT propone, come già accaduto in altre aziende sanitarie, la adozione di un regolamento, nel corso del triennio di programmazione, che permetta di aggiornare costantemente l'analisi dei processi responsabilizzando i referenti Aziendali nell'attuazione dello stesso.

2.3.4.2 Aree di Rischio in sanità

Nell'aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione del 2015 (Determina n. 12 del 28/10/2015) l'ANAC, trattando il settore specifico della Sanità, ha indicato alcune aree di rischio specifiche e che in parte coinvolgono questa Azienda in quanto attività gestite correntemente. Di seguito, pertanto, si affronteranno in modo dettagliato gli aspetti e l'organizzazione con cui la Direzione strategica ha deciso di regolamentare questi settori.

2.3.4.2.1 Attività libero professionale e liste di attesa

L'attività libero professionale e le connessioni al sistema della gestione delle liste d'attesa ed alla trasparenza delle procedure relative alle prenotazioni ed alla identificazione dei criteri di priorità delle prestazioni prestano il fianco a evidenti rischi di violazione dei principi fondamentali della tutela della salute con possibili assoggettamenti ad episodi di corruzione.

Questa Azienda ha difatti adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 280 del 06/03/2017 il "*Regolamento per l'esercizio della libera professione dei dirigenti e dell'Area a pagamento*" adeguato alle modifiche ed integrazioni ai sensi del Regolamento Regionale n. 2/2016 in materia di ALPI, affidando la responsabilità della gestione e del controllo alla Unità Statistica ed Epidemiologia. In tale regolamento sono state indicate le linee aziendali per le procedure di iscrizione in appositi elenchi dei dirigenti richiedenti, assoggettati ad autorizzazione.

Nel rispetto massimo dei principi di trasparenza, il Regolamento individua le regole per la determinazione delle tariffe professionali, secondo una ripartizione delle quote oggettivamente individuate, e obbliga alla pubblicità delle stesse.

L'Unità Statistica ed Epidemiologia con la Direzione Sanitaria verificano mediante indicatori la corrispondenza delle attività in regime libero professionale, nel rispetto dei limiti imposti dalla legge e dai contratti collettivi nazionali.

Come anche richiesto nella Determina ANAC n. 12/2015, l'Azienda si avvale del Centro Unico di Prenotazioni e di un software centralizzato per le prenotazioni e le fatturazioni, valido anche per gli ambulatori e i laboratori nei casi di intramoenia in regime allargato e, quindi, con sedi al di fuori dell'ambiente aziendale, pur secondo quanto disposto dal regolamento e dalla normativa esistente.

Vi è quindi sin dal 2009 un pieno controllo della situazione in materia, offrendo ai professionisti tutti gli strumenti per svolgere le proprie attività nel miglior modo e nel rispetto delle disposizioni di legge, nonché nel rispetto della trasparenza.

Oltremodo con nota Prot. n. 18041 del 26.02.2019, la Direzione Strategica Aziendale, ha affidato le funzioni proprie del Responsabile Unico Liste dei Attesa Aziendale (R.U.L.A), per "garantire il presidio dell'organizzazione aziendale affinché venga assicurata uniformità di accesso e trasparenza oltre a garantire la trasparenza delle liste d'attesa ed il coinvolgimento degli utenti e delle loro associazioni; verificare l'andamento delle liste d'attesa al fine di consentire all'azienda la programmazione degli interventi necessari alla riduzione dei tempi d'attesa; vigilare sulle attività delle UU.OO. presidiando il sistema di gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato affinché venga garantita la definizione dei criteri di priorità per l'accesso secondo modalità coerenti rispetto alle indicazioni Nazionali e Regionali e alla gestione delle risorse";

Ad integrazione e per analogia a quanto esaminato, va sottolineato che l'Amministrazione con Deliberazione n. 1555 del 01/12/2015, ha adottato il "*Regolamento delle procedure delle convenzioni per consulenze esterne attive e passive*", individuando in questa anche la gestione dei casi di prestazioni occasionali dei professionisti che potrebbero sfuggire dal monitoraggio delle attività aziendali, assoggettandole, pertanto, a delle procedure autorizzative al fine di evitare eventuali situazioni di evasione dal monitoraggio aziendale.

Va comunque approfondita una analisi dei dati di prestazioni fornite in modo occasionale o con convenzioni per confrontarli con le attività istituzionali e verificarne i tempi d'attesa.

2.3.4.2.2 Sperimentazioni cliniche

La Determina 12/2015 dell'ANAC indica la gestione delle Sperimentazioni cliniche quale un'area ad alto rischio corruttivo, ponendo la necessità di trovare delle soluzioni sia nell'iter amministrativo che nella ripartizione dei proventi conseguenti all'attività.

Negli obiettivi aziendali si è posto una rivisitazione della distribuzione delle somme ottenute dagli sponsor, finalizzando queste ad un reinvestimento produttivo all'interno delle procedure di studi e sperimentazioni cliniche, in modo da renderli non più legati alla persona ma alla struttura sanitaria che opera in tali attività.

A tali fini, con Deliberazioni n. 847 del 30/06/2011 e n. 837 del 29/06/2012, adottando il "*Regolamento per la conduzione degli studi clinici sperimentali e osservazionali e degli studi di materiale biologico umano in vitro*" e successivo aggiornamento, l'Azienda ha superato qualsiasi criticità stabilendo un nuovo sistema di ripartizione attraverso la creazione di "Fondi divisionali" delle Unità operative sanitarie che svolgono gli studi.

Nel 2019, con lo studio di un aggiornamento del regolamento, è stata predisposta una bozza da parte del RPCT nelle sue competenze di Responsabile dell'Unità Affari Generali per la Direzione Strategica, per assicurare modifiche e integrazioni sia per la gestione del Comitato etico, sia per una procedimentalizzazione amministrativa, sia per la gestione contabile-finanziaria.

2.3.4.2.3 Percorso salme

Con la Determinazione n. 12/2015 l'ANAC tra le Aree di rischio specifiche della Sezione speciale II – Sanità al punto 2.2.4 fa espresso riferimento alle "*Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero*"

In merito alla materia l'Azienda ha adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 629 dell'11/05/2009, su proposta della Direzione sanitaria, il "*Regolamento per la Medicina Necroscopica*";

Ad ogni buon conto, per il noto rischio corruttivo che quest'attività può generare, la gestione delle salme sarà oggetto di particolare attenzione ed approfondimento nel triennio 2023-2025,

2.3.4.2.4 I comodato d'uso e la valutazione di prova

Al fine di favorire la qualità dei servizi prestati, l'attività dell'Azienda è sostenuta anche attraverso costituzione e gestione di rapporti contrattuali di comodato d'uso gratuito e valutazione in prova di beni, senza che, per l'erogante, vi possano essere benefici direttamente o indirettamente collegati all'erogazione, quindi effettuate per il solo spirito di solidarietà sociale o di ricerca.

Questa modalità di ingresso di tecnologie all'interno dell'Azienda, diversa dai normali canali di approvvigionamento merita una particolare attenzione per il rischio corruttivo che da essa può generarsi.

Gli eventi negativi a rischio corruttivo che prevalentemente possono verificarsi sono:

- L'allungamento dei tempi procedurali, non rispettando l'ordine di arrivo delle richieste, accelerando di fatto l'iter di una pratica rispetto ad un'altra;
- l'accettazione di una richiesta senza rispettare le modalità di ricezione delle stesse;
- la presa in carico di una richiesta saltando dei passaggi regolamentati;
- acquisizione di beni in donazione o comodato d'uso senza la dichiarazione che i beni stessi non necessitano di materiali di consumo sui quali la ditta produttrice possiede diritti di esclusiva;
- proposta di comodato o di valutazione in prova formulata durante il procedimento diretto a concludere un contratto a titolo oneroso da soggetti che possono essere invitati a gara indetta dall'Amministrazione.

Nell'ipotesi in cui il bene da acquisire in comodato d'uso gratuito sia collegato ad uno studio di sperimentazione, il suo iter autorizzativo rientra nella procedura aziendale prevista per le sperimentazioni, ovvero il comodante sottoscrive un modello riportante le indicazioni dell'utilizzatore, tipologia della tecnologia, durata e termini di scadenza, valore commerciale, l'assunzione di responsabilità civile e degli oneri correlati all'utilizzo della tecnologia (materiali di consumo, interventi di assistenza tecnica, spese di spedizione installazione disinstallazione e ritiro) senza prevedere alcun corrispettivo.

Al fine di accertare che ci siano i presupposti per la concessione del comodato, valutati caso per caso, nella tutela dal verificarsi dei rischi summenzionati, l'Unità Proponente acquisisce parere di competenza dalla Direzione Sanitaria, dall'Area Gestione Tecnica.

Le medesime precisazioni sono riferite anche alla valutazione in prova, per le quali qualsiasi onere rimane a carico del soggetto proponente, atteso che in caso di procedura di acquisizione, a qualsiasi titolo delle medesime apparecchiature, l'Amministrazione garantisce la stessa opportunità ad ogni partecipante.

L'Azienda, nelle more di adozione di un regolamento aziendale che fornisca indicazioni omogenee e puntuali in materia, e preveda idonei strumenti e/o vigilanza e controlli successivi all'acquisizione, adotta procedure che mirano a prevenire ipotesi di conflitto di interessi e garantiscano il rispetto dei principi generali di imparzialità, buon andamento e trasparenza necessari alla prevenzione della corruzione.

2.3.5 Personale (dipendenti, collaboratori, consulenti, etc..)

2.3.5.1 Il codice di comportamento

Il rispetto della legalità e la condivisione sono considerati dei valori costitutivi dell'ordinamento democratico, un imprescindibile dovere etico vincolante per ogni cittadino, pertanto, il Codice di Comportamento e il Codice Disciplinare rappresentano parte delle principali azioni e misure di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione in modo che, i propri dipendenti e collaboratori non commettano reati o illeciti che contrastino con l'interesse pubblico e gettino discredito sull'immagine e la credibilità dell'Azienda stessa. In particolare, dovranno essere adottate tutte le misure organizzative e gestionali necessarie a prevenire il compimento di reati e pertanto i Codici costituiscono elementi essenziali del piano triennale per la prevenzione della corruzione.

In considerazione dell'emanazione delle *"Linee guida per l'adozione del Codice di Comportamento negli enti del SSN"* con la determinazione del Consiglio ANAC n. 358 del 29/03/2017, come delle varie linee guida di indirizzo in materia di attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013, delle linee guida di indirizzi in materia di gare, delle nuove disposizioni con GDPR 679/2016 sul Regolamento UE in materia di Protezione di Dati Personali, nonché in considerazione di nuove circolari e provvedimenti aziendali di organizzazione del personale, si è resa necessaria una revisione del Codice di Comportamento.

Il Codice di Comportamento aziendale, acquisito il parere positivo dell'OIV, è stato adottato con Delibera del Direttore Generale n. 282 del 15.02.2019 e pertanto sostituisce il precedente.

Parallelamente l'Azienda ha adottato il Codice Disciplinare con Deliberazione n. 1578 dell'11/11/2016.

Nel sottoscrivere gli atti di incarico, tutti i dipendenti, i titolari di contratti di consulenza o collaborazione a qualsiasi titolo, anche professionale, i titolari di organismi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione della Direzione Strategica, nonché i collaboratori a qualsiasi titolo, anche professionale, di imprese fornitrici di servizi in favore dell'Azienda, sono informati dal Dirigente della struttura competente delle disposizioni contenute nel Codice.

L'ufficio competente aziendale, contestualmente alla sottoscrizione del contratto di lavoro o, in mancanza, all'atto di conferimento dell'incarico, deve programmare di inserire e far sottoscrivere ai nuovi assunti, con rapporti comunque denominati, clausole di accettazione e rispetto al codice di comportamento nonché clausole di risoluzione o decadenza del rapporto, in caso di violazione degli obblighi derivanti dal Codice.

Nel Codice di Comportamento non sono specificate in corrispondenza di ciascuna violazione il tipo e l'entità della sanzione, in quanto occorre esplicitare che la violazione degli obblighi regolati dal codice di comportamento e previsti nel piano triennale per l'anticorruzione, determina responsabilità disciplinari che verranno accertate a seguito di un procedimento disciplinare secondo quanto previsto dalla legge, dai regolamenti disciplinari e dai contratti collettivi nazionali di lavoro.

2.3.5.2 Conflitti d'interesse, inconfiribilità ed incompatibilità

Con la Delibera n. 149 del 22/12/2014, l'ANAC conferma l'obbligo dell'incompatibilità ed inconfiribilità nel Servizio Sanitario Nazionale esclusivamente per gli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario. Questi ultimi effettuano annualmente le dichiarazioni la cui pubblicità è a cura del RPCT e vengono regolarmente pubblicate sul portale aziendale per trasparenza.

Nel corso degli anni pregressi questa Azienda ha richiesto e pubblicato, ai sensi dell'art. 1 commi 49 e 50 L. 190/2012, le dichiarazioni di assenza di cause di incompatibilità ed inconfiribilità, nonché di conflitti di interessi, scegliendo di applicare la norma dandone l'interpretazione più ampia e, conseguentemente, coinvolgendo tutti i dirigenti sanitari aventi struttura semplice e struttura complessa, oltre tutti i dirigenti che partecipano direttamente all'azione amministrativa aziendale appartenendo ad Aree/Uffici amministrativi e della Direzione Sanitaria.

Gli obblighi di dichiarazione richiesti ai collaboratori e consulenti vengono demandati alle strutture amministrative competenti a cui fanno riferimento.

Nella stessa misura i componenti delle commissioni formate e deputate a prendere decisioni influenti nella gestione dell'amministrazione aziendale dovranno sottoscrivere la dichiarazione di insussistenza di conflitti di interessi a cura dell'ufficio competente alla sua formazione.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 804 del 07/06/2016, questa Azienda ha adottato il "Regolamento in materia di incarichi extraistituzionali", in applicazione dei principi e criteri previsti dall'art. 53 del D. Lsg 165/2001 ss.mm.ii., nonché da altre norme di legge e atti di indirizzo vigenti in materia. La disciplina ha inteso regolare i casi relativi alle incompatibilità, cumulo di impieghi ed incarichi per i dipendenti pubblici, individuando i criteri oggettivi e predeterminati per il conferimento e l'autorizzazione all'esercizio di incarichi che provengono da Amministrazioni Pubbliche diverse da quella di appartenenza o da privati. Tali incarichi devono avere carattere di occasionalità e non continuità, al fine di non confliggere con il presupposto di rapporto di esclusività del dipendente dell'Azienda.

Tutti i dipendenti che a qualsiasi titolo, anche gratuito, intendono svolgere attività che non rientrano tra quelle istituzionali, né sono identificabili nell'ambito dell'attività di libera professione, devono attenersi alle disposizioni del Regolamento.

Nella procedura amministrativa sono state distinte le richieste autorizzative da quelle di semplice comunicazione, (art. 53 comma 6 del D. Lgs. n. 165/2001), che non prevedono alcuna autorizzazione preventiva, né obblighi di comunicazione, e, in ogni caso, disponendo che venga allegata la dichiarazione di assenza di conflitti d'interessi.

Attualmente la gestione dell'Ufficio Ispettivo-Anagrafe delle Prestazioni è di competenza della Unità Operativa Affari Generali.

2.3.5.3 Pantouflage

Tra le misure adottate per garantire l'attuazione della disposizione sul pantouflage è previsto l'obbligo per il dipendente che ha svolto la propria attività lavorativa nelle aree gestionali a rischio corruzione, al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, di sottoscrivere una dichiarazione con cui lo stesso si impegna al rispetto del divieto di Pantouflage, al fine di evitare eventuali contestazioni sulla conoscibilità della norma. Così come è opportuno, l'inserimento di apposite clausole già negli atti di assunzione del personale che prevedono espressamente il divieto di pantouflage.

La dichiarazione succitata, parte degli atti delle procedure per la cessazione del servizio, deve essere a cura dell'Area Gestione delle Risorse Umane, che trasmetterà copia della stessa al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

Inoltre lo scrivente RPCT, appreso di un caso di violazione del divieto di Pantouflage da parte di un ex dipendente, provvederà a segnalare tale violazione all'ANAC e alla Direzione Generale ed eventualmente anche all'ente o al soggetto privato presso cui lo stesso ex dipendente è stato assunto.

2.3.5.4 Wistleblowing

Quest'Azienda ha definito una procedura on-line certificata, aderendo al progetto WhistleblowingPA di Transparency International Italia e del Centro Hermes per la Trasparenza e i Diritti Umani e Digitali, che permette agli utenti di proporre segnalazioni nel rispetto del dettato normativo.

In particolare si espongono di seguito le due diverse procedure.

a) Procedura senza l'uso di software

La denuncia del whistleblower per i casi e nei modi previsti dalla norma potrà essere effettuata al Dirigente gerarchicamente superiore, ovvero al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, ovvero alla stessa Autorità Nazionale Anticorruzione. In particolare il RPC è il soggetto funzionalmente competente a conoscere di eventuali fatti illeciti al fine di predisporre le misure volte a rafforzare il Piano di Prevenzione della Corruzione, pena l'attivazione di specifiche forme di responsabilità nei suoi confronti.

La denuncia può essere effettuata con semplice comunicazione ed eventuale documentazione accompagnatoria nelle modalità di trasmissione:

- direttamente nelle mani del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione;
- in busta chiusa all'Ufficio Anticorruzione;
- via mail a: ufficio.anticorruzione.policlinico.bari@pec.rupar.puglia.it.

Il RPC è tenuto al massimo riserbo della figura del denunciante, conservandone la riservatezza del nominativo.

b) Procedura con l'utilizzo del software

Attraverso un link presente sul portale aziendale alla pagina principale di “Amministrazione Trasparente” si possono avere immediatamente le principali istruzioni e l’accesso alla piattaforma relativa al servizio: <https://policlinicobari.whistleblowing.it/>

Il dipendente segnalatore dovrà compilare le sezioni on line nel più totale anonimato, ottenendo un codice identificativo della pratica attivata.

Il RPCT riceverà una mail della segnalazione e neanche lo stesso Responsabile sarà inizialmente a conoscenza del mittente.

L’A.O.U. Policlinico di Bari in qualità di utilizzatore del servizio ha preso atto delle misure di sicurezza adottate per il citato servizio e le ha annotate nel registro delle attività di trattamento dell’informatica ai sensi dell’Art. 13 del GDPR pubblicata al seguente link: <https://www.sanita.puglia.it/web/ospedalegiovanixiii/amministrazione-trasparente>

Si specifica che il servizio di segnalazione utilizzato è a garanzia della riservatezza dei dati del segnalante, la nomina a Responsabile del Trattamento è in capo a Transparency International Italia, Centro Hermes per la trasparenza e i Diritti umani Digitali.

2.3.5.5 Rotazione del personale

La rotazione del personale assegnato alle aree a rischio è considerata una misura fondamentale che il Piano Nazionale Anticorruzione.

Negli aspetti sostanziali l’ANAC impone alle amministrazione la definizione di criteri (es. l’individuazione degli uffici da sottoporre a rotazione, la fissazione della periodicità, le caratteristiche funzionali), individuando le fonti normative e lo sviluppo di una programmazione che dovrà essere oggetto di verifica da parte del RPCT.

In questo contesto, le diverse strategie di governo di questa Azienda hanno solo in parte attuato la prevista movimentazione del personale dirigente PTA (professionale, tecnico, amministrativo). A giustificazione di questo va detto che si è avuta una notevole movimentazione a causa del verificarsi di pensionamenti, di nuove assunzioni, di procedure di comando e di mobilità, che hanno provocato l’effetto conseguente di un naturale avvicendamento del personale, producendo di fatto un’applicazione del principio di rotazione.

Discorso diverso è il ricorso alla rotazione del personale medico inquadrato nel ruolo dirigenziale, in quanto risulta essere di difficile applicabilità, poiché vincolato dal possesso di titoli e competen-

ze specialistiche, ma soprattutto di expertise consolidate, difficilmente trasferibili all'interno di una struttura ospedaliera.

Comunque, in attuazione delle attività previste e delle indicazioni estrapolate dal PNA 2022 di recente pubblicazione, si intende programmare, entro il prossimo triennio, la redazione ed adozione del "Regolamento sulla rotazione del personale nelle aree a rischio di corruzione", secondo quanto previsto dalle linee di indirizzo ANAC con deliberazione n.13/2015 (orientamenti in tema di rotazione del personale nelle amministrazioni pubbliche che si aggiungono alle prescrizioni del Piano Nazionale) e dalle previgenti disposizioni legislative in materia di rotazione del personale (legge n. 190/2012 e D.P.R. n. 62/2013 art. 13 c. 6).

2.3.6 Formazione

Il Piano di Formazione Aziendale rappresenta l'elemento fondamentale per promuovere lo sviluppo coordinato dei molteplici sottosistemi dell'organizzazione sanitaria. È progettato e costruito per fornire risposte alle diverse esigenze formative degli operatori sanitari e non dell'Azienda, spaziando dal bisogno di salute fino alla valorizzazione della professionalità dell'individuo.

In quest'ambito per l'anticorruzione e trasparenza, su proposta dell'RPCT con il supporto dell'ufficio formazione, l'Azienda, in ottemperanza all'art. 1 commi 5-8-9-10-11 della Legge 190/2012, ha previsto l'implementazione nell'anno 2023 di un programma formativo del quale una parte generale è rivolta a tutti i dipendenti, finalizzato a diffondere i valori etici e a promuovere la conoscenza di principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati ed una parte di maggiore approfondimento, cosiddetta differenziata, rivolta alle figure maggiormente a rischio.

2.3.7 Trasparenza

Per quanto riguarda agli aspetti organizzativi interni, nelle more del completamento dell'attuazione del nuovo assetto aziendale, si ripropone e conferma l'impianto generale previsto dai precedenti PTPCT, pur con qualche primo marginale correttivo, pienamente giustificato alla luce delle novità legislative medio tempore approvate.

La Sezione, comunque, potrà essere oggetto di esame e valutazione da parte dell'RPCT, nell'esercizio 2023, ai fini della sua eventuale modifica ed aggiornamento del sistema sulla trasparenza.

Ciascun Direttore e/o Responsabile di Unità Operativa Complessa, Area, Unità Operativa Semplice Dipartimentale e ufficio dell'AOU Policlinico di Bari è responsabile della trasmissione dei flussi documentali e dell'attuazione, relativamente alle informazioni di sua propria competenza, della parte del Piano Triennale della Trasparenza.

Il Referenti Anticorruzione e Trasparenza effettueranno le attività di monitoraggio sullo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione inviati periodicamente al Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

Secondo quanto previsto dal D.lgs n. 33/2013, dal D.lgs n. 97/2016 e dalla delibera ANAC n. 1310 del 28 dicembre 2016, piano, le modalità di pubblicazione on-line dei dati per la sezione trasparenza, i relativi aggiornamenti annuali, nonché i documenti, le informazioni ed i dati concernenti l'organizzazione e l'attività dell'AOU, dovranno essere pubblicati sul sito web aziendale all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/> nella sezione Sistema sanitario/ Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari Ospedale Giovanni XXIII / Amministrazione Trasparente.

2.3.7.1 I Responsabili delle pubblicazioni e i redattori

Date le dimensioni aziendali, l'Amministrazione ha previsto nel modello organizzativo ulteriori figure per la gestione del portale e dell'albo pretorio:

- responsabili per la pubblicazione e aggiornamento del portale aziendale;
- responsabili per la pubblicazione nell'Albo Pretorio on-line;
- soggetti incaricati (redattori) della pubblicazione sul portale istituzionale e all'albo pretorio on-line.

Il Responsabile del procedimento di pubblicazione, Dr. Salvatore Negro, nominato con Delibera CS n. 0352 del 24.02.2021, spetta la gestione coordinata sia dei contenuti e delle informazioni on-line, sia dei processi redazionali dell'Amministrazione. Il RPP raccoglie le segnalazioni relative alla presenza di un contenuto obsoleto ovvero alla incongruenza delle informazioni presenti sul sito rispetto a quelle contenute nei provvedimenti originali, alla luce della Direttiva n. 8 del 2009 del Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione.

Su richiesta inoltrata dal *Responsabile del Procedimento della Pubblicazione* alle varie Aree/UU.OO. obbligate alla pubblicazione degli atti e documentazione di rispettiva competenza, nella sezione "*Amministrazione Trasparente*", ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., sono stati forniti i seguenti

nominativi dei dipendenti designati quali redattori del Portale aziendale e dell'Albo Pretorio Online:

Direzione Sanitaria	Luciano Rizzi
Ufficio Stampa	Francesca Paola Russi – Michele De Sanctis
Area Approvvigionamenti e Patrimonio	Quarto Giovanna – Sellestri Nicola – Rescina Giovanna
Area Gestione Tecnica	Bianco Maria – Calia Loredana – Luisi Anita – Martino Giovanna
Area Gestione del Personale	Cognetti Annamaria – De Giglio Maria – Dongiovanni Anna – Lorusso Giuseppe – Sabatelli Vito – Scavo Giovanni – Renato Fiore – Nicola Zangrillo
Area Gestione Risorse Finanziarie	Marzullo Leonardo
Ufficio Rapporti con l'Università	Saracino Michele – Signorello Maria
Unità Operativa ICT	Binetti Margherita – Costantino Antonio – Di Francesco Gianpiero – Giannelli Alfredo – Meola Rosanna – Serrone Nicola
Ufficio Formazione	Iacovelli Giovanni – Turturo Biagio
Struttura Burocratico –Legale	Fumai Giuseppe
Unità Operativa Semplice Affari Generali	Didonna Fernando - Facchini Lorenza – Negro Salvatore – Petruzzi Caterina – Sisto Vita
Servizio ispettivo	Patrizia Ciufici

2.3.8 L'accesso civico e l'accesso documentale

Con Deliberazione Aziendale n. 146 del 02/04/2021 ed a cura del RPCT è stato adottato *“Il regolamento per l'esercizio dei diritti di accesso civico e documentale”*.

Con questo provvedimento si è voluto indicare delle linee guida per la gestione organizzativa, amministrativa e procedurale al fine di consentire una maggiore chiarezza e trasparenza sia per l'utenza esterna che per il comportamento dei dipendenti nelle funzioni per cui viene loro chiesto di agire a fronte delle richieste pervenute.

L'accesso documentale è l'accesso disciplinato dal Capo V (art. 22) della Legge 241/1990 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi", e ai sensi del D.P.R. n. 184/2006 ed è effettuato se al soggetto richiedente è riconosciuto un interesse giuridicamente protetto, sia esso un interesse legittimo o un diritto soggettivo.

L'accesso civico, invece, seguendo i principi del FOIA (Freedom of Information Act), consente a qualsiasi individuo di formulare richieste, pur non godendo di alcun interesse legittimo.

Esistono due forme di accesso civico:

- l'accesso civico semplice, previsto dall'art. 5 c.1 del Decreto Trasparenza (D. Lgs. n. 33/2013), che consente a chiunque di richiedere all'Azienda documenti, informazioni e dati per cui sia stato previsto l'obbligo della pubblicazione, che risulta omessa;
- l'accesso civico generalizzato (FOIA) consente a chiunque di richiedere documenti, informazioni e dati detenuti dall'Azienda, oltre quelli per cui vige l'obbligo di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'articolo 5-bis del D. Lgs. 33/2013 (Esclusioni e limiti all'accesso civico).

La procedura si attua attraverso una richiesta formale (su carta ovvero a mezzo pec) da presentarsi all'Ufficio Relazioni con il Pubblico ovvero in via diretta all'ufficio istruttore della procedura per cui viene fatta la richiesta.

I Report degli accessi così come risultanti dal relativo Registro sono pubblicati, dal Responsabile del Portale, nel rispetto delle norme vigenti in tema di privacy ogni tre mesi nella sezione :

<https://www.sanita.puglia.it/web/ospedalegiovannixxiii/altri-contenuti-accesso-civico>

In ultimo la Direzione strategica dell'Azienda, nelle more di una rivisitazione complessiva e aggiornamento del regolamento aziendale, con nota prot. n. 1607 del 01/01/2023 presente in Amministrazione Trasparente, ha fornito chiarimenti ed indicazioni operative per tutti gli uffici le UU.OO. sull'esercizio del diritto di accesso.

2.3.9 I Regolamenti aziendali

Nel contesto della organizzazione aziendale e delle forme di aggiornamento normativo che vengono fuori dal moltiplicarsi di linee guida e da nuove disposizioni per approfondimenti di temi di anticorruzione, trasparenza, privacy, procedimenti disciplinari, e molto altro, questa Azienda ha adottato numerosi regolamenti che, comunque, sono in continua evoluzione. Altri regolamenti, come già annunciato in questo Piano, sono in itinere. Attualmente sono riscontrabili anche nel sito istituzionale [nell'apposita sezione:](https://www.sanita.puglia.it/web/ospedalegiovannixxiii/regolamenti)
<https://www.sanita.puglia.it/web/ospedalegiovannixxiii/regolamenti>

3. SEZIONE - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Sottosezione Struttura Organizzativa

I dipendenti presenti a fine 2022 sono pari a 4.653 unità, di cui 4.329 ospedalieri e 324 universitari conferiti in convenzione. Rispetto a fine 2021 l'organico presenta un decremento netto pari a 131 unità.

Le tabelle che seguono mostrano la distribuzione del personale dipendente e convenzionato tra ruolo e area contrattuale.

Personale diretto

	Dip. al 31/12/2021			Variazioni		Dip. al 31/12/2022		
	Tempo Ind.	Tempo Det.	totale	Incrementi	Decrementi	Tempo Ind.	Tempo Det.	totale
RUOLO SANITARIO	2.675	660	3.335	136	-252	2.628	591	3.219
<i>Dirigenza</i>	781	149	930	86	-85	797	134	931
<i>Comparto</i>	1.894	511	2.405	50	-167	1.831	457	2.288
RUOLO PROF.LE	10	3	13	0	0	12	1	13
<i>Dirigenza</i>	5	1	6			6		6
<i>Comparto</i>	5	2	7			6	1	7
RUOLO TECNICO	719	20	739	95	-79	733	22	755
<i>Dirigenza</i>	1		1			1		1
<i>Comparto</i>	718	20	738	95	-79	732	22	754
RUOLO AMM.VO	337	22	359	20	-37	320	22	342
<i>Dirigenza</i>	11		11	1		10	2	12
<i>Comparto</i>	326	22	348	19	-37	310	20	330
TOTALE	3.741	705	4.446	251	-368	3.693	636	4.329
<i>Dirigenza</i>	798	150	948	87	-85	814	136	950
<i>Comparto</i>	2.943	555	3.498	164	-283	2.879	500	3.379

Personale convenzionato universitario

	Dip. al 31/12/2021	Variazioni		Dip. al 31/12/2022
	Tempo Det.	Incrementi	Decrementi	Tempo Det.
RUOLO SANITARIO	259	20	-25	254
<i>Dirigenza</i>	226	20	-24	222
<i>Comparto</i>	33		-1	32
RUOLO TECNICO	26	0	-4	22
<i>Dirigenza</i>	1			1
<i>Comparto</i>	25		-4	21
RUOLO AMM.VO	53	0	-5	48
<i>Dirigenza</i>				0
<i>Comparto</i>	53		-5	48
TOTALE	338	20	-34	324
<i>Dirigenza</i>	227	20	-24	223
<i>Comparto</i>	111	0	-10	101

3.2 Sottosezione Organizzazione del Lavoro Agile (POLA)

Il D.L. n. 34 del 19 maggio 2020, “*Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID19*”, convertito in Legge n. 77 del 17 luglio 2020, ha disposto che entro il 31 gennaio di ciascun anno, le amministrazioni pubbliche redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del Piano della Performance previsto dal D.Lgs n. 150 del 27 ottobre 2009. Il POLA è un documento di programmazione che dettaglia le fasi su cui si articola il processo di graduale implementazione del lavoro agile (o *smart working*) nelle amministrazioni pubbliche, illustrandone le azioni e gli indicatori per il monitoraggio dello stato di avanzamento.

Il lavoro agile, secondo una definizione del M.I.U.R. “*è una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato caratterizzato dall'assenza di vincoli orari o spaziali e un'organizzazione per fasi, cicli e obiettivi, stabilita mediante accordo tra dipendente e datore di lavoro*”. L'impulso allo sviluppo di tale modello organizzativo, già previsto nella Legge n. 124/2015, ha origine nel significativo ricorso a tale modalità di lavoro, causato dallo stato di emergenza sanitaria esplosa nel corso degli anni precedenti.

Ai fini della predisposizione del presente Piano si è tenuto conto delle Linee guida emanate a tal fine dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP), che forniscono indicazioni sul suo contenuto minimo e sulle modalità di stesura. Obiettivo del documento è descrivere un percorso, da compiere nell'arco temporale di un triennio, attraverso cui completare la transizione della modalità di lavoro agile dalla fase emergenziale a quella ordinaria.

Inevitabilmente, questo processo innovativo impatta sui modelli di lavoro attualmente applicati nelle PP.AA., nella loro interezza, producendo effetti anche nei contenuti di altri documenti di programmazione quali ad esempio, il Piano Triennale per l'Informatica, il Piano Triennale dei fabbisogni del personale, il Piano Triennale di formazione del personale, oltretutto sul sistema di valutazione della performance organizzativa ed individuale.

Tenuto conto delle indicazioni riportate nelle richiamate Linee guida, il presente Piano si articola sui seguenti punti:

- 1) Livello di attuazione del lavoro agile
- 2) Modalità attuative
- 3) Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile
- 4) Programma di sviluppo del lavoro agile

Va da subito evidenziato che, in considerazione della mission della nostra Azienda, che opera nel sistema del servizio sanitario, tutte le azioni, i modelli di monitoraggio, i sistemi di valutazione che riguardano l'implementazione del POLA, coinvolgono una parte numericamente limitata del personale in servizio, appartenente in misura prevalente al ruolo tecnico-amministrativo o che svolge attività anche di supporto all'attività assistenziale ma che non richiede la presenza nelle aree sanitarie (es.: telemedicina).

LIVELLO DI ATTUAZIONE DEL LAVORO AGILE

Con D.L. n. 9 del 2 marzo 2020, recante *“Misure urgenti di sostegno per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”*, il Governo, stante la necessità di implementare azioni che limitassero la diffusione del virus, ha introdotto l'obbligo per le PP.AA. di *“adottare misure organizzative per il ricorso a nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione lavorativa”*, trasformando, di fatto, il lavoro agile in modalità di lavoro ordinaria, in superamento del regime sperimentale che sino ad allora lo aveva caratterizzato.

A seguito di tale disposizione, l'AOU Consorziale Policlinico di Bari ha posto in essere una serie di immediate misure organizzative per consentire, in tempi rapidi, ad un certo numero di lavoratori di poter svolgere il proprio lavoro in modalità *smart working*.

Sotto il profilo tecnologico, l'Azienda ha potuto sfruttare dispositivi e applicativi già utilizzati per consentire a soggetti delocalizzati, abilitati, l'accesso ai server interni, mediante sistemi di collegamento basati su meccanismi in grado di garantire un elevato livello di sicurezza e controllo. Ciò ha consentito, in tempi molto rapidi, di organizzare e rendere operativo l'accesso agli applicativi dell'ente ai dipendenti collocati in lavoro agile.

Successivamente l'Azienda ha provveduto a dotarsi di un regolamento interno, adottato con delibera del D.G. n. 1318 del 22 ottobre 2020 (Regolamento per lo svolgimento del lavoro agile), per disciplinare in una prima fase caratterizzata dal contesto emergenziale, l'applicazione del nuovo modello di organizzazione del lavoro "a distanza". Il documento rappresenta l'elemento base di un percorso che, partendo dall'esigenza di limitare la mobilità e la presenza in ufficio del personale, dettata da una condizione di straordinarietà, si pone come finalità il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa attraverso la digitalizzazione dei processi, il miglioramento del benessere organizzativo, lo sviluppo di una nuova cultura del lavoro basata sull'autonomia organizzativa e sulla responsabilizzazione dei risultati.

In termini quantitativi, l'esperienza del lavoro agile nell'AOU Consorziale Policlinico di Bari nel corso dell'anno 2020 può essere sintetizzata nella seguente tabella:

Figure prof.li collocabili in smart working	Ruolo	Totale dip.	Dip. in sw	di cui a T.I.	di cui a T.D.	di cui donne	di cui uomini
Assistente Amministrativo	Amministrativo	104	43	43		26	17
Assistente Tecnico	Tecnico	25	8	5	3	5	3
Coadiutore Amministrativo	Amministrativo	83	15	15		11	4
Coadiutore Amministrativo Senior	Amministrativo	31	5	5		1	4
Collaboratore Amministrativo Professionale	Amministrativo	81	41	38	3	25	16
Collaboratore Amministrativo Professionale Senior	Amministrativo	3	1	1		1	
Collaboratore Tecnico Professionale	Tecnico	14	11	11		3	8
Commesso	Amministrativo	58	2	2		1	1
Direttore Ingegnere Struttura Complessa	Professionale	1	1	1			1
Dirigente amministrativo	Amministrativo	12	4	4		3	1
Dirigente Analista	Tecnico	1	1	1			1
Dirigente Avvocato / Procuratore Legale	Professionale	1	1	1		1	
Dirigente Ingegnere	Professionale	3	3	2	1	2	1
Operatore Tecnico	Tecnico	38	5	5		2	3
Operatore Tecnico Specializzato	Tecnico	48	2	2			2
Programmatore	Tecnico	6	5	5			5
Specialista nei rapporti con i media, giornalista pubblico	Professionale	2	2		2	1	1
Totale _1		511	150	141	9	82	68
Altre figure prof.li							
Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	Sanitario	1.779	6	6		5	1
Collaboratore Professionale Sanitario Ostetrica	Sanitario	45	1	1		1	
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Laborat.	Sanitario	122	2	2		1	1
Dirigente biologo	Sanitario	38	3	2	1	3	
Dirigente Medico	Sanitario	812	6	6		6	
Dirigente Psicologo	Sanitario	11	4	2	2	3	1
Totale _2		2.807	22	19	3	19	3
Totale complessivo		3.318	172	160	12	101	71

Con riferimento ai dati relativi alle figure professionali che sia per ruolo, sia per attività svolta possono ritenersi maggiormente vocate al lavoro in modalità agile è possibile determinare la percentuale di incidenza del personale collocato in *smart working* sul totale, che risulta pari al 29,4%, di cui:

- ✓ il 94,0% a tempo indeterminato vs il 6,0% a tempo determinato
- ✓ il 54,7% donne vs il 45,3% uomini

MODALITÀ ATTUATIVE

L'AOU Consorziale Policlinico di Bari in sede di prima applicazione del lavoro agile e per dare attuazione a quanto previsto nel proprio Regolamento in materia ha provveduto ad una prima individuazione delle "Aree interessate per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità *Smart Working*", di seguito elencate:

AREE DI GESTIONE /UU.OO. AMMINISTRATIVE:

- Area del Patrimonio
- Area Gestione Risorse Finanziarie
- Area del Personale
- Area Tecnica
- U.O. Affari Generali

UFFICI DI STAFF DELLA DIREZIONE:

- Centro Unico Prenotazioni
- Gestione Aziendale ICT
- Ingegneria clinica
- Programmazione e controllo di gestione
- Qualità e rischio clinico
- Rapporti con l'Università
- Segreteria Direttore Generale
- Struttura burocratico legale
- Ufficio atti deliberativi
- Ufficio comunicazione e relazioni esterne
- Ufficio facility
- Ufficio formazione
- Ufficio qualità
- Ufficio relazioni con il Pubblico
- Unità di statistica epidemiologica

AREE SANITARIE:

- ◆ Area delle attività amministrativa e di segreteria delle UU.OO
- ◆ Area delle attività sanitarie erogabili in telemedicina
- ◆ Area delle attività sanitarie non assistenziali

L'Azienda, con specifici provvedimenti, ha inoltre definito indicazioni operative e comportamentali per i dipendenti in *smart working* redigendo apposite modalità operative.

In particolare ha disciplinato:

- le modalità di utilizzo dei dispositivi informatici messi a disposizione dall'Azienda (computer, tablet, dispositivi per l'accesso alla rete, firme digitali, ecc...)
- le misure necessarie per la protezione dei dati personali e particolari trattati dall'Azienda
- le misure che garantiscono la sicurezza informatica al fine prevenire eventuali danni al patrimonio informativo aziendale

Tutto quanto posto in essere nel corso del 2020 rappresenta indubbiamente una fase embrionale del progetto di implementazione del modello di lavoro agile che questa amministrazione intende sviluppare nel prossimo triennio.

In seguito al rientro in presenza dei dipendenti in *smart working* a partire dal 15.10.2021, per effetto del Decreto Ministeriale dell'08.10.2021, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 245 del 13.10.2021, questa Amministrazione ha consentito solo ai lavoratori fragili di proseguire l'attività in modalità agile, tenuto conto delle disposizioni legislative che in date successive hanno prorogato tale possibilità per la predetta categoria di lavoratori (in ultimo la legge di Bilancio 2023).

Ad oggi in termini quantitativi, l'esperienza del lavoro agile nell'AOU Consorziale Policlinico di Bari è così rappresentata:

Figure Professionali collocabili in <u>smart working</u>	ruolo	Totale dipendenti	dip. In SW	di cui a T.I.	di cui a tempo T.D.	di cui donne	di cui uomini
Assistente Amministrativo	Amministrativo	94	4	4		2	2
Assistente Tecnico	Tecnico	17					
Coadiutore Amministrativo	Amministrativo	74	4	4		3	1
Coadiutore Amministrativo Senior	Amministrativo	23	2	2		1	1
Collaboratore Amministrativo Professionale	Amministrativo	82	6	4	2	2	4
Collaboratore Amministrativo Professionale Senior	Amministrativo	1					
Collaboratore Professionale Specialista della comunicazione istituzionale	Professionale	1					
Collaboratore Tecnico Professionale	Tecnico	28					
Commesso	Amministrativo	57	1	1			1
Dirigente Analista	Tecnico	1					
Dirigente Avvocato / Procuratore Legale	Professionale	1					
Dirigente Ingegnere	Professionale	4					
Operatore Tecnico	Tecnico	31					
Operatore Tecnico Specializzato	Tecnico	25					
Programmatore	Tecnico	8					
Specialista nei rapporti con i media, giornalista pubblico	Professionale	2					
Dirigente Amministrativo	Amministrativo	10					
Totale complessivo		459	17	15	2	8	9

Altre figure professionali							
C.P.S. Infermiere	Sanitario	1890					
C.P.S. Ostetrica	Sanitario	49	1			1	
C.P.S. Tecnico di Laboratorio Biomedico	Sanitario	136					
Dirigente Biologo	Sanitario	51	1			1	
dirigente medico	Sanitario	842					
Dirigente Psicologo	Sanitario	14					
Totale complessivo		2982	2			2	
	tot. Complessivo	3441	19	15	2	10	9

Questa Azienda, nelle more dell'applicazione degli istituti connessi al lavoro agile previsti dal vigente CCNL Comparto Sanità del 02.11.2022 e della definizione delle modalità e degli obiettivi del lavoro agile, tenuto anche conto dell'esperienza maturata durante la fase emergenziale della pandemia da Covid-19, si riserva di elaborare un nuovo documento per l'accesso allo smart working.

SOGGETTI, PROCESSI E STRUMENTI DEL LAVORO AGILE

Il POLA è governato dall'Area Gestione del Personale che funge da cabina di regia per il monitoraggio dell'intero processo e la verifica dei risultati intermedi.

Ai fini dell'implementazione del POLA, particolare rilevanza è riservata alla figura dei dirigenti responsabili delle Unità operative individuate dal regolamento aziendale. Essi svolgono un ruolo cardine di promotori dell'innovazione e sono chiamati a gestire la transizione verso un nuovo modello di organizzazione del lavoro basato sul concetto di "lavoro per obiettivi" e sulla responsabilizzazione di ciascun lavoratore.

Al dirigente è delegata:

- ✓ la mappatura delle attività *smartabili*, ovvero sia la ricognizione dei processi di lavoro che per modalità di espletamento, tempistiche e competenze, possono essere svolte da remoto;
- ✓ la quantificazione ed i criteri di identificazione delle unità di personale impiegato "a distanza";
- ✓ l'organizzazione del lavoro per obiettivi
- ✓ la promozione di percorsi formativi specifici per lo sviluppo delle competenze richieste dalla nuova modalità di lavoro;
- ✓ la proposizione di un modello di monitoraggio e verifica dei risultati;
- ✓ la valutazione degli strumenti informatici e digitali necessari per l'espletamento del lavoro in modalità agile.

In questo percorso, e con riferimento specifico a quest'ultimo punto, interviene in modo significativo la struttura aziendale dedicata all'Information Technology, cui compete la ricerca delle soluzioni tecnologiche, informatiche e digitali più appropriate ed il relativo eventuale approvvigionamento. Tra gli strumenti necessari per la realizzazione del progetto si prevede l'acquisizione/estensione di:

- ⇒ firewall che consentano l'accesso da remoto in VPN alla rete dell'ente in totale sicurezza;
- ⇒ software per la gestione di *workflow* documentale;
- ⇒ applicativi e dispositivi hardware che consentano la fruizione di videoconferenze;

- ⇒ dispositivi hardware da assegnare ai dipendenti autorizzati al lavoro agile;
- ⇒ dispositivi per l'accesso in remoto alla rete aziendale.

Vengono, inoltre, individuati sviluppi riguardanti i seguenti strumenti:

- implementazione di desktop virtuali;
- migrazione in cloud di dati e applicativi;
- incremento delle licenze per videoconferenze;
- incremento delle dotazioni hardware per accedere in VPN e per videoconferenze.

Il processo di implementazione del POLA, come già accennato in premessa, richiede la progettazione di un sistema di controllo dei risultati di processo demandata all'Ufficio Controllo di Gestione che, a tal fine, opera di concerto con l'Area Gestione del Personale. Il piano dettagliato degli obiettivi intermedi ed il sistema degli indicatori selezionati sono sottoposti all'attenzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) per valutarne l'adeguatezza.

Durante lo svolgimento del processo si valuteranno le eventuali modalità di coinvolgimento del Comitato Unico di Garanzia (CUG).

PROGRAMMA DI SVILUPPO DEL LAVORO AGILE

Secondo quanto suggerito dalle Linee guida del DFP, il programma di sviluppo del lavoro agile si articola sulla base dei seguenti *milestones*:

- 1) verifica delle condizioni abilitanti del lavoro agile;
- 2) modalità e stato di attuazione del lavoro agile;
- 3) misurazione della performance organizzativa;
- 4) valutazione degli impatti.

Va da subito precisato che la valutazione degli impatti del lavoro agile (contesto esterno e interno all'azienda) non sono di agevole misurazione. Si può solo presupporre che lo sviluppo della nuova modalità organizzativa del lavoro, non possa che produrre effetti positivi sia per la salute organiz-

zativa per i lavoratori, sia per l'ambiente (si pensi ad esempio alla riduzione di emissioni per la minor mobilità).

Nell'ambito dell'intero processo assume rilevanza il sistema di valutazione delle performance che prevede obiettivi e KPI specifici per ciascuna delle tre dimensioni di seguito elencate:

- ⇒ stato di implementazione
- ⇒ performance organizzativa
- ⇒ performance individuale

Per quanto attiene la performance organizzativa si interverrà con gli opportuni adeguamenti, nell'ambito della fase di assegnazione degli obiettivi operativi alle UU.OO. interessate dal POLA, mentre con riferimento alla performance individuale si procederà ad un adattamento della scheda di valutazione individuale ai nuovi criteri di misurazione che saranno selezionati.

Per ciascuno dei *milestone* sopra elencati si riportano, in forma tabellare, gli obiettivi, gli indicatori, i target e gli attori di ogni singolo *step* del progetto.

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	STATO	FASE DI	FASE DI	FASE DI	SOGGETTI
			2020 (baseline)	AVVIO Target 2021	SVILUPPO INTERMEDIO Target 2022	SVILUPPO AVANZATO Target 2023	
VERIFICA DELLE CONDIZIONI ABILITANTI DEL LAVORO AGILE	SALUTE ORGANIZZATIVA						
	Mappatura delle attività "smartabili"		Effettuata una prima mappatura	Revisione della mappatura iniziale			Area del Personale / Dirigenti degli uffici interessati
	Revisione del regolamento aziendale	Deliberazione del nuovo regolamento	Approvazione di una prima versione	Revisione e recepimento			Area del Personale
	Istituzione di un ufficio di coordinamento organizzativo del lavoro agile	Atto di formalizzazione		Implementazione	Consolidamento	Consolidamento	Area del Personale

	Implementazione di un help desk informatico dedicato	Atto di formalizzazione		Implementazione	Consolidamento	Consolidamento	ICT	
	Implementazione di un sistema di rilevazione del benessere organizzativo	Rendicontazione dei risultati della <i>customer satisfaction</i>		Progettazione del sistema di rilevazione	Rilevazione della <i>survey</i>	Rilevazione della <i>survey</i>	Ufficio Qualità	
	SALUTE PROFESSIONALE							
	Rilevazione dei bisogni formativi del personale	Piano dei bisogni formativi dedicati		Ricognizione dei bisogni formativi del personale				Area del Personale / Dirigenti degli uffici interessati
	Predisposizione di corsi di formazione dedicati per diri-	Approvazione del Piano della Formazione		Ricognizione dei bisogni formativi del personale	Organizzazione ed espletamento dei corsi di	Organizzazione ed espletamento dei corsi di formazio-		Area del Personale / Ufficio Formazione

	genti e comparto				formazione	ne	zione
	Accrescimento della professionalità del personale, relativamente a competenze direzionali, organizzative, digitali	% di personale partecipante a corsi di formazione		50%	75%	100%	Ufficio Formazione
	SALUTE DIGITALE						
	Implementazione di una intranet aziendale	Presenza di una intranet aziendale	SI				ICT
	Implementazione di un sistema VPN	Presenza di un sistema VPN	SI				ICT
Implementazione di un sistema di <i>cloud storage</i>	Presenza di un sistema di <i>cloud storage</i>	NO	Valutazione	Eventuale implementazione		ICT	

	Ricognizio- ne della do- tazione di dispositivi hardware necessari	Comple- tamento della dota- zione ne- cessaria	Dotazio- ne par- ziale	Completa- mento			ICT / Diri- genti degli uffici interes- sati
	Estensione del sistema di firma di- gitale	% dipen- denti provvisi di disposi- tivi per la firma digi- tale		75%	100%	100%	ICT
SALUTE ECONOMICO-FINANZIARIA							
	Valutazione dei costi da sostenere per corsi di formazione	Rendicon- to tra- smesso al- la Direzio- ne Ammi- nistrativa		Elabora- zione della stima delle risorse fi- nanziarie necessarie			Ufficio Forma- zione
	Valutazione dei costi da sostenere per il com- pletamento della dota- zione hardware	Rendicon- to tra- smesso al- la Direzio- ne Ammi- nistrativa		Elabora- zione della stima delle risorse fi- nanziarie necessarie			ICT

	Valutazione dei costi da sostenere per l'acquisizione di eventuali applicativi e dispositivi digitali	Rendicon- to tra- smesso al- la Direzio- ne Ammi- nistrativa		Elabora- zione della stima delle risorse fi- nanziarie necessarie			ICT
	Valutazione dei costi da sostenere per l'acquisizione di nuove infrastrutture digitali	Rendicon- to tra- smesso al- la Direzio- ne Ammi- nistrativa		Elabora- zione della stima delle risorse fi- nanziarie necessarie			ICT

DIMEN- SIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	STATO 2020 (baseli-	FASE DI AV- VIO Tar-	FASE DI SVILUPPO INTER- MEDIO Target	FASE DI SVILUP- PO AVAN- ZATO Target	SOG- GETTI
-----------------	-----------	------------	-----------------------------------	--	--	---	---------------

			ne)	get 2021	2022	2023	
ATTUAZIONE LAVORO AGILE	QUANTITA'						
	Incrementare il n.ro di dipendenti in <i>smart working</i>	% lavoratori in sw / lavoratori "agili" potenziali		Almeno il 60%	Almeno il 60%	Almeno il 60%	Area del Personale / Dirigenti degli uffici interessati
	Incrementare il n.ro di giornate lavorative in modalità "agile"	% gg lavoro agile / gg lavorative totali eseguibili in sw		Almeno l'80%	Almeno l'80%	Almeno l'80%	Area del Personale / Dirigenti degli uffici interessati
	QUALITA'						
	Incrementare il benessere organizzativo dei dipendenti	% del livello di soddisfazione per genere		Almeno il 90%	Almeno il 90%	Almeno il 90%	Area del Personale / Ufficio Qualità
	Incrementare il benessere organizzativo dei di-	% del livello di soddisfazione per età		Almeno il 90%	Almeno il 90%	Almeno il 90%	Area del Personale / Ufficio Qualità

	pendenti						
	Massimizzare il grado di soddisfazione dei dirigenti per l'operato dei collaboratori in <i>smart working</i>	% dirigenti/posizioni organizzative soddisfatte del lavoro agile dei propri collaboratori		Almeno il 90%	Almeno il 90%	Almeno il 90%	Area del Personale / Ufficio Qualità

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	STATO	FASE DI	FASE DI	FASE DI	SOGGETTI
			2020 (base-line)	AVVIO Target 2021	SVILUPPO INTER-MEDIO Target 2022	SVILUPPO AVANZATO Target 2023	
PERFORMANCE ORGANIZZATIVE	ECONOMICITÀ						
	Riduzione dei costi per straordinario	Valore economico dello straordinario erogato		Azzera-mento	Azzera-mento	Azzera-mento	
	EFFICIENZA						

	Riduzione dei tempi di lavorazione delle pratiche	Tempi di lavorazione		Ottimizzazione dei tempi in relazione alla tipologia di pratiche processate	Ottimizzazione dei tempi in relazione alla tipologia di pratiche processate	Ottimizzazione dei tempi in relazione alla tipologia di pratiche processate	
	Riduzione delle giornate di assenza	gg di assenza		limitate alle ferie ordinarie e alle malattie	limitate alle ferie ordinarie e alle malattie	limitate alle ferie ordinarie e alle malattie	
	EFFICACIA						
	Massimizzazione della qualità percepita dagli utenti	Rendicontazione dei risultati della <i>customer satisfaction</i>		Esito della valutazione positivo per almeno il 90%	Esito della valutazione positivo per almeno il 90%	Esito della valutazione positivo per almeno il 90%	

3.3 Sottosezione Piano Triennale dei fabbisogni di personale

Il documento allegato si pone l'obiettivo di programmare il fabbisogno della forza lavoro dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Consorziiale di Bari per il triennio 2021-2023, alla luce della programmazione aziendale, dei principali trend che interessano il campo di azione sanitario in generale e delle conseguenze della pandemia da Covid 19.

In particolare prende atto della cessazione dello stato di emergenza e quindi della gestione delle fasi di rientro nella regolarità delle attività e servizi con conseguente riequilibrio e riorganizzazione delle risorse umane.

Coerentemente con quanto previsto dalla normativa di riferimento, il quadro in esso delineato persegue una compatibilità con i vincoli di finanza pubblica vigenti e i contenuti sono organizzati ed elaborati secondo quanto previsto dalle “Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani di fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche” pubblicate nella Gazzetta Ufficiale serie generale n. 173 del 27/07/2018 e dagli indirizzi per la predisposizione dei Piani Triennali di Fabbisogno di personale per il triennio 2021-2023 forniti dalla Regione Puglia –Dipartimento Promozione della Salute e del benessere animale con le seguenti Deliberazioni di Giunta :

- DGR N. 2416 del 21.12.2018, recante l’approvazione delle “Linee Guida regionali per l’adozione dei Piani del Fabbisogno di personale da parte delle Aziende ed Enti del SSR ai sensi degli Artt.6 e 6 ter D.Lgs 165/2001 s.m.i e delle Linee di Indirizzo Ministeriali approvate con DM dell’8/05/2018”;
- DGR N.2452 del 30.12.2019 avente ad oggetto” Linee Guida Regionali per l’adozione dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP) DELLE Aziende ed Enti del SSR ai sensi degli Artt.6 e 6 ter D.Lgs 165/2001 s.m.i e delle Linee di Indirizzo Ministeriali approvate con DM dell’8/05/2018”;
- DGR N.869 del 15.06.2022 avente ad oggetto: “Approvazione indicazioni operative in materia di personale delle Aziende ed Enti del SSR”;
- DGR N.1492 del 28.10.2022 avente ad oggetto: “Relazione in materia di gestione del personale del SSR e di Sanitaservice-Ricognizione – Presa d’atto Documento Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome 22/154/CR7a/C7”
- DGR N.1818 del 12.12.2022, recante “Avvio procedure di stabilizzazione del personale del SSR ai sensi dell’art. 20 comma1, del D.lgs n.75/2017 e dell’art. 1, co.268 lett.b), primo periodo, della L.234/2021. Ulteriori disposizioni in materia di personale. Modifica ed integrazione della deliberazione di Giunta Regionale n.1896 del 22.11.2021”, con la quale la Giunta Regionale ha proceduto a rideterminare i tetti di spesa delle Aziende ed Enti del SSR, di cui alla precedente DGR N.2293 del 11.12.2018, nella misura di € 209.773.429 per quest’Azienda, anzichè 201.596.347; la medesima DGR ha altresì definito le azioni necessarie a qualificare ulteriormente la spesa del personale per i prossimi anni, in coerenza con le linee programmatiche delineate nel Piano Operativo 2022-2024,

al fine di consentire alla Regione Puglia di potenziare l'offerta sanitaria, per il tramite delle Aziende ed Enti del SSR, allineando il fabbisogno del personale alla programmazione ex DM n.70/2013, D.L. n.34/2020, DM n.77/2022 e secondo le indicazioni fornite dal PNRR, sia pur nel pieno rispetto dei vincoli di finanza pubblica e dei limiti di spesa definiti dalla normativa nazionale in materia, prevedendo che le Aziende Sanitarie adottino il PTFP 2021-2023 definendo gli spazi assunzionali in base alle esigenze assistenziali, in modo tale che tenga conto anche delle unità da stabilizzare

L'impostazione di questa edizione del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale ricalca la versione 2020-2022 per assicurare continuità metodologica e possibilità di confronto. Pertanto, con riferimento al fabbisogno inerente il personale in convenzione con l'Università degli Studi di Bari, sono stati confermati i valori del PTFP 2020-2022, nelle more di una più puntuale ricognizione da effettuare nell'ambito della revisione del PTFP annuale entro il prossimo 31 gennaio 2023.

Il quadro disegnato per gli anni 2021 2022 e 2023 si ispira agli obiettivi ed ai vincoli della programmazione regionale e nazionale e si inquadra in un ragionamento sostenibile e coerente con la rimodulazione delle esigenze legate agli andamenti della pandemia.

Si allega la Deliberazione n.1241 del 16.12.2022 di Piano Triennale del Fabbisogno di personale 2021-2023 – PROVVISORIO-, approvato "IN PRIMA VALUTAZIONE con DGR N. 1980 del 22.12.2022;

Inquadramento normativo concettuale del Piano triennale dei Fabbisogni

Il piano triennale dei fabbisogni di personale, previsto dagli articoli 6 e 6 ter del decreto legislativo 165 del 2001, così come novellato dal D.Lgs n. 75 del 2017, è uno strumento volto a coniugare l'impiego ottimale delle risorse pubbliche e gli obiettivi di performance delle amministrazioni in un'ottica di efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini e ad assicurare, da parte delle amministrazioni destinatarie, il rispetto degli equilibri di finanza pubblica.

Il presente PTFP viene definito in coerenza con l'attività di programmazione complessivamente intesa sia come documento che si pone alla base delle regole costituzionali di buona amministrazione, sia come strumento imprescindibile di un'organizzazione chiamata a garantire il miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini ed alle imprese.

Nella predisposizione del PTFP l'Azienda si pone l'ambizioso obiettivo di rispettare i vincoli finanziari, in armonia con gli obiettivi definiti nel ciclo della performance e soprattutto con la missione istituzionale di garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Il PTFP si configura come un atto di programmazione triennale a scorrimento annuale adottato dal Direttore Generale e, proprio in quanto documento di programmazione, non vincola direttamente l'attività, ma la orienta in maniera flessibile alla luce delle mutate esigenze organizzative, normative e funzionali. Tali esigenze, soprattutto in questo periodo, possono anche richiedere eventuali modifiche in corso d'anno ove ci si trovi di fronte a situazioni nuove e non prevedibili e purchè tali modifiche risultino adeguatamente motivate.

La logica alla quale si ispira il presente documento è quella di partire dalle risorse annualmente liberabili dalle cessazioni previste e, tenendo conto dei vincoli finanziari, stabilire l'entità delle risorse attivabili per le assunzioni necessarie a far fronte ai fabbisogni.

Il presente PTFP, in quanto fulcro di uno dei processi più strategici e rilevanti della gestione delle risorse, si ispira ai principi generali di legalità e legittimità e mira a perseguire le migliori pratiche connesse con la prevenzione della corruzione.

Il PTFP nel rispetto dell'art. 16 del D.lgs n.33 del 14 marzo 2013 "obblighi di pubblicazione concernenti la dotazione organica e il costo del personale con rapporto di lavoro a tempo determinato" una volta adottato viene comunicato a SICO quale ente dedicato all'acquisizione dei flussi informativi previsti dal Titolo V del D.Lgs. n.165/2001, riguardanti il personale dipendente dalle amministrazioni pubbliche.

Coerentemente con quanto richiesto dalle Linee di indirizzo ministeriali, il presente PTFP indica anche:

le scelte operate in materia di procedure di "stabilizzazione" previste dal D.Lgs 75/2017 e ss.mm.ii, dalla Legge di Bilancio 2022, secondo le indicazioni contenute nelle citate Deliberazioni di Giunta Regionali;

il ricorso ad ogni forma di lavoro flessibile;

le assunzioni obbligatorie della Legge n. 68/99 e le categorie protette nel rispetto della normativa prevista in materia di quote d'obbligo.

consistenza e costi del personale al 31.12.2021

L'anno 2021 si è concluso con un quadro del personale in servizio pari a 3211 dipendenti a tempo indeterminato, 609 dipendenti a tempo determinato, 8 co.co.co.

Riguardo agli aspetti economici, il costo del personale di competenza dell'anno 2021 è stato pari ad € 254.217.788, di cui oneri ed IRAP per € 65798.911.

Formazione del Personale

IL CONTESTO AZIENDALE

L'azienda si avvale di circa 4.300 dipendenti (di cui circa 300 personale universitario in convenzione) del ruolo sanitario, tecnico, professionale ed amministrativo, che determinano il capitale intellettuale, indispensabile per poter disporre di tutte le competenze. Il capitale umano rappresenta il valore più grande dell'azienda sanitaria che ha consapevolezza della necessità di averne cura, sia sul versante motivazionale che tecnico professionale, in modo che lo sviluppo sia coerente e sinergico alle trasformazioni culturali, organizzative e gestionali.

LA FORMAZIONE CONTINUA

La formazione continua rappresenta un elemento strategico di innovazione e di costante allineamento delle competenze e delle performance dei professionisti con le trasformazioni determinate dall'evoluzione dei bisogni sanitari, dai mutamenti della domanda, dalla richiesta di maggiori e qualificate competenze scientifiche e tecnologiche, nonché dall'evoluzione dei modelli organizzativi ed operativi. In uno scenario in continua evoluzione, dove i professionisti e le organizzazioni sono chiamati a fronteggiare nuove esigenze e nuove realtà organizzative e clinico-assistenziali, diviene necessario lo sviluppo di nuove competenze che diventano velo-

cemente obsolete e devono quindi essere ridefinite e/o aggiornate con una certa frequenza di almeno ogni qual volta cambi l'assetto organizzativo.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria, mediante la formazione, la ricerca e l'innovazione organizzativa e tecnologica, si impegna a garantire qualità, sicurezza ed efficacia delle prestazioni erogate.

Il Piano Annuale della Formazione

L'art. 7 comma 4 del D.Lgs. 165/01 e s.m.i. stabilisce che "Le amministrazioni pubbliche curano la formazione e l'aggiornamento del personale, ivi compreso quello con qualifiche dirigenziali, garantendo altresì l'adeguamento dei programmi formativi, al fine di contribuire allo sviluppo della cultura di genere della pubblica amministrazione".

Il D. Lgs. 502/92 e s.m.i. ha dettato disposizioni in materia di formazione continua in medicina, definendone finalità, i soggetti coinvolti e le modalità di attuazione. Disposizioni in materia di formazione sono contenute anche nei CCNNLL del personale del comparto, della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza sanitaria, tecnica professionale ed amministrativa.

Il PAF viene redatto annualmente tenendo conto di:

- obiettivi nazionali, regionali e strategici aziendali;
- analisi criticità organizzative e fabbisogni formativi emersi e trasformati in proposte progettuali;
- obblighi normativi;
- politiche di sviluppo delle risorse umane;
- sviluppo innovazioni tecnologiche ed organizzative;
- programmazione assunzioni;
- incentivazione formazione "in house", al fine di ottimizzare le risorse disponibili e valorizzare il personale dipendente come risorsa attiva nel processo formativo;

- incentivazione della formazione sul campo per la sua efficacia in termini di apprendimento e di possibile sviluppo organizzativo;
- incentivazione della formazione a distanza, sincrona e asincrona, sperimentata ed avviata nella situazione emergenziale correlata alla pandemia Covid 19;
- promozione della formazione multiprofessionale e interdipartimentale.

La Direzione Aziendale definisce gli obiettivi formativi strategici e le linee generali di indirizzo.

La proposta formativa 2023 in corso di valutazione, è composta da nuovi corsi richiesti dai Direttori delle UU.OO. e dai Responsabili Scientifici, da corsi obbligatori previsti per legge, utili a completare la formazione sulla sicurezza, l'antincendio e la radioprotezione, obbligatoria per tutti i dipendenti, e da altre attività formative approvate nei precedenti piani aziendali della formazione, sia per il riscontro decisamente positivo ottenuto, sia perché in linea con gli orientamenti della Direzione Strategica.

Il Piano Aziendale di Formazione 2023 risponde:

- agli obiettivi strategici aziendali;
- ai bisogni formativi espressi dai Direttori delle UU.OO. Aziendali, finalizzati all'individuazione e risoluzione delle criticità organizzative;
- alle indicazioni della Legge Regionale in materia, relativa ai "Principi di organizzazione del Servizio Sanitario Regionale", che hanno dato l'avvio ad un modello che punta sulla persona e sulla possibilità di valorizzare la formazione sul campo, per incoraggiare la trasformazione dell'attività formativa in un processo di sviluppo professionale continuo;
- alle indicazioni di carattere nazionale espresse dalla Commissione Nazionale E.C.M..

Il Piano di Formazione Aziendale rappresenta l'elemento fondamentale per promuovere lo sviluppo coordinato dei molteplici sottosistemi dell'organizzazione sanitaria. È progettato e

costruito per fornire risposte alle esigenze molto diversificate dell'Azienda nonché degli operatori sanitari, spaziando dal bisogno di salute fino alla valorizzazione della professionalità dell'individuo che lavora nella stessa Azienda.

Per la realizzazione di tutto ciò, quindi, è necessario che vi sia un modello di formazione basato sull'apprendimento non solo del singolo operatore sanitario, ma dell'intera organizzazione, coinvolgendo e valorizzando ogni figura professionale.

Peraltro, la Legge che disciplina il Servizio Sanitario Regionale prevede che le Aziende Sanitarie, per il raggiungimento delle proprie finalità, organizzino le loro attività secondo le funzioni della pianificazione strategica, definendo, in tale ambito, gli obiettivi generali dell'Azienda, le strategie per il loro raggiungimento, e conseguentemente l'allocazione delle risorse.

Il Piano di che trattasi è definito 'OPEN', in quanto è prevista l'implementazione con corsi ritenuti utili a fronteggiare stati di emergenza o per prevenire il verificarsi di alcune criticità nel Sistema Sanitario. Il paf attualmente è costituito da 140 progetti formativi, dei quali, alcuni riproposti dai piani aziendali precedenti ed altri di nuova progettazione.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico di Bari è riconosciuta dall'Agenas come Provider ECM aziendale regionale, ossia soggetto attivo e qualificato nel campo della Formazione Continua in sanità, ed è, pertanto, abilitata a realizzare attività formative idonee per l'ECM, individuando ed attribuendo direttamente i crediti ai progetti ed eventi del Piano Formativo Aziendale.

L'attribuzione dei crediti è affidata al Comitato Scientifico del Provider, che è composto da figure istituzionali pro-tempore, quali il Direttore Generale, il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo dell'Azienda O.U.C. Policlinico, il Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Bari, da componenti rappresentanti le diverse figure professionali, quali un rappresentante della Dirigenza Medica, della Dirigenza SPTA, dell'Area di Comparto e dal Coordinatore che è corrispondente con il Responsabile dell'U.O. Formazione. Il suo compito è quello di garantire l'attività formativa per tutte le figure professionali aziendali interessate dal Sistema ECM, al fine di assicurare l'evoluzione ed il miglioramento qualitativo degli operatori attraverso l'elevata qualità complessiva dell'offerta formativa e l'implementazione di un sistema di sviluppo professionale continuo.

LA FORMAZIONE A DISTANZA

L'emergenza sanitaria dovuta alla diffusione del COVID-19 ha determinato un improvviso cambiamento nelle organizzazioni e di conseguenza nei professionisti impegnati a gestire la fase emergenziale.

Anche la formazione, ha subito una notevole evoluzione passando dalla tradizionale formazione d'aula alla formazione a distanza.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria per una determinata tipologia di corsi, si è dotata degli strumenti necessari per bypassare le criticità di erogare la formazione in presenza. Grazie alla piattaforma acquisita, COM Metodi S.p.A gli operatori hanno avuto la possibilità di seguire i corsi da qualsiasi luogo, di interagire con i docenti in tempo reale e di condividere contenuti con persone situate a distanza. Anche la semplicità di utilizzo è un elemento da tenere in considerazione infatti, per fruire dei corsi non sono state necessarie specifiche competenze informatiche, ma sufficiente disporre di una connessione internet e di una strumentazione idonea alla ricezione di informazioni. Questa metodologia didattica si è rivelata una scelta strategica anche dal punto di vista economico, non solo per l'azienda ma anche per il dipendente che evita lunghi e onerosi spostamenti per recarsi nei luoghi di formazione tradizionali.

4. SEZIONE - MONITORAGGIO

In questa sezione vengono riassunti sinteticamente gli strumenti e le modalità di monitoraggio delle sezioni precedenti.

4.1 Monitoraggio del Valore pubblico e della performance

L'Azienda procede a monitorare il valore pubblico generato per mezzo delle proprie attività strategiche misurando i risultati raggiunti negli ambiti delineati in questo Piano 2023-2025 e rendicontati nella Relazione sulla Performance.

L'analisi degli scostamenti tra obiettivi assegnati e risultati attesi è svolta al fine di evidenziarne le cause e mettere a punto azioni utili alla loro risoluzione (vedi ad esempio la rinegoziazione gli obiettivi stessi).

In quest'attività, la Direzione Strategica è coadiuvata dalla U.O.C. Controllo di Gestione e dall'Organismo Indipendente di Valutazione; quest'ultimo, stante la nuova normativa sul PIAO, effettuerà anche l'attività di monitoraggio della coerenza tra obiettivi di performance e programmazione della sezione "Organizzazione e Capitale Umano".

4.2 Monitoraggio dei rischi corruttivi

L'Azienda al fine di assicurare il monitoraggio provvederà, nel corso del triennio 2023-2025, alla rimodulazione dell'analisi dei processi, secondo la logica per categoria di rischio basso/medio/elevato, per la verifica periodica sull'efficacia delle misure adottate rispetto ai procedimenti di competenza delle strutture dell'Azienda

Comunque, a prescindere dalla classificazione del rischio, permane in capo ai dirigenti il dovere di procedere al costante monitoraggio, controllo ed alla verifica sulla correttezza dei procedimenti amministrativi intrapresi nonché sull'efficacia delle misure di prevenzione adottate.

Permane altresì l'obbligo di procedere alla segnalazione nei confronti del RPCT degli episodi corruttivi. La suddetta segnalazione non esclude tuttavia che il dirigente dia avvio ad eventuali procedure disciplinari e, nei casi più gravi, dagli obblighi di denuncia alle Autorità Giudiziarie.

4.3 Monitoraggio della Trasparenza

Il RPCT effettua il monitoraggio interno della trasparenza assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, e nello specifico:

- Monitora sistematicamente l'adempimento degli obblighi di pubblicazione ;
- Predispose una relazione annuale che viene pubblicata sul sito aziendale;
- Supporta l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) ai fini dello svolgimento delle attività di competenza;

L'OIV ha il compito di promuovere ed attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità e alla corretta applicazione delle linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica.

Ogni anno svolgono verifiche mirate sull'assolvimento di specifiche categorie di obblighi di pubblicazione sulla base delle indicazioni fornite con delibera ANAC e utilizzando specifici modelli di rilevazione e attestazione.



REGIONE PUGLIA

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA

Consorziale Policlinico di Bari

Piazza Giulio Cesare 11 – 70124 Bari

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

**OGGETTO: Approvazione provvisoria Piano Triennale Fabbisogno del personale 2021-2023
-Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari, ex art.6 D.Lgs 165/01**

UNITÀ OPERATIVA PROPONENTE:

AREA GESTIONE PERSONALE

Bilancio _____

N° Centro di costo _____

N° Conto Economico _____

Ordine n° _____ del _____

Budget assegnato (euro) _____

Budget già utilizzato (euro) _____

Conto presente atto (euro) _____

Disponibilità residua di budget (euro) _____

Spesa finanziata (FESR, Progetti da DIEF ecc...)

Non comporta ordine di spesa

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della normativa regionale e nazionale e che il presente provvedimento, predisposto ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte del Direttore Generale, è conforme alle risultanze istruttorie.

Proposta n. 951684 del 16/12/2022

Il Responsabile dell'Istruttoria/Procedimento: Dr. Renato Fiore

Il Responsabile della U.O.S.: _____

Il Responsabile della U.O.C.: Dr.ssa Maria Lippolis

Il giorno _____, il Direttore Generale, Dr. Giovanni Migliore, assistito dal Direttore Amministrativo, dr. Gianluca Capochiani, e dal Direttore Sanitario, dott.ssa Rosa Porfido, adotta la presente deliberazione sulla base della proposta di seguito riportata:

Il Dirigente della U.O.S-Trattamento Giuridico, Economico e Previdenziale Dr.ssa Maria Lippolis

Visti:

- ✓ il D.Lgs 30.12.1992 n.502/92 e s. m. e i.
- ✓ il D.Lgs 21.12.1999 n.517/99
- ✓ il DPCM 24 marzo 2001
- ✓ il D.Lgs 30 marzo 2001 n.165
- ✓ il D.Lgs 25 maggio 2017 n.75
- ✓ la DGR 23 gennaio 2018 n.50: *“Art.1 D. Lgs n.517 del 21.12.1999 – Approvazione schema di protocollo d’intesa tra Regione Puglia, Università degli Studi di Bari ed Università degli Studi di Foggia recante la disciplina dell’integrazione fra attività didattiche, assistenziali e di ricerca”.*

RICHIAMATI:

- ✓ l'art. 6 D.Lgs. 165/2001, come modificato dall'art. 4 del D. Lgs. n. 75/2017, che disciplina l'organizzazione degli uffici ed il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale, da adottare annualmente in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo ministeriali emanate ai sensi del successivo art. 6-ter nel rispetto delle facoltà assunzionali previste a legislazione vigente e tenuto conto della consistenza della dotazione organica del personale in servizio, nonché della relativa spesa;
- ✓ le linee di indirizzo per la predisposizione dei piani di fabbisogno del personale da parte delle pubbliche amministrazioni, adottate con decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione dell'8 maggio 2018, che nella specifica sezione dedicata alle Aziende ed Enti del SSN, stabilisce alcuni indirizzi e criteri generali per la predisposizione dei PTFP da parte delle predette Amministrazioni e prevede che gli stessi siano approvati dalle rispettive regioni di appartenenza, secondo quanto eventualmente previsto dalla disciplina regionale in materia e successivamente adottati in via definitiva;
- ✓ le linee di indirizzo per l'individuazione dei nuovi fabbisogni professionali da parte delle amministrazioni pubbliche di cui al Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 14.09.2022, che tuttavia nulla ha innovato in merito al personale delle Aziende e degli Enti del SSN;
- ✓ l'art. 11 del D.L. 30 aprile 2019, n.35, convertito dalla Legge 25.06.2019, n.60, che ha introdotto, a decorrere dal 2019, rispetto a quanto stabilito dell'art. 2, commi 71,72 e 73 della L.191/2009 e s.m. e i, nuove regole in materia di spesa per il personale degli Enti del SSN;

DATO ATTO che, sulla base di quanto previsto dal sopra citato art. 6, il piano annualmente predisposto può essere modificato, di anno in anno, in relazione alle mutate esigenze di contesto normativo, organizzativo o funzionale.

VISTO la deliberazione n. 489 del 11.05.2022, successivamente modificata con deliberazione n.610 del 9.06.2022, con la quale è stato approvato in via definitiva, il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2020 – 2022;

PRESO ATTO della Delibera di Giunta della Regione Puglia n.1818 del 12.12.2022, prot. n. AOOO183/15.12.2022/0015807, notificata a quest’Azienda il 16.12.2022 avente ad oggetto *“Avvio procedure di stabilizzazione del personale del SSR ai sensi dell’art. 20, comma 1, del D.Lgs n.75/2017 e dell’art. 1 comma 268, lett.b), primo periodo, della Legge 234/2021. Ulteriori disposizioni in materia di personale. Modifica e integrazione della deliberazione di Giunta Regionale n. 1896 del 22.11.2021”;*

PRESO ATTO altresì che con le suddette disposizioni regionali, sono stati rideterminati i tetti di spesa del personale delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale, e che con riferimento all’Azienda Ospedaliero-Universitaria è stato determinato in € 209.773.429, a modifica di quanto previsto con la DGR 2293/2018;

RITENUTO quindi necessario procedere, sulla base di quanto previsto dalle linee di indirizzo, e in conformità alle disposizioni contenute nella suddetta DGR 1818/2022, all’approvazione in via provvisoria del Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale 2021-2023, come da allegato 1 al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale e all’invio alla Regione Puglia dello stesso per la relativa approvazione, in ottemperanza a quanto previsto dall’art.6 ter comma 5 del D.lgs. n. 165/2001 e confermato dalle Linee di indirizzo ministeriali.

EVIDENZIATO che il Piano triennale dei fabbisogni di personale per il triennio 2021/2023, in continuità con il PTFP 2020/2022, costituisce la cornice programmatica per l’adozione dei provvedimenti aziendali inerenti la copertura del fabbisogno aziendale, anche con riferimento alle procedure di stabilizzazione *ex art. 20, commi 1 e 2, del D.Lgs n.75/2017 e dell’art. 1 comma 268, lett.b), primo periodo, della Legge 234/2021;*

EVIDENZIATO altresì che con riferimento al fabbisogno inerente il personale in convenzione con l’Università degli Studi di Bari, sono stati confermati i valori del PTFP 2020-2022, nelle more di una più puntuale ricognizione da effettuare nell’ambito della revisione del PTFP annuale entro il prossimo 31 gennaio 2023.

Predispostopertanto il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale 2021-2023, così come rappresentato nell’allegato 1 quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, nel rispetto dei prescritti vincoli finanziari e delle consistenze massime per disciplina e/o profili professionali;

PRECISATO :

- ✓ che per la valorizzazione del predetto Piano triennale, con riferimento a ciascuno degli anni 2021-2022-2023, per il personale dipendente sono stati utilizzati i costi medi di quest’Azienda Ospedaliero- Universitaria per l’anno 2017 sul sistema SICO del MEF, Conto Annuale, Retribuzione media – dettaglio qualifica Azienda;
- ✓ che il costo del personale universitario relativo all’anno 2023, per le motivazioni su riportate è quantificato in Euro 10.382.866,08, come riportato nel dettagliato prospetto agli atti del presente provvedimento;

Accertato che:

- a) i predetti costi, ovvero la spesa complessiva per il personale a Tempo Indeterminato e Tempo Determinato, al netto dei rinnovi contrattuali intervenuti dal 2004 e delle categorie protette, è rispettosa del limite di cui all'art.1 comma 71 della L.191/09 definito per quest'Azienda Ospedaliera con la succitata DGR n.1818/2022 nel valore pari ad € 209.773.429;
- b) ai sensi dell'art.9, co.28, D.L. 78/2010, convertito in L.n.122/2010, la spesa complessiva sostenuta per il personale a Tempo Determinato negli anni 2021-2022-2023, al netto delle assunzioni Covid, è contenuta nel limite del 50% della spesa sostenuta nell'anno 2009;
- c) la consistenza complessiva dei profili professionali di "Dirigente Amministrativo" e personale di comparto "Amministrativo", rispetta il limite percentuale approvabile del 11% rispetto al totale del personale complessivo, come da dettagliato prospetto agli atti del presente provvedimento.

Resa l'informativa alle OOSS del personale di Comparto e della Dirigenza di cui all'art. 6 comma 3 del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i., giusta nota prot. n. 106811 del 15.12.2022.

PROPONE

per i motivi espressi in premessa, che si intendono qui riportati:

- di approvare in via provvisoria il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale di quest'Azienda Ospedaliero- Universitaria, per il triennio 2021-2023, così come rappresentato nell'Allegato 1 quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, nel rispetto dei prescritti vincoli finanziari e delle consistenze massime per disciplina e/o profili professionali;
- di dare atto che:
 - ✓ ai sensi dell'art.9, co.28, D.L. 78/2010, convertito in L.n.122/2010, la spesa complessiva sostenuta per il personale a Tempo Determinato negli anni 2021-2022-2023, al netto delle assunzioni Covid, è contenuta nel limite del 50% della spesa sostenuta nell'anno 2009;
 - ✓ la spesa complessiva per il personale a Tempo Indeterminato e Tempo Determinato, al netto dei rinnovi contrattuali e delle categorie protette, è rispettosa del limite di cui all'art.1 comma 71 della L.191/09 definito per quest'Azienda Ospedaliera con la succitata DGR n.1818/2022 nel valore pari ad € 209.773.429;
 - ✓ la consistenza complessiva dei profili professionali di "Dirigente Amministrativo" e personale di comparto "Amministrativo", rispetta il limite percentuale approvabile del 11% rispetto al totale del personale complessivo, come da dettagliato prospetto agli atti del presente provvedimento;
- di trasmettere il presente provvedimento:
 - ✓ al Collegio Sindacale al fine di acquisire la certificazione in merito al rispetto dei vincoli finanziari prescritti per il PTFP ai sensi del combinato disposto dell'art.3 ter del D. Lgs 502/92 e dell'art.20 del D. Lgs 123/2011;

- ✓ al Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per Tutti della Regione Puglia al fine della conseguente approvazione da parte della Giunta;
- ✓ all'Università degli Studi di Bari per opportuna informativa.

Il Direttore Area Gestione del Personale

Dr.ssa Maria Lippolis

Sul presente atto viene espresso

Il PARERE FAVOREVOLE del
DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Gianluca Capochiani

Il PARERE FAVOREVOLE del
DIRETTORE SANITARIO
Dott.ssa Rosa Porfido

IL DIRETTORE GENERALE

- vista la proposta di deliberazione che precede e che qui si intende riportata e trascritta;
- preso atto dei pareri sopra espressi e richiamati;
- ritenuto di condividerne il contenuto;

DELIBERA

- di approvare la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata dal Dirigente Responsabile della struttura proponente.

Il Direttore Generale
Dott. Giovanni Migliore

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che il presente provvedimento è stato pubblicato sul sito web www.sanita.puglia.it – Portale della Salute (sezione Policlinico di Bari – Ospedale Giovanni XXIII) dal giorno di adozione.

U.O. Segreteria e Affari Generali
Il Dirigente Responsabile
F.to Dott.ssa Romana Giovanna Piscitelli

Pag.5

