

REGIONE PUGLIA

**AZIENDA SANITARIA LOCALE
DELLA PROVINCIA DI BARI**

**PIANO INTEGRATO
di ATTIVITA' e ORGANIZZAZIONE
Anni 2023-2025**

Sommario

PREMESSA	5
SEZIONE I – SCHEDA ANAGRAFICA DELL’AMMINISTRAZIONE	6
<u>1</u> <u>CHI SIAMO</u>	<u>6</u>
<u>2</u> <u>COSA FACCIAMO</u>	<u>6</u>
<u>3</u> <u>COME OPERIAMO</u>	<u>6</u>
<u>4</u> <u>L’ASL BARI "IN CIFRE"</u>	<u>7</u>
4.1 Territorio e popolazione	7
4.2 Assistenza Ospedaliera	8
4.3 Assistenza Distrettuale	13
4.4 Prevenzione	18
4.5 Dipendenze Patologiche	22
4.6 Salute Mentale.....	23
SEZIONE II – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	26
<u>1</u> <u>VALORE PUBBLICO</u>	<u>26</u>
1.1 Mandato istituzionale e missione	26
1.2 Analisi del contesto esterno	26
1.3 Analisi del contesto interno	29
1.4 Analisi S.W.O.T.....	29
1.5 Accessibilità digitale/Procedure da semplificare e re-ingegnerizzare	30
1.6 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio 2023	32
<u>2</u> <u>PERFORMANCE</u>	<u>37</u>
2.1 Albero della performance	37
2.2 Dagli obiettivi strategici pluriennali agli obiettivi operativi annuali	53
2.3 Sistema di Valutazione della Performance dei sistemi sanitari regionali	58
2.4 Allegati tecnici.....	60
<u>3</u> <u>RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA</u>	<u>72</u>
<u>PREMESSA</u>	<u>72</u>
<u>PARTE I</u> <u>IL PROCESSO DI ELABORAZIONE DELLA SEZIONE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA</u>	<u>73</u>
1. Rilievo anticorruzione del modello organizzativo dipartimentale	73
2. Il processo di elaborazione della sezione anticorruzione e trasparenza: soggetti interni ed esterni, ruoli e responsabilità.....	73
3. Valutazione di impatto del contesto esterno ed interno.....	76
3.1 <i>Contesto esterno</i>	76
a. Principali stakeholder di riferimento in tema di integrità.....	76
b. Contesto criminale.....	77

c.	Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) – Missione 6.....	78
3.2	<i>Contesto interno</i>	79
a.	Rilevazione interna all’ente	79
b.	La mappatura dei processi.....	88
3.3.	<i>Valutazione di impatto di interno ed esterno</i>	89
PARTE II	<u>LE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE</u>	90
1.	Valutazione dei rischi	90
1.1	<i>Identificazione dei rischi</i>	90
1.2	<i>Analisi e ponderazione dei rischi</i>	91
1.3	<i>Trattamento del rischio</i>	91
a.	Codice di comportamento dei dipendenti ASL BA	91
b.	Disciplina del conflitto di interessi: obblighi di comunicazione e di astensione– Distinzione tra mal-administration e conflitto di interessi.....	92
c.	Inconferibilità di incarichi dirigenziali ed incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali; formazione di commissioni di gara e concorso ed assegnazione agli uffici, in caso di condanna penale per reati contro la pubblica amministrazione.....	95
d.	Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage).....	98
e.	Autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali	98
f.	Rotazione del personale	99
g.	Tutela del whistleblower	101
h.	Formazione sui temi dell’integrità e della trasparenza.....	102
i.	PNRR – attuazione Missione 6 “Salute”	103
j.	Ulteriori misure trasversali: rapporti con società controllate e partecipate	104
2	Risultati monitoraggio misure.....	106
PARTE III	<u>PROGRAMMAZIONE DELL’ATTUAZIONE DELLA TRASPARENZA E IL MONITORAGGIO DELLE MISURE ORGANIZZATIVE PER GARANTIRE L’ACCESSO CIVICO SEMPLICE E GENERALIZZATO, AI SENSI DEL D.LGS 33/2013</u>	107
	Premessa.....	107
1.	Definizione del riparto di competenze per la elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati ed individuazione dei responsabili.....	107
2.	Modalità di elaborazione, trasmissione e pubblicazione di dati, informazioni e documenti nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web dell’Azienda	108
3.	Modalità di controllo e monitoraggio del corretto adempimento degli obblighi di pubblicità	109
4.	Accesso civico e Registro degli accessi.....	110
PARTE IV	<u>GLI OBIETTIVI STRATEGICI DELL’ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA</u>	111
SEZIONE III – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO		113
<u>1</u>	<u>STRUTTURA ORGANIZZATIVA</u>	<u>113</u>
<u>2</u>	<u>ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE</u>	<u>114</u>
2.1	Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile in ASL Bari.....	114
2.2	Condizionalità e fattori abilitanti	117
a.	<i>Misure Organizzative, soggetti, processi e strumenti del lavoro agile</i>	117
b.	<i>Destinatari, autorizzazione, accordo, monitoraggio</i>	118
c.	<i>Piattaforme tecnologiche</i>	119
2.3	Obiettivi	120
<u>3</u>	<u>RISORSE UMANE NEL TRIENNIO 2020-2022</u>	<u>122</u>

<u>4</u>	<u>LA FORMAZIONE DEL PERSONALE</u>	<u>125</u>
<u>5</u>	<u>PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE</u>	<u>127</u>
<u>6</u>	<u>PIANO DELLE AZIONI POSITIVE</u>	<u>131</u>
6.1	Finalità e obiettivi generali del Piano.....	132
6.2	Pari opportunità.....	134
6.3	Valorizzazione del benessere.....	141
6.4	Il contrasto alle discriminazioni	147
6.5	Un Piano d’azione per lo sviluppo delle pari opportunità nel ciclo della performance.....	153
6.6	Un Piano d’azione per il Benessere Organizzativo.....	154
6.7	Raggiungimento degli obiettivi e risorse necessarie	155
6.8	Tempi di attuazione	155
6.9	Monitoraggio e aggiornamento.....	155
6.10	Conclusioni.....	155
	SEZIONE IV – MONITORAGGIO	157
	ALLEGATI	158
1.	Tabella misure anticorruzione	158
2.	Tabella obblighi di pubblicazione.....	158

Premessa

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

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

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

Si tratta, in particolare:

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

A questi contenuti, si aggiungono:

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

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

Sezione I – SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

1 Chi siamo

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

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

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

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

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



2 Cosa facciamo

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

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

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

3 Come operiamo

L'Azienda, per la realizzazione della propria *mission*, assume quali principi guida il rispetto della persona e la centralità del cittadino, l'equità, la trasparenza e l'etica professionale, la tutela della privacy, la qualità

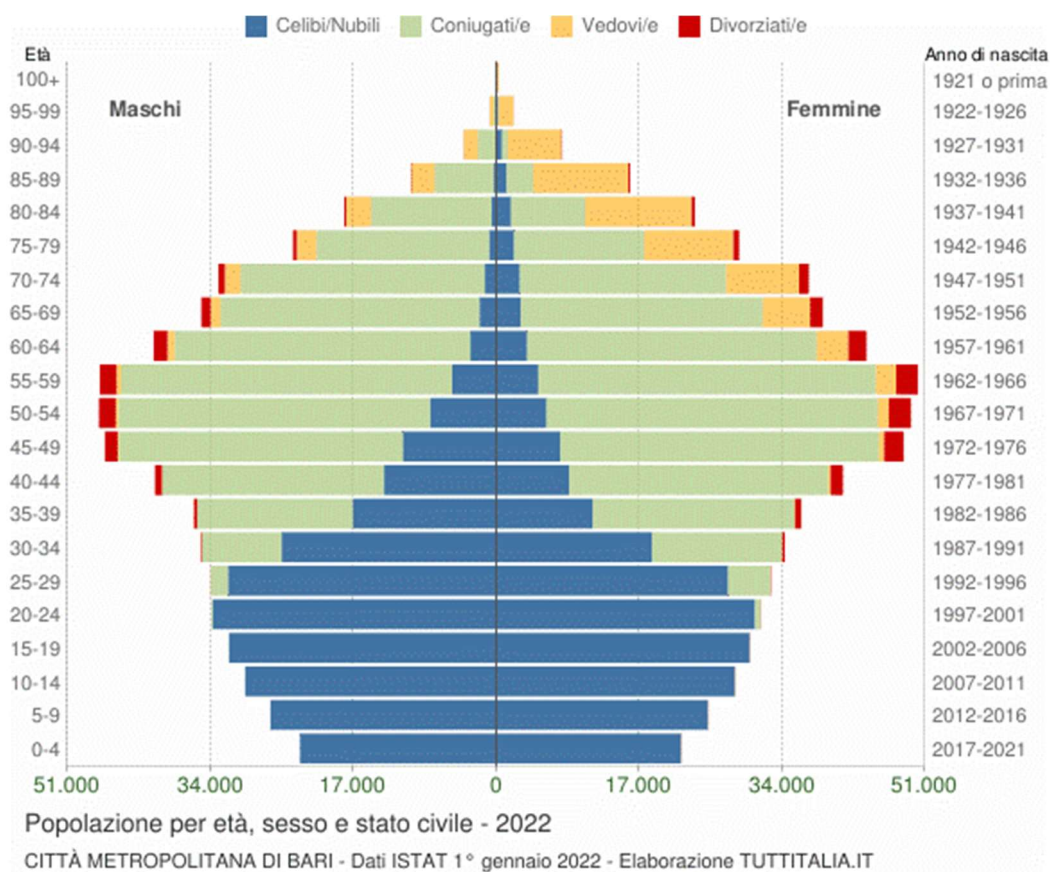
clinico-professionale e la gestione del rischio individuale e collettivo, l'appropriatezza e l'adozione di strumenti che favoriscano la valutazione dei servizi e la partecipazione alle scelte assistenziali da parte dei cittadini, la sostenibilità economica e finanziaria, l'efficienza e la qualità dei servizi, l'innovazione tecnologica ed organizzativa.

4 L'ASL Bari "in cifre"

4.1 Territorio e popolazione

La ASL Bari opera su un territorio di 3.862,88 Km², coincidente con la provincia di Bari, oggi Città Metropolitana di Bari, su cui risiedono complessivamente n.1.226.784 abitanti, con una densità pari a n.317,6 abitanti per Km², distribuiti in 41 comuni a loro volta suddivisi in n.12 Distretti Socio Sanitari. La distribuzione della popolazione per fasce di età, al 01/01/2022 è la seguente (Fonte: ISTAT):

Fascia d'età	Maschi	Femmine	Totale
0	4.374	4.145	8.519
1 - 4	18.989	17.847	36.836
5 - 14	56.740	53.558	110.298
15 - 44	211.383	206.171	417.554
45 - 64	181.745	191.980	373.725
65 - 74	68.157	76.054	144.211
+ di 74	57.034	78.607	135.641
TOTALE	598.422	628.362	1.226.784



4.2 Assistenza Ospedaliera

Come noto, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, in data 11/03/2020 ha dichiarato il coronavirus (c.d. CoVID-19) una situazione pandemica.

Lo stato di emergenza, in ambito nazionale, è stato dichiarato inizialmente con deliberazione del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020 e poi prorogato per tutto il 2020 e il 2021. Da ultimo con D.L. 24 dicembre 2021, n. 221 lo stato di emergenza nazionale causato dalla diffusione del CoVID-19 è stato prorogato fino al 31 marzo 2022.

Sono ubicati nel territorio di competenza della ASL n.5 Presidi Ospedalieri a gestione diretta, n.5 Case di Cura convenzionate accreditate, n.1 Ospedale Ente Ecclesiastico, Ospedale "Miulli", e n.1 IRCCS privato "Salvatore Maugeri".

I posti letto esistenti ed utilizzabili delle strutture a gestione diretta nel 2022 sono stati pari a n.1649, di cui n.306 dedicati all'emergenza sanitaria causata dalla diffusione del virus CoVID-19, così suddivisi:

Presidio a gestione diretta	2020	2020 (di cui CoVID)	2021	2021 (di cui CoVID)	2022*	2022 (di cui CoVID)
P.O. della Murgia	245	64	265	64	257	64
P.O. San Paolo (compreso Osp. di Molfetta, Osp. di Corato, Osp. di Terlizzi)	629	108	629	108	644	108
Osp. San Paolo	297	68	297	68	312	68
Osp. di Molfetta	101	0	101	0	101	0
Osp. di Corato	90	0	90	0	90	0
Osp. di Terlizzi	141	40	141	40	141	40
P.O. Monopoli	163	0	163	0	163	0
P.O. Putignano	241	78	249	78	249	78
P.O. Di Venere (compreso Osp. di Triggiano)	300	0	356	56	336	56
Osp. Di Venere	270	0	286	16	286	16
Osp. di Triggiano	30	0	70	40	50	40
Totale	1578	250	1662	306	1649	306

* dato in fase di consolidamento
Fonte N.S.I.S.

I posti letto accreditati delle strutture convenzionate, dell'Ente Ecclesiastico "Miulli" e dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "Salvatore Maugeri" di Cassano delle Murge nel 2022, sono stati pari a n.1885, di cui n.108 dedicati all'emergenza sanitaria causata dalla diffusione del virus CoVID-19, così suddivisi:

Presidi privati convenzionati	2020	2020 (di cui CoVID)	2021	2021 (di cui CoVID)	2022*	2022 (di cui CoVID)*
Santa Maria	175	0	152	0	152	0
C. di C. Villa Lucia	188	100	180	100	105	0
C. di C. Anthea	107	0	100	0	100	0
Totale Gruppo Villa Maria	470	100	432	100	357	0
C. di C. Monte Imperatore	123	28	123	28	123	0
CBH Mater Dei	489	30	489	30	489	0
Totale Presidi privati convenzionati	1082	158	1044	158	969	0
Altre strutture ospedaliere						
ENTE ECCL.OSP.GEN.REG.'MIULLI'	697	108	686	108	686	108
IRCCS FONDAZIONE 'S. MAUGERI'	230	0	230	0	230	0
Totale altre strutture ospedaliere	927	108	916	108	916	108
Totale	2009	266	1960	266	1885	108

* dato in fase di consolidamento

Fonte N.S.I.S.

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

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

Di seguito sono riportati alcuni dei dati principali riferiti alla attività assistenziale erogata.

Numero accessi in Pronto Soccorso degli Ospedali a gestione diretta

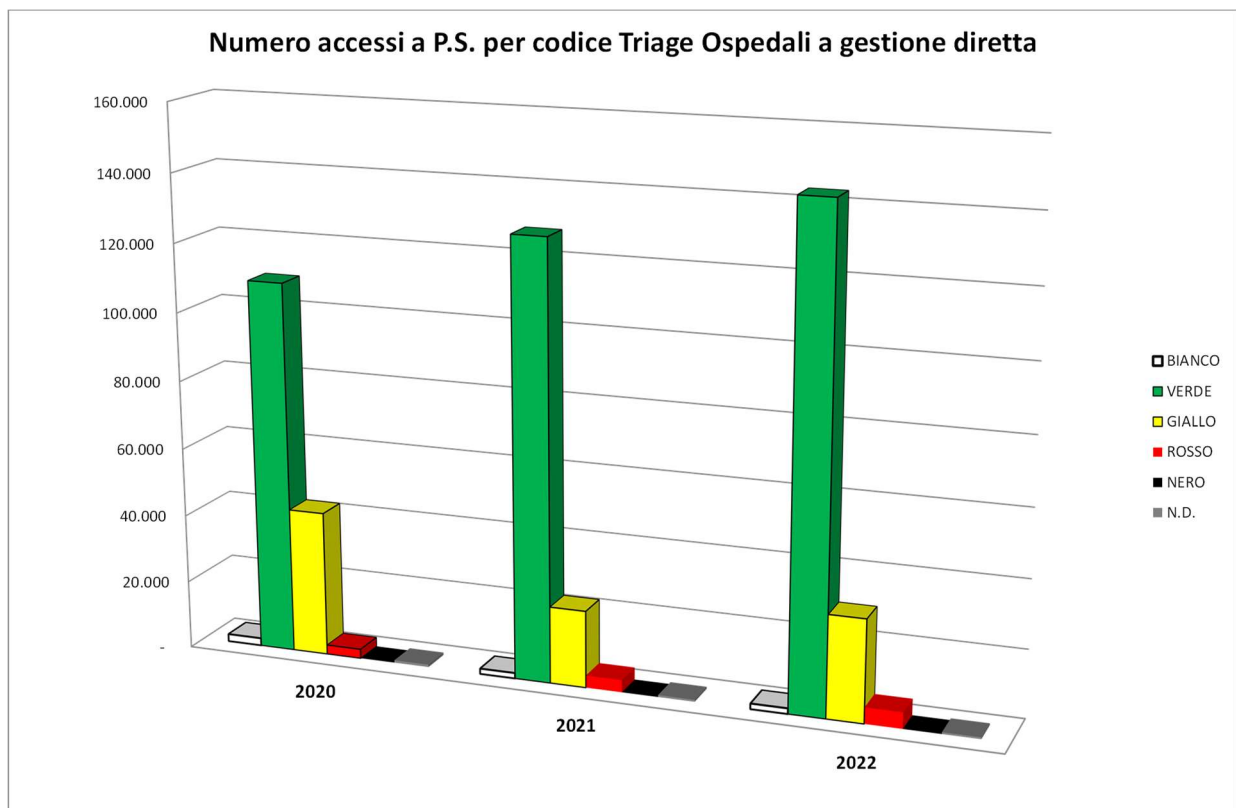
OSPEDALE	2020	2021	2022
Ospedale "S. Paolo" - Bari	33.251	28.527	38.977
Ospedale "Tonino Bello" - Molfetta	17.916	21.488	21.316
Ospedale "Umberto I" - Corato	16.001	17.670	19.818
Ospedale "M. Sarcone" - Terlizzi	1.870	0	0
Ospedale "Di Venere" - Bari	34.928	37.881	39.438
Ospedale "Fallacara" - Triggiano	0	0	0
Ospedale della Murgia - Altamura	17.693	18.723	22.144
Ospedale "S. Giacomo" - Monopoli	20.852	25.248	28.143
Ospedale "S. Maria degli Angeli" - Putignano	14.864	6.584	10.453
Totale ASL BA	157.375	156.121	180.289

Fonte: Sistema Informativo Sanitario Edotto

Numero accessi in Pronto Soccorso per codice di triage degli Ospedali a gestione diretta

Codice	2020		2021		2022	
	N.	%	N.	%	N.	%
BIANCO	2.165	1,4%	1.586	1,0%	1.630	0,9%
VERDE	109.149	69,4%	127.763	81,8%	143.343	79,5%
GIALLO	42.588	27,1%	22.560	14,5%	29.981	16,6%
ROSSO	2.723	1,7%	3.606	2,3%	4.782	2,7%
NERO	13	0,0%	11	0,0%	9	0,0%
N.D.	737	0,5%	595	0,4%	544	0,3%
TOTALE	157.375	100%	156.121	100%	180.289	100%

Fonte: Sistema Informativo Sanitario Edotto



Come si evince dai dati sopra riportati, i codici verdi, dopo una riduzione nel 2020, dovuta all'applicazione di misure di contenimento della diffusione del COVID-19 stabilite dal governo per salvaguardare la salute della popolazione, hanno riportato un incremento di oltre il 12% tra il 2021 ed il 2022 e risultano essere quasi l'80% degli accessi totali per triage. Anche gli accessi in codice rosso nel 2022 sono aumentati di oltre il 32% rispetto a quelli del 2021 superando anche quelli del 2019 (pari a n.3008).

A partire dal 1 Agosto 2016 la Regione Puglia ha disposto l'apertura del P.S. CBH presso la "Mater Dei".

Numero accessi in Pronto Soccorso Ospedale convenzionato "Mater Dei" C.B.H. - Bari
(istituito giusta D.G.R.n.70 del 03/02/2015)

OSPEDALE	2020	2021	2022
"Mater Dei" CBH - Bari [dal 01/08/2016]	15.290	18.588	19.207

Fonte: Sistema Informativo Sanitario Edotto

Per quanto attiene l'attività di degenza, la tabella che segue rappresenta il numero dei ricoveri erogati presso gli Ospedali a gestione diretta.

Numero Ricoveri

OSPEDALE	2020	2021	2022*
Ospedale "S. Paolo" - Bari	7.258	6.260	8.521
Ospedale "Tonino Bello" - Molfetta	2.010	2.057	2.229
Ospedale "Umberto I" - Corato	2.951	3.290	3.298
Ospedale "M. Sarcone" - Terlizzi	496	443	512
Ospedale "Di Venere" - Bari	11.879	12.937	12.951
Ospedale "Fallacara" - Triggiano	308	1.044	798
Ospedale della Murgia - Altamura	5.129	6.184	6.632
Ospedale "S. Giacomo" - Monopoli	4.997	5.782	6.085
Ospedale "S. Maria degli Angeli" - Putignano	2.278	1.586	1.843
Totale ASL BA	37.306	39.583	42.869

* dato in fase di consolidamento

Fonte: Controllo di Gestione

Si ribadisce che la rilevante riduzione dei ricoveri degli anni 2020 e 2021 è da riferirsi alla elevata contrazione delle attività sanitarie connessa alla situazione pandemica causata dalla diffusione del coronavirus (c.d. CoVID-19).

Nelle successive tabelle sono riportati altri indicatori di attività.

Peso medio Ricoveri

OSPEDALE	2020	2021	2022 *
Ospedale "S. Paolo" - Bari	1,20	1,23	1,21
Ospedale "Tonino Bello" - Molfetta	1,14	1,20	1,17
Ospedale "Umberto I" - Corato	0,63	0,63	0,65
Ospedale "M. Sarcone" - Terlizzi	0,97	1,18	1,09
Ospedale "Di Venere" - Bari	1,13	1,14	1,11
Ospedale "Fallacara" - Triggiano	1,19	1,40	1,09
Ospedale della Murgia - Altamura	1,04	1,18	1,12
Ospedale "S. Giacomo" - Monopoli	0,92	0,97	0,99
Ospedale "S. Maria degli Angeli" - Putignano	1,26	1,45	1,44
Totale ASL BA	1,06	1,09	1,09

* dato in fase di consolidamento

Fonte: Controllo di Gestione

Percentuale Parti cesarei

OSPEDALE	2020	2021	2022*
Ospedale "S. Paolo" - Bari	42,91%	44,29%	41,38%
Ospedale "Umberto I" - Corato	46,17%	41,87%	44,18%
Ospedale "Di Venere" - Bari	33,78%	35,33%	35,90%
Ospedale della Murgia - Altamura	30,37%	30,18%	31,00%
Ospedale "S. Giacomo" - Monopoli	31,27%	27,29%	29,60%
Totale ASL BA	36,80%	34,40%	37,00%

* dato in fase di consolidamento
Fonte: Controllo di Gestione

Percentuale di pazienti > 65 aa ricoverati per Frattura di femore e operati entro 2 giorni

OSPEDALE	2020	2021	2022 *
Ospedale "S. Paolo" - Bari	72,62%	81,02%	93,70%
Ospedale "Tonino Bello" - Molfetta	76,29%	69,93%	84,15%
Ospedale "Umberto I" - Corato	100,00%		
Ospedale "Di Venere" - Bari	90,21%	89,79%	98,37%
Ospedale della Murgia - Altamura	84,29%	79,81%	89,12%
Ospedale "S. Giacomo" - Monopoli	81,36%	90,87%	99,67%
Ospedale "S. Maria degli Angeli" - Putignano	79,03%		
Totale ASL BA	82,30%	83,90%	94,10%

* dato in fase di consolidamento
Fonte: Controllo di Gestione

La percentuale di pazienti >65 aa. operati entro 2 giorni dal ricovero per frattura del femore è uno degli indicatori di processo utilizzati, nel corso degli anni, per perseguire l'obiettivo di *clinical governance* nelle strutture ospedaliere aziendali a gestione diretta. Come evidenziato dalla matrice sopra riportata, tale indicatore risulta in miglioramento, nel triennio di riferimento, nel suo valore medio attestandosi nel 2022, come dato da confermare, ad oltre il 94%.

Numero prestazioni ambulatoriali

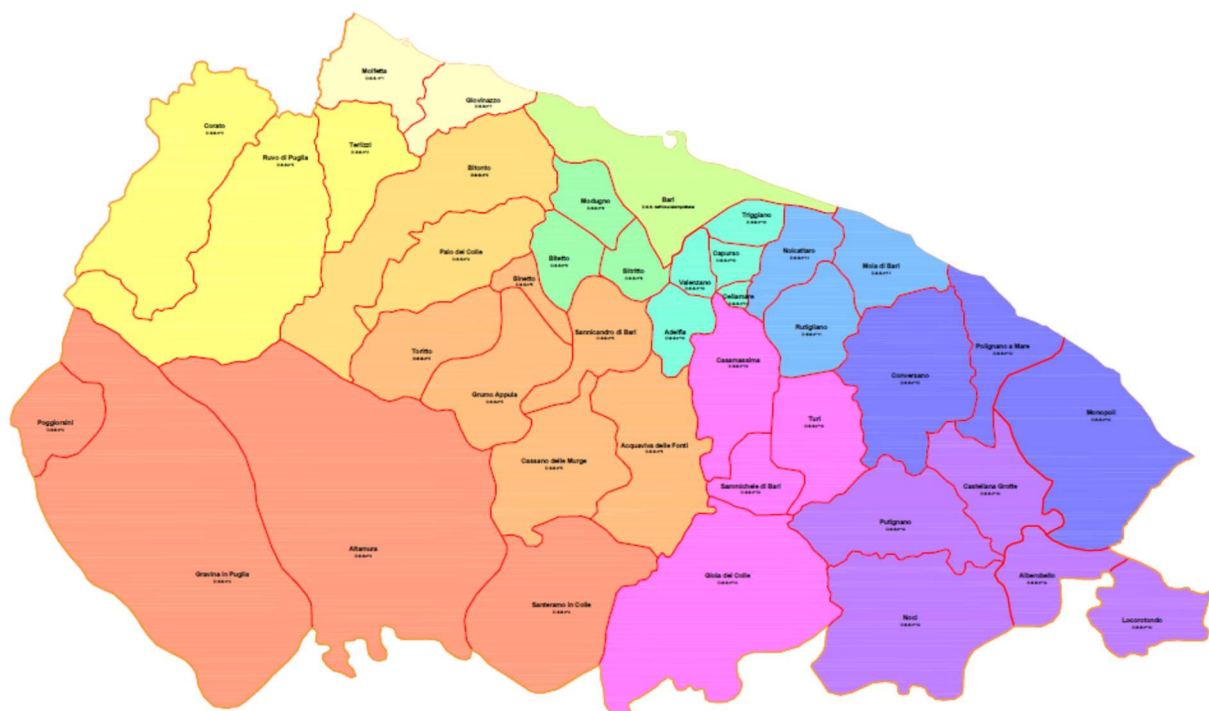
OSPEDALE	2020	2021	2022*
Ospedale "S. Paolo" - Bari	557.447	675.509	827.194
Ospedale "Tonino Bello" - Molfetta	305.373	342.960	361.465
Ospedale "Umberto I" - Corato	178.453	285.498	297.644
Ospedale "M. Sarcone" - Terlizzi	193.313	229.233	262.385
Ospedale "Di Venere" - Bari	810.592	900.872	1.293.028
Ospedale "Fallacara" - Triggiano	280.924	223.282	144.543
Ospedale della Murgia - Altamura	534.171	640.234	820.108
Ospedale "S. Giacomo" - Monopoli	452.163	506.413	600.740
Ospedale "S. Maria degli Angeli" - Putignano	402.381	675.843	678.835
Totale ASL BA	3.714.817	4.479.844	5.285.942

* dato in fase di consolidamento
Fonte: Controllo di Gestione

La rilevante riduzione delle prestazioni ambulatoriali dell'anno 2020 è da riferirsi alla elevata contrazione delle attività sanitarie connessa alla situazione pandemica causata dalla diffusione del nuovo coronavirus (c.d. COVID-19). Nel corso del 2021 e, sebbene come dato da confermare, nel 2022, invece, si rileva un incremento del numero delle stesse che raggiunge i valori del periodo pre-pandemico.

4.3 Assistenza Distrettuale

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



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

La popolazione residente al 01/01/2022 per Comune dell'Area Metropolitana di Bari e per Distretto è la seguente:

DISTRETTO	Nome Comune	Fascia d'età =>		0		1 - 4		5 - 14		15 - 44		45 - 64		65 - 74		+ di 74		TOTALE		Totale per DSS
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	
DSS n.1	Giovinazzo	66	72	272	276	865	790	3.191	3.197	2.849	3.028	1.172	1.368	1.014	1.325	9.429	10.056	19.485	77.130	
	Molfetta	194	169	899	834	2.604	2.396	9.644	9.486	7.994	8.709	3.485	3.809	3.193	4.229	28.013	29.632	57.645		
DSS n.2	Corato	162	179	793	693	2.393	2.202	8.545	8.354	6.947	7.341	2.327	2.740	1.860	2.581	23.027	24.090	47.117		
	Ruvo di Puglia	94	80	414	379	1.082	1.154	4.351	4.222	3.501	3.648	1.361	1.517	1.156	1.561	11.959	12.561	24.520		
	Terlizzi	86	96	412	397	1.246	1.148	4.817	4.658	3.912	3.930	1.532	1.601	1.007	1.367	13.012	13.197	26.209		
DSS n.3	Bitonto	209	250	948	817	2.642	2.500	9.709	9.431	7.879	8.351	2.902	3.087	2.013	2.658	26.302	27.094	53.396	74.157	
	Palo del Colle	74	82	326	337	1.087	985	3.793	3.728	3.078	3.183	1.089	1.174	804	1.021	10.251	10.510	20.761		
DSS n.4	Altamura	318	263	1.329	1.281	3.744	3.655	13.856	13.349	9.612	10.078	3.072	3.400	2.392	3.506	34.323	35.532	69.855		
	Gravina in Puglia	169	158	787	705	2.163	2.085	8.505	8.047	5.937	6.158	2.060	2.152	1.677	2.312	21.298	21.617	42.915		
	Poggiorsini	6	2	15	16	47	50	256	218	197	190	57	82	72	83	650	641	1.291		
	Santeramo in Colle	97	89	388	396	1.259	1.134	4.700	4.608	3.730	3.844	1.427	1.510	1.144	1.544	12.745	13.125	25.870		
DSS n.5	Acquaviva delle Fonti	62	68	310	253	925	833	3.351	3.343	2.893	3.102	1.213	1.326	985	1.423	9.739	10.348	20.087		
	Binetto	9	14	36	43	122	98	400	381	303	324	109	113	87	99	1.066	1.072	2.138		
	Cassano delle Murge	61	50	249	241	748	658	2.696	2.578	2.254	2.314	873	896	562	790	7.443	7.527	14.970		
	Grumo Appula	42	43	179	178	575	544	2.344	2.083	1.858	1.843	660	695	538	702	6.196	6.088	12.284		
	Sannicandro di Bari	40	32	188	150	479	414	1.847	1.632	1.459	1.442	537	511	370	491	4.920	4.672	9.592		
	Toritto	36	25	129	127	347	369	1.482	1.403	1.135	1.220	471	451	378	488	3.978	4.083	8.061		
DSS di Bari	Bari	1.065	940	4.338	4.176	13.542	12.821	51.291	49.736	47.162	51.300	18.048	21.256	16.335	23.938	151.781	164.167	315.948	315.948	
DSS n.9	Bitetto	55	49	180	199	634	632	2.092	2.137	1.763	1.737	595	668	453	600	5.772	6.022	11.794		
	Bitritto	57	40	227	213	569	539	1.951	1.987	1.744	1.862	626	627	371	474	5.545	5.742	11.287		
	Modugno	107	119	555	559	1.828	1.721	6.089	6.171	5.437	5.636	2.093	2.484	1.678	2.062	17.787	18.752	36.539		
DSS n.10	Adelfia	55	57	243	230	773	730	2.815	2.745	2.547	2.709	934	976	749	991	8.116	8.438	16.554		
	Capurso	66	57	233	235	717	705	2.546	2.606	2.294	2.414	885	976	693	848	7.434	7.841	15.275		
	Cellamare	22	20	106	109	304	313	1.061	1.066	939	989	248	247	159	215	2.839	2.959	5.798		
	Triggiano	88	106	369	387	1.212	1.130	4.366	4.430	3.992	4.281	1.482	1.641	1.112	1.517	12.621	13.492	26.113		
	Valenzano	47	47	279	231	800	728	2.872	2.877	2.690	2.902	977	1.126	819	1.062	8.484	8.973	17.457		
DSS n.11	Mola di Bari	60	84	332	294	1.056	968	4.082	3.891	3.745	3.898	1.499	1.361	1.361	1.736	12.135	12.490	24.625	81.197	
	Noicattaro	117	95	454	413	1.292	1.218	4.740	4.646	3.953	4.095	1.369	1.353	977	1.294	12.902	13.114	26.016		
	Rutigliano	66	66	304	309	869	796	3.267	3.233	2.696	2.813	981	1.016	828	1.018	9.011	9.251	18.262		
DSS n.12	Conversano	109	85	423	365	1.204	1.208	4.396	4.243	3.941	4.020	1.336	1.608	1.296	1.550	12.705	13.079	25.784	68.903	
	Monopoli	173	163	695	681	2.052	1.928	7.983	7.950	7.478	7.678	2.736	3.009	2.318	3.234	23.435	24.643	48.078		
	Polignano a Mare	65	64	299	250	768	741	3.038	3.025	2.691	2.761	985	1.091	827	1.075	8.673	9.007	17.680		
DSS n.13	Casamassima	63	69	324	283	1.007	959	3.371	3.341	3.025	3.119	960	1.032	821	1.030	9.571	9.833	19.404	65.137	
	Gioia del Colle	85	76	401	358	1.213	1.078	4.414	4.176	3.936	4.127	1.626	1.819	1.419	2.003	13.094	13.637	26.731		
	Sammichele di Bari	18	16	82	75	241	202	963	911	857	921	362	443	418	565	2.941	3.133	6.074		
	Turi	35	40	224	182	550	620	2.119	2.156	2.014	2.048	698	776	630	836	6.270	6.658	12.928		
DSS n.14	Alberobello	34	39	149	135	402	401	1.649	1.644	1.540	1.583	646	700	583	826	5.003	5.328	10.331	88.241	
	Castellana Grotte	82	74	289	278	870	848	3.273	3.287	2.918	3.048	1.105	1.234	860	1.235	9.397	10.004	19.401		
	Locorotondo	54	42	217	196	641	556	2.336	2.251	2.033	2.234	815	855	738	1.010	6.834	7.144	13.978		
	Noci	59	53	243	230	748	687	3.068	2.940	2.783	2.945	1.132	1.248	913	1.395	8.946	9.498	18.444		
	Puotignano	67	72	349	336	1.120	1.014	4.114	4.004	4.029	4.155	1.672	1.818	1.424	1.913	12.775	13.312	26.087		
	Totale	4.374	4.145	18.989	17.847	56.740	53.558	211.383	206.171	181.745	191.980	68.157	76.054	57.034	78.607	598.422	628.362	1.226.784	1.226.784	

Fonte: ISTAT

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

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

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

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

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

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

L'Azienda opera mediante n.276 strutture a gestione diretta e n.383 strutture convenzionate/accreditate. La tipologia di strutture ed il tipo di assistenza erogata sono riassunte nelle matrici che seguono.

Per le strutture a gestione diretta

Strutt. a gest. Diretta	Tipo assistenza											
	Attività clinica	Diagnostica strument. e per immag.	Attività di laborat.	Att. Di Consult. Familiare	Assist. Psych.	Assist. per tossicodip	Vaccinazioni anti CoVID-19	Assist. agli anziani	Assist. ai disabili fisici	Assist. disabili psichici	Assit. ai malati terminali	Totale
Ambulat. Laborat.	70	36	24									130
Struttura residenz.le						1					2	3
Struttura semi resid.le					1							1
Altro tipo di struttura	19			38	15	18	52					142
Totale	89	36	24	38	16	19	0	0	0	0	2	276

Fonte: N.S.I.S.

Per le strutture convenzionate

Strutture convenzion.	Tipo assistenza											
	Attività clinica	Diagnostica strumentale e per immag.	Attività di laborat.	Att. Di Consult. Familiar e	Assist. Psych.	Assist. per tossicodi p	Vaccinazioni anti CoVID -19	Assist. agli anziani	Assist. ai disabili fisici	Assist. ai disabili psichici	Assit. ai malati terminali	Totale
Ambulat. Laborat.	47	23	61									131
Struttura residenziale					69	9		46	15	24	2	165
Struttura semi residenziale					20	1		8		29		58
Altro tipo di struttura	8						21					29
Medico singolo												0
Totale	55	23	61	0	89	10	21	54	15	53	2	383

Fonte: N.S.I.S.

I centri/ambulatori di riabilitazione ex art.26, L.n.833/1978 sono n.5, per complessivi n.320 posti letto residenziali e n.144 posti letto semiresidenziali.

Relativamente all'Assistenza Primaria, l'Azienda opera mediante n.915 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 1.089.069 persone, e n.159 pediatri di libera scelta che assistono complessivamente una popolazione pari a 126.975 persone.

Nell'ambito dell'Assistenza Territoriale il Servizio Socio Sanitario cura la gestione coordinata di servizi ed interventi volti ad assicurare al cittadino non autosufficiente (anziano e disabile) prestazioni socio sanitarie erogate da strutture esterne convenzionate su committenza dei Distretti.

Nelle successive tabelle sono riportati i dati relativi al numero di utenti presi in carico dalle strutture convenzionate:

Tipologia	Num. utenti ricoverati nel 2020	Num. utenti ricoverati nel 2021	Num. utenti ricoverati nel 2022 *
RSA	623	457	498
RSSA Anziani art.66	1030	1155	1103
RSSA Anziani psich, stabilizzati	140	164	552
RSSA Disabili art.58	420	371	382
COMUNITA' DISABILI ART 57 - Dopo di noi	80	74	76
Centri Diurni DISABILI ART 60	670	727	724
Centri Diurni DEMENZE ART 60 TER	138	173	211
Art. 70 (Case per la Vita)	230	229	232
Strutture extra ASL	16	36	15
RSA Lega del Filo d'Oro	28	30	30
CAMA LILA - Ass. domic. AIDS	18	20	23
Totale	3393	3436	3846

* dato in fase di consolidamento

Fonte: Area Socio Sanitaria

L'assistenza e cura di pazienti gravi in fase di malattia avanzata viene assicurata negli Hospice pubblici a gestione diretta e negli Hospice privati. Di seguito sono riportati i dati riferiti agli utenti ricoverati presso le citate strutture di competenza dell'ASL Bari nel periodo di riferimento:

Tipologia	Num. utenti ricoverati 2022 *	Num. posti letto 2022
Hospice Pubblici	178	16
Hospice di Grumo Appula	101	8
San Camillo di Monopoli	77	8
Hospice Privati	535	50
Hospice "A. Marena" di Bitonto	403	30
Hospice "Villa Eden" di Turi	132	20
TOTALE	713	66

Fonte: Edotto DiSaR

* dato in fase di consolidamento

Il riordino della rete ospedaliera ed il trasferimento dei livelli di assistenza dall'ospedale al territorio hanno comportato la necessità di potenziare l'attività sanitaria territoriale da realizzarsi soprattutto attraverso il consolidamento della sua attività. Il numero delle prestazioni ambulatoriali, ed il relativo valore, erogate negli

anni dal 2020 al 2022 (i dati riferiti a quest'ultimo sono in fase di consolidamento), compreso i Day Service, sono riportati nella matrice che segue:

Numero Prestazioni ambulatoriali

DISTRETTO	2020	2021	2022*
DSS 1	20.651	22.922	20.756
DSS 2	217.186	278.527	272.083
DSS 3	399.444	502.977	327.813
DSS 4	51.652	162.627	90.644
DSS 5	21.997	138.725	61.560
DSS BA	113.750	142.743	166.641
DSS 9	12.687	15.558	20.148
DSS 10	37.305	47.761	47.884
DSS 11	47.922	58.212	66.585
DSS 12	84.148	106.797	115.664
DSS 13	285.116	124.926	58.815
DSS 14	34.739	63.747	52.441
Cure Palliative	4.042	4.913	7.385
Totale	1.330.639	1.670.435	1.308.420

* dato in fase di consolidamento

Fonte: Controllo di Gestione

Valore Prestazioni ambulatoriali

DISTRETTO	2020	2021	2022*
DSS 1	335.612	343.392	345.192
DSS 2	1.468.605	1.932.019	1.870.423
DSS 3	2.514.794	3.205.088	2.585.811
DSS 4	807.558	1.427.734	1.169.411
DSS 5	611.917	1.101.803	918.292
DSS BA	1.886.414	2.233.588	2.524.586
DSS 9	189.248	228.308	264.854
DSS 10	2.603.487	3.716.505	3.805.232
DSS 11	658.450	704.779	873.801
DSS 12	3.154.133	3.710.800	4.066.620
DSS 13	1.551.236	1.382.748	1.029.939
DSS 14	488.147	710.196	766.925
Cure Palliative	181.830	228.419	368.448
Totale	16.451.431	20.925.380	20.589.534

* dato in fase di consolidamento

Fonte: Controllo di Gestione

4.4 Prevenzione

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

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

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

Denominazione: AREA NORD - sede Ruvo di Puglia

Comuni: Molfetta, Giovinazzo, Terlizzi, Bitonto, Corato, Ruvo di Puglia, Palo del Colle, Toritto, Grumo Appula, Bitetto, Bitritto, Binetto, Poggiorsini, Gravina in Puglia, Altamura e Santeramo in Colle

Popolazione: 436.020 abitanti circa

Superficie: 2.131,55 Kmq.

Denominazione: AREA METROPOLITANA - sede Bari

Comuni: Bari, Modugno, Triggiano, Capurso e Valenzano

Popolazione: 410.364 abitanti circa

Superficie: 198,77 Kmq.

Denominazione: AREA SUD - sede Putignano

Comuni: Locorotondo, Alberobello, Noci, Gioia del Colle, Cassano delle Murge, Acquaviva delle Fonti, Sammichele di Bari, Turi, Putignano, Castellana Grotte, Monopoli, Sannicandro di Bari, Adelfia, Casamassima, Rutigliano, Conversano, Polignano a Mare, Cellamare, Mola di Bari e Noicattaro

Popolazione: 371.654 abitanti circa

Superficie: 1.595,09 Kmq.

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

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

Sono, altresì, obiettivi generali del Dipartimento di Prevenzione:

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

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

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

Il Dipartimento di Prevenzione è articolato nelle predette tre aree territoriali (Area Nord, Area Metropolitana ed Area Sud) composte dalle UU.OO. di seguito indicate, giusta D.D.G.n.1005 del 29/07/2020 e successive n.246/2021, n.2112/2021 e n.1512 del 03/08/2022:

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

Principali dati relativi alla copertura vaccinale

Nel quadriennio 2019-2022 la copertura vaccinale della popolazione residente nell'ambito dell'Area Metropolitana di Bari, viene di seguito rappresentata:

	2019	2020	2021	2022*
Esavalente (24 mesi)	95,86%	95,20%	95,19%	94,72%
MPR (24 mesi)	95,01%	93,00%	93,91%	91,1%
Meningococco ACYW	85,04%	66,00%	60,09%	51,42%
Pneumococco	91,86%	93,00%	92,88%	93,14%
HPV	66,23%	60,00%	41,63%	28,61%
Influenza (anziani)	51,90%	62,60%	52,47%	55,1%

Fonte: Dipartimento di Prevenzione

* dati in fase di consolidamento

Principali dati relativi agli screening oncologici

Relativamente all'estensione ed alla adesione della popolazione target dell'Area Metropolitana di Bari per gli screening oncologici, sono di seguito rappresentate le relative percentuali riferite al periodo 2020-2022 (i dati riferiti a quest'ultimo sono in fase di consolidamento):

SCREENING DEL CARCINOMA CERVICO-UTERINO

	2020	2021	2022*
Estensione	53,4%	80,6%	96,9%
Adesione	36,4%	38,3%	38,4%

Fonte: Dipartimento di Prevenzione

* dati in fase di consolidamento

SCREENING DEL CARCINOMA MAMMARIO

	2020	2021	2022*
Estensione	22,2%	45,6%	83%
Adesione	46,8%	60,3%	48%

Fonte: Dipartimento di Prevenzione

* dati in fase di consolidamento

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

SCREENING DEL COLON RETTO

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

Fonte: Dipartimento di Prevenzione

** dati in fase di consolidamento*

4.5 Dipendenze Patologiche

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

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

Il DDP si articola nelle seguenti strutture:

U.O.C. DEL NORD BARESE

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

U.O.C. DEL SUD BARESE

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

Di seguito sono riportati gli utenti in carico al Dipartimento delle Dipendenze Patologiche riferiti al periodo 2020-2022.

Confronto dei dati relativi agli utenti in carico al D.D.P. nel triennio 2020-2022

UTENTI IN CARICO	2020	2021	2022
Tossicodipendenti (sostanze illegali e/o farmaci NON prescritti)	3.199	3.070	2.836
Alcolisti	575	614	510
Tabagisti	0	3	0
Giocatori d'azzardo	118	202	191
Altre dipendenze comportamentali	3	250	21
Altre dipendenze/Non definito	0	0	817
Appoggiati provvisori	131	123	138
Attività medico-legale (patenti, ecc.)	180	90	0
Altre consulenze	737	844	228
Segnalati da prefettura (art.121 o 75) - accesso al Serd senza tratt.	307	279	257
TOTALE	5.250	5.475	4.998

Fonte: Dipartimento delle Dipendenze Patologiche

4.6 Salute Mentale

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

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

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

Il D.S.M. si articola nelle seguenti strutture, giusta D.D.G.n.1005 del 29/07/2020 e successive n.246/2021, n.2112/2021 e n.1512 del 03/08/2022:

CENTRO DI SALUTE MENTALE AREA 1

Comuni afferenti: Molfetta: Giovinazzo, Corato, Ruvo di Puglia, Terlizzi

CENTRO DI SALUTE MENTALE AREA 2

Comuni afferenti: Altamura, Acquaviva delle Fonti, Gravina in Puglia, Poggiorsini, Santeramo in Colle, Cassano delle Murge, Toritto, Binetto, Sannicandro, Grumo Appula

CENTRO DI SALUTE MENTALE AREA 3

Comuni afferenti: Modugno, Bitetto, Bitritto, Bitonto, Palo Del Colle

CENTRO DI SALUTE MENTALE AREA 4

Comuni afferenti: Bari

CENTRO DI SALUTE MENTALE AREA 5

Comuni afferenti: Mola di Bari, Rutigliano, Noicattaro, Conversano, Monopoli, Polignano

CENTRO DI SALUTE MENTALE AREA 6

Comuni afferenti: Triggiano, Adelfia, Capurso, Cellamare, Valenzano. Gioia Del Colle, Casamassima, Turi, Sammichele di Bari

CENTRO DI SALUTE MENTALE AREA 7

Comuni afferenti: Putignano, Castellana Grotte, Alberobello, Locorotondo, Noci

UOC PSICOLOGIA CLINICA

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

UOSVD Esordi Psicotici

UOSVD Psichiatria Penitenziaria

SERVIZI PSICHIATRICI DI DIAGNOSI E CURA (SPDC):

SPDC Osp. Murgia

SPDC Osp. San Paolo

SPDC Osp. Putignano

Di seguito sono riportate le principali prestazioni erogate dalle strutture del D.S.M. nel triennio 2020-2022:

PRESTAZIONI	2020	2021	2022
Visite	48.686	57.543	71.461
Colloqui	99.130	93.936	103.371
Psicoterapie	5.335	6.875	7.626
Interventi	22.151	20.991	52.516
Somministrazioni-erogazioni di farmaci	47.685	44.823	52.667
Accertamenti legali-Relazioni diniche	3.321	4.789	7.222
Riunioni-Incontri	5.978	7.115	10.527
Altre prestazioni	13.350	37.323	23.895
TOTALE	245.636	273.395	329.285

Fonte: Dipartimento di Salute Mentale
Elaborazione: Controllo di Gestione

Viene inoltre riportato, di seguito, il numero di ricoveri, riferito al triennio 2020-2022, erogati dalle strutture ospedaliere a gestione diretta ed il numero di utenti seguito presso le strutture residenziali e semiresidenziali afferenti al Dipartimento di Salute Mentale per lo stesso periodo:

	N. Ricoveri 2020	N. Ricoveri 2021	N. Ricoveri 2022*
SPDC	489	456	579
SPDC Ospedale San Paolo			108
SPDC Ospedale di Putignano	288	270	221
SPDC Ospedale della Murgia	201	186	250

* dato in fase di consolidamento
Fonte: Controllo di Gestione

Si precisa che l'attività di ricovero del S.P.D.C. dell'Ospedale "San Paolo" è iniziata nel mese di luglio 2022.

Relativamente alle strutture psichiatriche residenziali e semiresidenziali di seguito è riportato il numero dei pazienti transitati nelle diverse tipologie di struttura (contrattualizzata e non) presente sul territorio della ASL o al di fuori di esso, con le specifiche di inserimenti e dimissioni per il triennio 2020-2022:

Struttura	2020			2021			2022		
	Ammissioni	Dimissioni	Utenti	Ammissioni	Dimissioni	Utenti	Ammissioni	Dimissioni	Utenti
CRAP (assist. h24)	87	91	351	96	83	361	100	96	379
CRAP autori reato	12	14	37	17	12	31	11	12	42
Comunità Alloggio (assist. h12)	8	8	112	9	8	106	15	13	102
Gruppo Appartamento	7	11	70	16	15	83	13	11	77
Centro Diurno	60	47	447	55	46	337	49	47	344
CRAP per Minori	26	18	94	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Comunità per Disturbi Alimentari	5	3	6	3	6	7	9	7	8

Fonte: Dipartimento di Salute Mentale

Viene infine rappresentato il numero di pazienti assistiti nel triennio 2020-2022 dai Centri di Salute Mentale e dal Centro per i Disturbi del comportamento alimentare:

	N. pazienti 2020	N. pazienti 2021	N. pazienti 2022
Disturbi del comportamento alimentare			
N. pazienti seguiti	160	180	220
C.S.M.			
Contatti attivi	n.d.	15504	n.d.

Fonte: Dipartimento di Salute Mentale

Sezione II – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE e ANTICORRUZIONE

1 Valore pubblico

1.1 Mandato istituzionale e missione

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

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

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

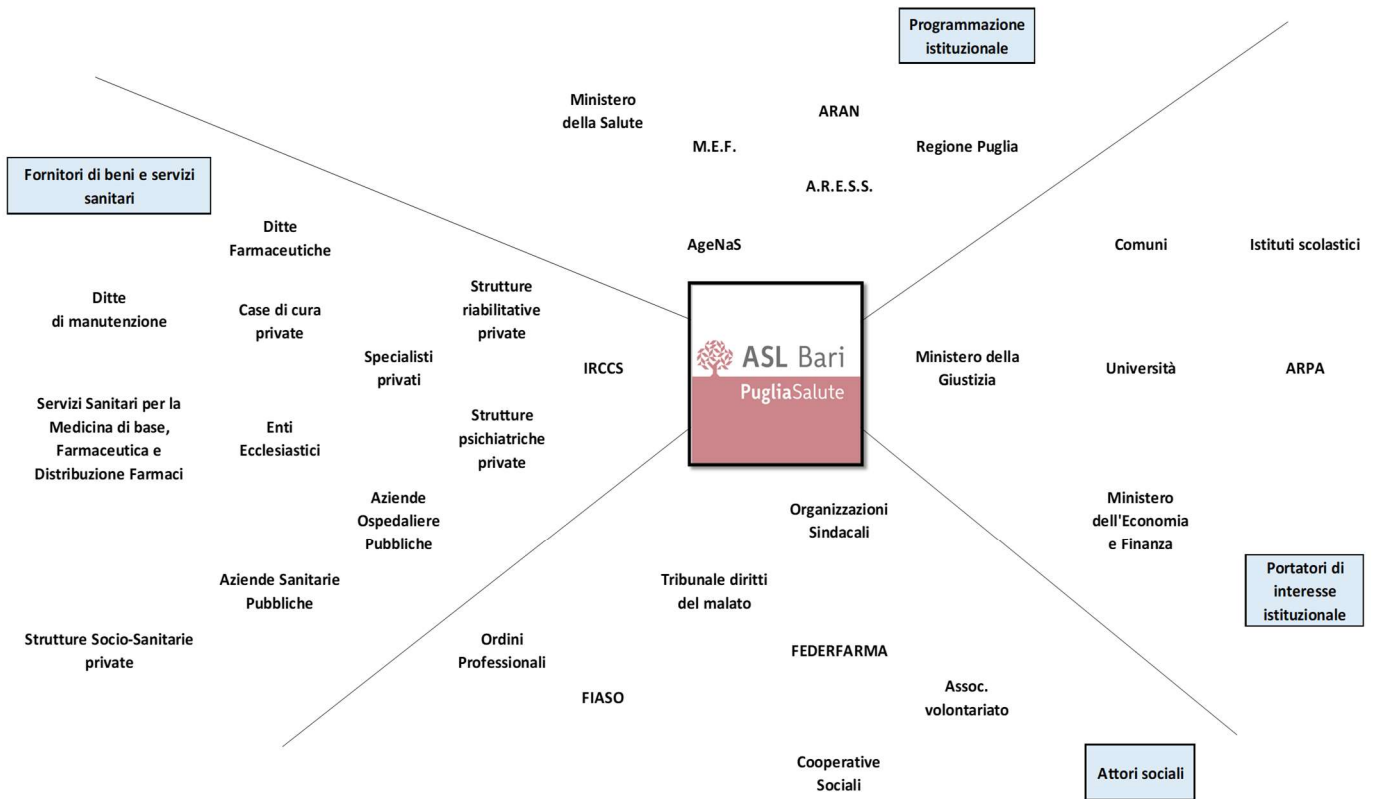
- Centralità del cittadino
- Decentramento dei poteri decisionali e delle responsabilità
- Unitarietà del disegno organizzativo
- Innovazione gestionale e tecnologica
- Fruibilità del servizio
- Gestione per processi
- Modello professionale basato sulla progressiva realizzazione del governo clinico
-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

1.2 Analisi del contesto esterno

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

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

Mapa degli stakeholder esterni ASL



Principali indici demografici del territorio di competenza ASL

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

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

Periodo	2019	2020	2021	2022
tasso di natalità (per mille abitanti)	7,2	6,8	6,9	..
tasso di mortalità (per mille abitanti)	9,3	10,6	11,6	..
crescita naturale (per mille abitanti)	-2,1	-3,8	-4,7	..
tasso di nuzialità (per mille abitanti)	3,8	1,4	3,9	..
saldo migratorio interno (per mille abitanti)	-2,0	-1,1	-1,2	..
saldo migratorio con l'estero (per mille abitanti)	1,1	0,6	2,2	..
saldo migratorio per altro motivo (per mille abitanti)	-1,1	4,2	-0,5	..
saldo migratorio totale (per mille abitanti)	-2	3,7	0,5	..
tasso di crescita totale (per mille abitanti)	-4,1	-0,1	-4,2	..
numero medio di figli per donna	1,24	1,18	1,22	..
età media della madre al parto	32,3	32,5	32,6	..
speranza di vita alla nascita	83,7	82,8	82,2	..
speranza di vita a 65 anni	21,3	20,6	19,9	..
popolazione 0-14 anni al 1° gennaio (valori percentuali) - al 1° gennaio	13,2	13,0	12,9	12,7
popolazione 15-64 anni (valori percentuali) - al 1° gennaio	65,3	65,1	64,6	64,5
popolazione 65 anni e più (valori percentuali) - al 1° gennaio	21,5	22,0	22,5	22,8
indice di dipendenza strutturale (valori percentuali) - al 1° gennaio	53,1	53,7	54,8	55,0
indice di dipendenza degli anziani (valori percentuali) - al 1° gennaio	32,9	33,8	34,8	35,4
indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio	163	169,6	174,4	179,8
età media della popolazione - al 1° gennaio	44,6	44,9	45,2	45,5

Fonte: ISTAT

Indice di dipendenza strutturale

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

Indice di dipendenza strutturale degli anziani

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

Sono inoltre stati considerati altri indicatori socio-demografici riferiti ai rispettivi periodi come di seguito rappresentato:

Tasso di disoccupazione per Provincia – Anni dal 2008 al 2021

Periodo	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
PUGLIA	11,6	12,6	13,5	13,2	15,7	19,7	21,5	19,7	19,4	18,8	16,0	14,9	14,0	14,8
Foggia	11,3	13,6	13,4	14,4	18,2	21,2	22,8	20,1	17,1	25,0	22,0	20,8	24,7	22,0
Bari	10,3	11,0	11,1	12,1	16,0	19,7	20,4	19,1	20,3	15,4	13,0	11,8	10,1	10,2
Taranto	10,4	9,6	12,4	11,1	13,0	15,5	18,5	18,8	16,5	16,8	16,7	15,4	11,3	15,3
Brindisi	12,3	14,3	14,7	12,9	13,2	16,8	18,3	16,5	17,1	18,6	14,5	11,9	11,7	15,8
Lecce	15,0	16,2	17,7	15,6	18,2	22,1	25,8	22,0	23,1	22,3	17,8	17,5	16,2	15,7
Barletta-Andria-Trani	13,1	12,8	11,8	22,2	21,2	20,7	18,5	17,3	14,2	14,2	13,1	15,6

Fonte: ISTAT

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

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

Evidentemente, il profilo demografico e la tendenza epidemiologica rappresentati determinano precisi risvolti economico-finanziari, che devono essere necessariamente tenuti in considerazione nelle attività di pianificazione e programmazione; a titolo esemplificativo ma non esaustivo si rappresenta che, tenendo presente tutte le tipologie di esenzione, il numero di esenzioni da ticket, nell'esercizio 2021, sono passati da n. 231.580, dell'anno 2020, a n.230.030 unità per motivi di età e di reddito, e da n.819.564, del 2020, a n.802.768 per altri motivi. Va precisato che alcuni cittadini beneficiano di più esenzioni.

1.3 Analisi del contesto interno

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

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

1.4 Analisi S.W.O.T.

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

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

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

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

Al fine di garantire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie in sicurezza si è provveduto, con l'adozione del Bilancio di Previsione 2023, ad approvare il Piano di Rinnovo per l'anno 2023 delle tecnologie biomedicali così come previsto dalla normativa vigente.

Risorse ICT

Le tecnologie ICT a disposizione sono quantificate in:

- circa n.6500 postazioni lavoro (PC)
- circa n.7500 apparecchi telefonici con tecnologia IP
- n.20 server fisici
- circa n.140 server virtuali.

A seguito dell'aggiudicazione del rilancio competitivo nell'ambito dell'Accordo Quadro Regionale denominato RUPAR-SPC, è stata realizzata la nuova infrastruttura di rete geografica che collega le 142 strutture aziendali con connessioni in fibra ottica con Banda Nominale in Accesso (BNA) da 10Mb per le sedi con meno di 5 dipendenti, BMA da 100Mb per la maggior parte delle strutture, BMA da 1Gb per i Presidi Ospedalieri e BMA da 10Gb per la sede Legale, dove è ubicato il data center, e per il P.O. Di Venere dove verranno dislocati gli apparati di sicurezza per garantire l'alta affidabilità.

Nell'ambito dell'Accordo Quadro sopra citato, è stato realizzato un anello in fibra ottica destinato a collegare la sede del CTO con i PP.OO. Di Venere, San Paolo e la *server farm* di InnovaPuglia che viene identificato, dal Piano Triennale ICT redatto dalla Regione Puglia, come il data center della Sanità e dove dovranno essere migrate tutte le applicazioni attualmente installate nel data center aziendale.

La nuova rete multifunzionale consente, tra l'altro, l'introduzione di elementi migliorativi nell'ambito sicurezza con caratteristiche di controllo dettagliato delle azioni e dei pericoli legati al rischio cibernetico esterno/interno, la realizzazione di tutti i collegamenti periferici in Fibra Ottica e caratteristiche trasmissive tra 10Mbps e 100Mbps a sito.

La realizzazione di tutti i collegamenti periferici in Fibra Ottica ha, inoltre, consentito l'introduzione di scenari di *unified communication* e *collaboration* con l'introduzione di una piattaforma di videoconferenza dedicata e la definizione di circa 100 sale distinte per procedere alle sedute pubbliche di gare, riunioni senza spostamenti e formazione.

L'attivazione dei progetti legati al Piano di Ripresa e Resilienza (PNRR), da realizzare nel prossimo triennio, consentirà di adeguare le postazioni di lavoro e aumentare l'utilizzo delle applicazioni in mobilità soprattutto in ambito sanitario.

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

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

1. SEZIONE VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

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

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

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

2. SEZIONE ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

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

1.6 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio 2023

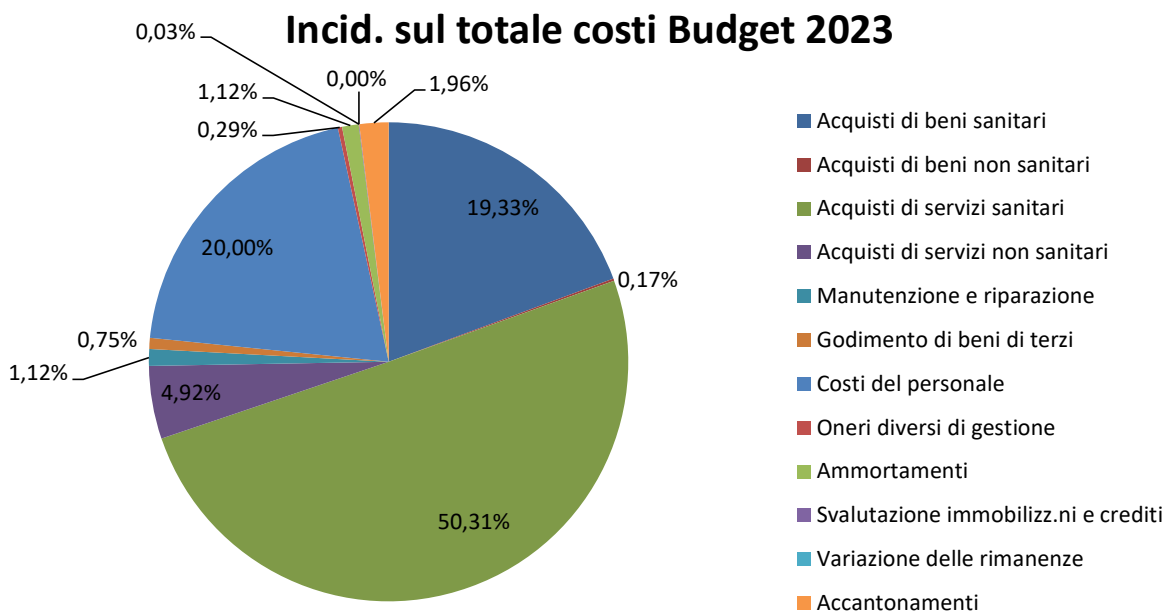
Il bilancio economico preventivo per l'anno 2023, giusta D.D.G.n.2559 del 30/12/2022, è stato redatto tenendo conto della stima dei ricavi ancora provvisori e con le ipotesi di riduzione dei costi, in considerazione delle attuali normative nazionali e delle disposizioni regionali.

Di seguito è riportato il riepilogo dei dati di bilancio più significativi riferiti al Bilancio di Previsione dell'esercizio 2023, risultato in equilibrio economico finanziario, ed una analisi più dettagliata sugli scostamenti relativi ai soli Costi della produzione:

Macro-aggregati di bilancio	
	Budget 2023
Valore della Produzione	2.579.905.406,00
Costi della produzione	2.620.547.319,00
Altri costi	38.987.028,00
Totale costi	2.659.534.347,00
Utile (Perdita) dell'Esercizio	- 79.628.941,00

Fonte: Bilancio di previsione 2023

Macro-aggregati dei Costi della produzione		
	Budget 2023	Incid. sul totale costi Budget 2023
Acquisti di beni sanitari	506.669.859,00	19,33%
Acquisti di beni non sanitari	4.565.867,00	0,17%
Acquisti di servizi sanitari	1.318.454.285,00	50,31%
Acquisti di servizi non sanitari	128.830.789,00	4,92%
Manutenzione e riparazione	29.243.342,00	1,12%
Godimento di beni di terzi	19.536.787,00	0,75%
Costi del personale	524.182.259,00	20,00%
Oneri diversi di gestione	7.722.666,00	0,29%
Ammortamenti	29.310.887,00	1,12%
Svalutazione immobilizz.ni e crediti	698.288,00	0,03%
Variazione delle rimanenze	-	0,00%
Accantonamenti	51.332.290,00	1,96%
Totale costi della produzione	2.620.547.319,00	100,0%



Così come previsto dall'art.5, c.1, e dall'art.10, c.1 del D.Lgs.n.150/2009, la pianificazione del ciclo della Performance deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio. Un sistema di obiettivi, infatti, risulta sostenibile solo se è garantita la congruità tra le attività da portare a termine e le risorse effettivamente disponibili.

L'integrazione tra la definizione degli obiettivi generali ed il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio viene assicurata sia dalla coerenza dei contenuti sia dalla coerenza temporale con la quale vengono adottati i relativi atti. In particolare la definizione degli obiettivi generali di budget per l'anno

2023 è stata adottata con D.D.G.n.2349 del 06/12/2022, il Bilancio di Previsione per l'esercizio 2023 è stato adottato con D.D.G.n.2559 del 30/12/2022.

Tale integrazione si riflette anche nella reportistica predisposta per il monitoraggio degli indicatori utilizzati per la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi. La metodologia utilizzata per la determinazione dei report si basa, infatti, sia sui dati forniti dai sistemi informativi economico-finanziari dell'Area Gestione Risorse Finanziarie, dell'Area del Patrimonio e dell'Area del Personale sia sui dati provenienti dai sistemi informativi destinati alla rilevazione delle prestazioni sanitarie erogate dalle diverse unità operative, consentendo, perciò, un'adeguata valutazione tra grado di raggiungimento dell'obiettivo e risorse impiegate.

Il bilancio economico preventivo per l'anno 2023, in assenza del DIEF regionale per l'annualità in questione e, quindi, nelle more della ripartizione definitiva del Fondo Sanitario Regionale 2022-2023, è stato redatto tenendo conto della stima dei ricavi ancora provvisori (finanziamento per assegnazione indistinta in misura pari a quanto iscritto nel bilancio Preventivo 2023) e degli obiettivi di riduzione dei costi, attribuiti alle singole aziende con nota Regione Puglia – Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, prot. A00_168/PROT/07/12/2022/7391 del 7.12.2022 avente ad oggetto "Linee operative per l'adozione del Bilancio di Previsione 2023 e scadenze.", nota Regione Puglia – Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, Servizio Gestione Sanitaria Accentrata prot. A00_168/PROT/15/12/2022/7596 del 15.12.2022 avente ad oggetto "Integrazioni e precisazioni alle Linee operative per l'adozione del Bilancio di Previsione 2023." e nota Regione Puglia – Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, prot. A00_168/30/12/2022/8597 del 30.12.2022 avente ad oggetto "Bilancio di Previsione 2023."

Il bilancio economico preventivo 2023, redatto sulla scorta delle indicazioni regionali non presenta una condizione di equilibrio di bilancio programmato ed in assenza di informazioni sulle eventuali quote di finanziamento aggiuntivo per il 2023 e nelle more dell'assegnazione da parte dello Stato delle risorse COVID e per "caro energia" e/o di trasferimenti integrativi regionali, come da indicazioni ricevute nella citata nota Regione Puglia – Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, prot. A00_168/30/12/2022/8597 del 30.12.2022 avente ad oggetto "Bilancio di Previsione 2023.", riporta un risultato negativo del periodo pari ad €/Mgl.-79.629_ L'eventuale contributo sarà determinato in corso di esercizio sulla base degli stati di avanzamento al budget per integrazioni del FSN per il 2023, per eventuali finanziamenti integrativi statali per covid e per caro energia.

Gli effetti della pandemia, peraltro ancora in corso alla data di redazione del presente documento, seppur riferito a "eventuali costi residuali per la gestione ordinaria del COVID-19", rendono di fatto maggiormente difficoltoso attuare una programmazione di breve periodo.

A ciò si aggiungano poi, i provvedimenti e le disposizioni emanate nel 2022 dagli Uffici Regionali, come di seguito meglio rappresentati, i cui evidenti impatti sul conto economico dell'Asl di Bari non trovano contropartita in un incremento dell'assegnazione indistinta o in risorse aggiuntive specifiche:

- internalizzazione del servizio di 118
- rivisitazione Tariffe e Incremento posti autorizzabili ed accreditabili presso strutture del Socio – Sanitario
- rinnovo del contratto del personale dipendente e convenzionato.

Il bilancio di previsione è inoltre influenzato dall'applicazione delle indicazioni fornite dalla Regione con le note prot. A00_168/PROT/07/12/2022/7391 del 7.12.2022 e prot. A00_168/PROT/15/12/2022/7596 del 15.12.2022, contenenti gli obiettivi di razionalizzazione e contenimento della spesa particolarmente sfidanti

o, in ogni caso, fortemente condizionanti l'azione programmatoria e gestionale dell'azienda nell'esercizio 2023 di seguito riepilogati:

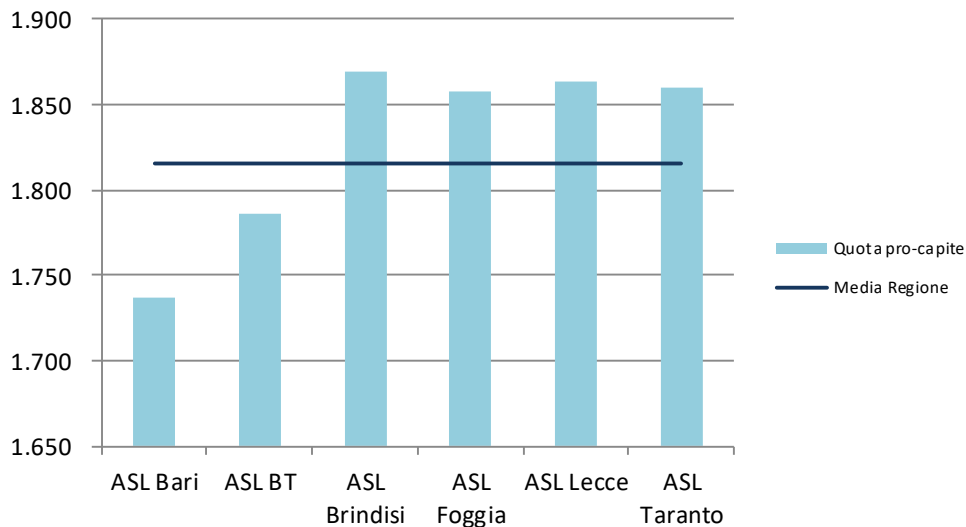
1. previsione di risparmio rispetto al preconsuntivo 2022 sulla spesa farmaceutica per l'acquisto dei dispositivi medici stabilita in €/mgl 3.197 e per acquisto diretto di farmaci per €/mgl 7.628;
2. obiettivo di risparmio rispetto al preconsuntivo 2022 per la farmaceutica convenzionata pari a €/mgl 1.644;
3. budget massimo per investimenti con Fondi propri: si è previsto specifico budget per ciascuna Azienda del SSR;
4. iscrizione nel bilancio 2023 dei maggiori costi energetici, in analogia a quanto registrato nel 2022, a fronte, tuttavia, di specifiche assegnazioni in misura pari alle risorse stimate per la Regione Puglia;
5. per il personale la previsione deve tener conto della Deliberazione di Giunta Regionale n. 1818 del 12 dicembre 2022 in merito alle nuove linee guida per la redazione del PTFP, iscrivendo quale costo del personale il tetto PTFP, se maggiore della spesa storica (pre-consuntivo 2022), ovvero iscrivendo la spesa storica (pre-consuntivo 2022) qualora questa risultasse superiore al tetto PTFP. La previsione di spesa del personale è maggiore di circa 34 milioni di Euro (costo incluso oneri sociali) rispetto al Preconsuntivo 2022, oltre a maggiori costi per Irap per circa 2 milioni di Euro.

La Direzione Strategica ha più volte evidenziato alcune considerazioni sulla effettiva congruità della quota di finanziamento indistinto, rilevando in diverse casi una quota capitaria secca di gran lunga più bassa rispetto alla quota capitaria media regionale.

Per la previsione 2023, il finanziamento per assegnazione indistinta di questa ASL Bari (pari a € 2.127.823.814,00) è quello fissato con nota Regione Puglia – Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, prot. A00_168/PROT/07/12/2022/7391 del 7.12.2022 avente ad oggetto "Linee operative per l'adozione del Bilancio di Previsione 2023 e scadenze." e nota Regione Puglia – Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, Servizio Gestione Sanitaria Accentrata prot. A00_168/PROT/15/12/2022/7596 del 15.12.2022 avente ad oggetto "Integrazioni e precisazioni alle Linee operative per l'adozione del Bilancio di Previsione 2023.".

Come si evince dalla matrice e dal grafico di seguito riportati, tali assegnazioni sono calibrate su una quota capitaria secca di gran lunga più bassa rispetto alla quota capitaria media regionale:

Azienda Sanitaria	Disponibilità finanziarie lorde Prev. 2023	Popolazione di rif.	Quota pro-capite
ASL Bari	2.127.823.814	1224756	1.737
ASL BT	677.363.168	379251	1.786
ASL Brindisi	709.805.036	379851	1.869
ASL Foggia	1.110.457.727	597902	1.857
ASL Lecce	1.438.624.228	772276	1.863
ASL Taranto	1.038.200.305	558130	1.860
Totale	7.102.274.278	3.912.166	1.815



È quindi facile rilevare come, applicando le quote capitarie medie regionali per il riparto alla popolazione residente della ASL Bari, la maggiore assegnazione regionale avrebbe dovuto essere pari a € 95.530.968,00.

Nell'ipotesi, pertanto, di ridefinizione da parte della Regione del finanziamento spettante all'ASL BA, sulla base di una quota capitaria corretta in relazione alle caratteristiche della popolazione residente, coerentemente con quanto espressamente previsto dall'art. 2, comma 2-sexies, lett. d) del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, o, in alternativa nell'ipotesi di finanziamenti ulteriori derivanti da incrementi del Fondo Sanitario o da risorse aggiuntive da bilancio autonomo regionale, sarebbe possibile per la Direzione Strategica la prosecuzione di tutte le misure programmatiche inizialmente previste e successivamente emendate per effetto delle indicazioni regionali.

Il conto economico non presenta una condizione di equilibrio di bilancio programmato che potrà essere raggiunto solo in presenza di quote di finanziamento aggiuntivo per il 2023 e/o di assegnazione da parte dello Stato delle risorse COVID e per "caro energia" e/o di trasferimenti integrativi regionali.

Monitoraggio dei tempi di pagamento

Ai fini della corretta gestione amministrativo-contabile dell'Azienda particolare attenzione viene rivolta al monitoraggio della situazione debitoria per ciascuna Macrostruttura che risulta direttamente collegato al monitoraggio dell'Indice di Tempestività dei Pagamenti. Quest'ultimo, grazie all'incisiva azione della Direzione Strategica Aziendale, è stato abbattuto dai +70 gg del 2015 ai -15 gg del 2022 passando per i +10 del 2018.

	2018	2019	2020	2021	2022
I.T.P. (gg.)	10	9	-11	-9	-15
Scostam. risp. 2018		-10,0%	-210,0%	-190,0%	-250,0%

2 Performance

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

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

2.1 Albero della performance

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

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

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

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

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

L'albero della performance nasce dallo schema sotto riportato di obiettivi che la Direzione Generale considera strategici per l'anno 2023, giusta D.D.G.n.2349 del 06/12/2022.

Num. Obiett.	Obiettivo	Prospettiva	Dimensione
1	Attuazione della programmazione regionale in materia di rete ospedaliera e territoriale	Processi interni all'azienda	Capacità di governo della domanda sanitaria
2	Implementazione delle reti cliniche regionali quali, tra le altre, la Rete Oncologica Pugliese (DGR.n.221/2017), la Rete Nefrologico/Dialitica/Trapiantologica Pugliese (DGR.n.1679/2018); la Rete trasfusionale pugliese (DGR.n.900/2017), la Rete diffusa di Servizi di Genetica Medica (DGR.n.986/2017), le Reti tempo dipendenti (rete ictus, rete trauma, rete cardiologica)	Processi interni all'azienda	Capacità di governo della domanda sanitaria
3	Attuazione del Piano Aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa vigente	Processi interni all'azienda	Capacità di governo della domanda sanitaria
4	Miglioramento appropriatezza chirurgica	Processi interni all'azienda	Appropriatezza e qualità
5	Miglioramento appropriatezza medica	Processi interni all'azienda	Appropriatezza e qualità
6	Miglioramento qualità e appropriatezza area materno-infantile	Processi interni all'azienda	Appropriatezza e qualità
7	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	Processi interni all'azienda	Appropriatezza e qualità
8	Miglioramento qualità di processo	Processi interni all'azienda	Appropriatezza e qualità
9	Miglioramento qualità percepita	Innovazione e qualità	Appropriatezza e qualità
10	Potenziamento delle attività nell'ambito del Rischio Clinico	Processi interni all'azienda	Appropriatezza e qualità
11	Monitoraggio aziendale dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private insistenti sul territorio aziendale, ivi compresi gli Enti ecclesiastici e gli IRCCS	Processi interni all'azienda	Appropriatezza e qualità
12	Miglioramento della qualità globale da sostenere mediante una politica della formazione aziendale adeguata a sviluppare le competenze professionali del personale	Innovazione e qualità	Appropriatezza e qualità
13	Potenziamento dell'offerta nell'Assistenza Sanitaria Territoriale nell'ambito degli obiettivi previsti dal P.N.R.R.	Processi interni all'azienda	Assistenza sanitaria Territoriale
14	Potenziamento delle attività mirate all'integrazione Ospedale-Territorio	Processi interni all'azienda	Assistenza sanitaria Territoriale
15	Potenziamento assistenza domiciliare	Processi interni all'azienda	Assistenza sanitaria Territoriale
16	Potenziamento dell'offerta nell'ambito della salute mentale	Paziente/Utente	Assistenza sanitaria territoriale
17	Attuazione Piano Regionale della Prevenzione	Paziente/Utente	Prevenzione
18	Potenziamento screening oncologici (mammografico, cervice uterina, colon retto)	Paziente/Utente	Prevenzione
19	Attuazione del Piano di Controllo Regionale Pluriennale (PCRP) e rispetto delle relative frequenze di Controllo Ufficiale stabilite in materia di alimenti, mangimi, salute animale, sottoprodotti di origine animale, benessere degli animali, prescrizioni per l'immissione in commercio e l'uso di prodotti	Paziente/Utente	Prevenzione
20	Potenziamento copertura vaccinale	Paziente/Utente	Prevenzione
21	Potenziamento del monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva dei Medici Ospedalieri, Specialisti Ambulatoriali,	Processi interni all'azienda	Assistenza farmaceutica

Num. Obiett.	Obiettivo	Prospettiva	Dimensione
	Medici di Medicina generale e Pediatri di libera scelta al fine del contenimento della spesa farmaceutica con particolare riferimento all'utilizzo di farmaci biosimilari e generici nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali		
22	Pieno utilizzo della piattaforma Edotto per la redazione dei Piani Terapeutici e delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali	Processi interni all'azienda	Assistenza farmaceutica
23	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	Processi interni all'azienda	Assistenza farmaceutica
24	Misure per il contenimento della spesa farmaceutica relativa agli acquisti diretti di farmaci e dispositivi medici nel rispetto dei tetti di spesa regionali	Processi interni all'azienda	Assistenza farmaceutica
25	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	Processi interni all'azienda	Assistenza farmaceutica
26	Implementazione del Piano Triennale per la digitalizzazione della P.A. 2021-2023	Innovazione e qualità	Sanità digitale
27	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	Innovazione e qualità	Sanità digitale
28	Diffusione dei servizi online sul portale regionale della salute	Innovazione e qualità	Sanità digitale
29	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Innovazione e qualità	Sanità digitale
30	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	Innovazione e qualità	Sanità digitale
31	Monitoraggio del rispetto dei vincoli di finanza pubblica	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
32	Riduzione dei Tempi di Pagamento dei fornitori	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
33	Perfezionamento del Percorso Attuativo di Certificabilità dei bilanci (PAC) degli Enti del S.S.R.	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
34	Accordi contrattuali con le strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
35	Deflazionamento del Contenzioso	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
36	Revisione sistematica delle procedure amministrative (governance aziendale) con l'obiettivo di garantire l'ottimizzazione dei processi nel rispetto dei principi di equità e trasparenza	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
37	Realizzazione del Piano degli Investimenti e aggiornamento delle gare	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
38	Contenimento della spesa del personale entro i limiti fissati dalla normativa vigente e pianificazione dei fabbisogni di personale, ai sensi del D. Lgs. n.165/2001 e ss.mm.ii., secondo le linee guida regionali e la programmazione sanitaria	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
39	Potenziamento del sistema relativo alla sicurezza sul lavoro	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
40	Rispetto degli obblighi contenuti nei disciplinari, sottoscritti per la gestione dei fondi comunitari e/o nazionali, con particolare riferimento al pieno raggiungimento delle previsioni di spesa comunicate e dell'aggiornamento del sistema informativo di monitoraggio	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
41	Prosecuzione delle attività per la realizzazione dell'Ospedale Monopoli-Fasano	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
42	Definizione ed adozione dell'Atto Aziendale	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
43	Attuazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	Processi interni all'azienda	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
44	Rispetto degli obblighi previsti nel PNRR	Processi interni all'azienda	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa

Per la valutazione del grado di raggiungimento degli elencati obiettivi strategici sono stati utilizzati oltre n.400 indicatori con relativo target focalizzando l'attenzione per il 2023 sugli obiettivi di processo che consentono sia il miglioramento della qualità assistenziale sia la migliore allocazione delle risorse con riduzione degli sprechi:

Prospettiva	Num. Indicatori
Econom.-finanz.	65
Innovaz. e qualità	45
Paziente utente	42
Processi interni	266
Totale	418

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

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE	
Appropriatezza e qualità	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	Report semestrale sulle attività svolte	
		Controllo appropriatezza cartella clinica/congruità SDO ex art 56 (Strutture Osped. Private - IRCCS Maugeri e EE Miulli): numero SDO verificate/numero SDO prodotte	
		Controllo dell'appropriatezza dei ricoveri in IRCCS Maugeri - EEMiulli: numero SDO verificate/numero SDO prodotte	
		Controllo dell'appropriatezza dei ricoveri/congruità SDO in Strutture Osped. Private: numero SDO verificate/numero SDO prodotte	
		Controllo su ricoveri con T.C., con protesi, DRG potenz. Inappr. e trattam. con cyberknife e gammaknife in Strutture Osped. Private, IRCCS Maugeri - EEMiulli: numero SDO verificate/numero SDO prodotte	
		Controllo su ricoveri per COVID-19 presso le Strutture COVID (EE Miulli, Gruppo GVM)	
		Report semestrale sulle attività di controllo analitico casuale sul 10% delle cartelle cliniche	
		Riabilitazione ex art 26 (Strutture private): Verifica correttezza procedure autorizzative - Aderenza al piano riabilitativo	
		Riabilitazione ex art.25 L 833/1978: appropriatezza prescrittiva: N° prescrizione/Tot prescrizioni	
		Verifica congruità protocollo Regionale IMA-SCA in Strutture Private e EEMiulli: verbale di congruità	
		Verifica di prestazioni ambulatoriali in Day Service SDA in Strutture Osped. Private, IRCCS Maugeri - EEMiulli: numero SDA verificate/numero SDA prodotte	
		Appropriatezza prescrittiva	Numero di schede di monitoraggio sulla piattaforma AIFA relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi
			Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica
	Report trimestrale sui casi di inappropriata prescrittiva dei MMG riscontrati e comunicati alla Direzione Generale e ai Direttori di Distretto		
Appropriatezza setting assistenziale	Percentuale aberrazioni genomiche diagnosticate alla diagnosi invasiva mediante prelievo di villi coriali (villocentesi)		
	Report semestrale sui dati di attività		

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Utilizzo della Scheda redatta nel 2021 dal DSM nelle attività di verifica delle Strutture Riabilitative
		Valutazione e predisposizione con monitoraggio di PTR residenziali riabilitativi DCA di competenza ASL BA (comprese proroghe)
		Contenzione meccanica: realizzazione di evento formativo e monitoraggio eventi
		Progetto Esoma - Studio NGS di casi clinici con sospetto per causa genetica
		Report trimestrale su tipologia acuta e cronica e n. pazienti trattati secondo le LG della società scientifica SIMSI
	Clinical governance	Attivazione del sistema di telemedicina Resmed Airview per la gestione di pazienti con OSA in trattamento con CPAP
		Elaborazione di due protocolli assistenziali relativi alle principali patologie in carico, sia in regime residenziale che assistenziale
		Elaborazione/revisione dei consensi informati di tutte le metodologie/prestazioni diagnostiche strumentali del Dipartimento di Radiodiagnostica e M.N. alla luce delle normative vigenti (L.31.7.2020 n.101),
		Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16
		Implementazione e/o potenziamento attività di Day Service nefrologici autorizzati dalla Regione Puglia (es. PAC 26, 27, 28, 29, 73; PCB 26)
		Procedura Aziendale di implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 14 - Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici
		Standardizzazione delle procedure di utilizzo del M.d.C. in relazione alle reazioni avverse.
		Valutazione Clinica mediante l'uso di scale standardizzate
		Diffusione di scale di valutazione sull'autolesionismo per pazienti individuati e successiva elaborazione dei dati raccolti
		Elaborazione di percorso assistenziale relativo al processo di transition per pazienti affetti da Encefalopatia epilettica rara
		Elaborazione di percorso di consulenza di cure palliative nelle Strutture Ospedaliere della ASL Bari
		Elaborazione di Protocolli operativi su: - Foglio unico di Terapia - Prevenzione delle cadute dei pazienti
		Elaborazione Protocollo di esecuzione indagine Risonanza Magnetica a pazienti portatori di dispositivi cardiaci impiantabili
		Elaborazione Protocollo Prescrizione Esami Radiologici
		Elaborazione/revisione procedura aziendale ospedaliera del paziente con Ictus
		Implementazione di un protocollo interno di gestione medico-infermieristico della nutrizione nel neonato pretermine VLBW (< 1500 gr.)
		Inizio applicazione delle procedure di Lean Organization nella Rete dei Laboratori della ASL BA
		Prevenzione delle recidive di IVG con contraccettione orale o meccanica: N. pazienti
		Prevenzione e Gestione Integrata dei fenomeni di marginalità e inclusione sociale - Organizzazione incontri con Enti (Servizi Socio-Sanitari, Comuni, Forze dell'Ordine ecc)
		Procedura assistenziale complessa per malati rari con Epilessia rara
		Procedura per il percorso delle pazienti prese in carico dalla PMA di Conversano ai fini della preservazione della fertilità per motivi non oncologici (social freezing)
		Protocollo di azioni congiunte tra Psichiatria Penitenziaria e Medicina Penitenziaria per la gestione del paziente detenuto con patologia psichiatrica
		Protocollo operativo per la corretta gestione dei campioni biologici destinati alle UU.OO. di Patologia Clinica
		Protocollo operativo per la corretta gestione dei campioni Microbiologici

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Protocollo operativo per la esecuzione di indagini con radiofarmaci neurotropi
		Protocollo operativo per la preparazione e controlli di qualità sui radiofarmaci neurotropi
		Realizzazione Incontri di gruppo con intervento riabilitativo DCA con Like Skill e Cognitive Remediation Realizzazione Therapy a soggetti area DCA restrittiva
		Redazione di una Procedura aziendale per la gestione dell'emergenza intraospedaliera
		Revisione procedure operative per la prevenzione e gestione dello stravasato da mezzo di contrasto
		Utilizzazione di trascheoscopia diagnostica domiciliare nello studio dei pazienti con patologia neurovegetativa
	Efficienza operativa	Controllo di qualità su apparecchiature radiologiche: Numero apparecchiature controllate/apparecchiature installate
		Relazione check list rischi ambientali
	Efficienza organizzativa	Percentuale di Unità di sangue eliminate per cause tecniche
		Produzione e revisione delle procedure di giustificazione delle indagini di Diagnostica eseguita dai TSRM alla luce del D.L.31.7.2021 n.101
		Applicazione del protocollo operativo delle attività propedeutiche all'attivazione delle apparecchiature radiologiche per la parte di competenza
		Attivazione del nuovo software di Gestione del Laboratorio dei Laboratori Analisi Hub e Spoke
		Attivazione del nuovo software di Gestione del Laboratorio di Analisi HUB del "Di Venere"
		Organizzazione di gruppo di lavoro dipartimentale su ADI, UVM e Semplificazione delle procedure
		Organizzazione di gruppo di lavoro dipartimentale su Percorso Nascita
		Produzione di linee di indirizzo per l'adeguamento alla realtà locale ed ai prodotti tipici del territorio provinciale, delle procedure di rilascio certificazione export e preexport prodotti a base latte per i Paesi Terzi
		Produzione di un documento su: Autopsia virtuale indirizzi tecnici e organizzativi
		Realizzazione di audit fra UOC e C.T. sulla modalità di gestione dei casi complessi nel setting comunitario e audit fra UOC sui casi clinici in doppia diagnosi
		Trasferimento e attivazione del Laboratorio per la diagnostica della Tuberculosis presso la U.O.S.V.D.
	Formazione	Eventi formativi per lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione dell'emergenza nei luoghi di lavoro
		Formazione operatori di settore Alimentare (OSA)
		Organizzazione corsi per la Gestione avanzata delle vie aeree per le UU.OO. dei Presidi Ospedalieri
		Organizzazione di eventi formativi per i Referenti aziendali (referenti distrettuali e farmacisti territoriali) della Rete Malattie Rare
		Organizzazione di evento formativo audit interdisciplinare (Neuro, NCH, P.S.) sulla "Stroke unit", per il trattamento dei disturbi cerebrovascolari acuti rivolto al personale medico e di comparto
		Organizzazione di evento formativo aziendale rivolto ai MMG e Farmacisti
		Organizzazione di evento formativo rivolto a personale medico e di comparto della ASL
		Organizzazione di evento formativo su tematiche di Medicina di Laboratorio
		Organizzazione Evento formativo per il personale medico e infermieristico delle UU.OO. della ASL
		Piano di formazione obbligatoria biennale BLS e ALS per le UU.OO. del Dipartimento di Emergenza-Urgenza e per il personale delle Sale Operatorie
		Promozione di corsi di formazione base per la Gestione del rischio clinico

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Realizzazione di Evento dipartimentale di lotta allo stigma
		Organizzazione eventi formativi in presenza e/o on line in materia di privacy
		Aggiornamento professionale in materia di Radioprotezione Medica e Fisica ai sensi del D. lgs 101/2020 e s.m.i.
		Attività formativa e di tutoraggio sull'utilizzo dei cruscotti direzionali online
		Conseguimento di almeno 80% dei crediti ECM nel corso dell'anno 2003, di almeno l'80% del Personale
		Formazione di Dirigenti Medici e del personale afferente a diverse professioni sanitarie all'interno di specifici ambiti di interesse nurzionale
		Formazione di Dirigenti Medici e Tecnici della Prevenzione
		Formazione di Dirigenti Medici, Veterinari e Tecnici della Prevenzione sulla Listeriosi
		Formazione specifica - rischio elevato dei lavoratori e dei tirocinanti che operano presso le strutture ospedaliere e territoriali della ASL BARI
		Formazione sulla sicurezza sul lavoro per il personale della UOC: organizzazione di eventi su nuovi temi
		Organizzazione Congresso sullo Screening Cervic
		Organizzazione corsi di rianimazione neonatale per personale infermieristico e ostetrico
		Organizzazione corsi per PTC avanzato per personale del 118 e delle UU.OO. Ospedaliere
		Organizzazione di Congresso Nazionale GISMA
		Organizzazione di corso di formazione aziendale sulla prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza in Terapia Intensiva e Subintensiva
		Organizzazione di corso di formazione ECM sull'utilizzo dell'O.T.I come terapia adiuvante nelle patologie acute e croniche rivolto ai MMG
		Organizzazione di corso formativo/informativo sui temi relativi alla ristorazione scolastica LG regionale e Nazionali, normativa sui CAM, igiene degli alimenti e della nutrizione, presentazione dei dati su studi di sorveglianza, spreco alimentare)
		Organizzazione di eventi formativi per il personale di Comparto attinenti alla programmazione sanitaria
		Organizzazione di evento formativo su tematiche di Microbiologia e Virologia
		Organizzazione di incontri formativi sul PEIMAF per il personale del P.O.
		Organizzazione di un evento formativo Dipartimentale su: a) Il danno renale e i suoi fattori di rischio dei M.d.C. b) Logica e logistiche del radiofarmaco
		Organizzazione evento Formativo "La Radiologia del Territorio: criticità, sfide, strategie"
		Organizzazione evento formativo ECM in ambito della sicurezza chimica rivolto a operatori addetti alle attività di tatuaggio e trucco permanente
		Organizzazione evento formativo ECM in ambito della sicurezza chimica rivolto a operatori dei Dipartimenti di Prevenzione
		Organizzazione evento formativo per il personale della Stroke Unit: "Gestione del paziente con ictus emorragico"
		Promozione corsi di formazione sulla Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18
		Realizzazione di un evento (con >2 edizioni) sulla prevenzione, riduzione e gestione del Rischio di comportamenti violenti verso operatori sanitari
		Realizzazione Evento ECM
		Realizzazione percorso formativo per personale medico, psicologico e comparto per la presi in carico di pazineti con Disturbi alimentari
	Governance aziendale	Adozione Manuale di Gestione Documentale
		Aggiornamento del Documento Aziendale sulle Dimissioni Protette
		Realizzazione Programma annuale Audit 2023 presso le strutture aziendali individuate nel Piano di Audit
	Lotta allo stigma e inclusione sociale	Evento dipartimentale di lotta allo stigma

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Effettuazione eventi di lotta allo stigma e/o promozione della salute rivolto a popolazione target a rischio DCA e/o operatori socio-sanitari
	Miglioramento della qualità assistenziale	Indice di Ricostruzione immediata post-Mastectomia (età <= 55 aa)
		Inizio terapia medica oncologica dalla data della diagnosi conclusiva discussa in MMD
		Numero di parti vaginali con Partoanalgesia
		Avvio attività Potenziali Evocati in Rianimazione
		Avvio Protocollo di studio con metodologia NGS dei casi di Cardiomiopatia
		Elaborazione della procedura per la gestione del paziente critico che necessita di O.T.I.
		Elaborazione della procedura relativa all'accesso alle prestazioni ambulatoriali degli utenti
		Elaborazione di protocollo per la gestione del servizio di counselling fertilità per le coppie desiderose di prole
		Intervento di sensibilizzazione sul disagio giovanile e gli interventi precoci Incontri di formazione rivolti ai docenti e incontri di sensibilizzazione per genitori, docenti e studenti
		Posizionamento di clip amagnetica per riconoscimento di lesioni tumorali in pazienti arruolate in Breast Unit e candidate alla chemioterapia neoadiuvante
		Redazione di protocollo interno di intervento/valutazione nella diagnosi e trattamento ADHD
		Redazione e attivazione di protocollo di interventi alternativi e secondo linee guida per i disturbi dello spettro autistico.
	Miglioramento della qualità percepita	Realizzazione di almeno un progetto e somministrazione di questionari sulla qualità percepita dai famigliari di utenti in carico al Ser.D. per ogni UOC
Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione
		Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza
	Attuazione PNRR	Attività di supporto ai RUP nei rapporti con i progettisti esterni
	Certificazione dei Bilanci	Completamento del Percorso Attuativo Certificabilità dei Bilanci
	Comunicazione istituzionale	Gestione dei reclami/segnalazioni ed elogi
		Gestione diretta dei Social Network aziendali Facebook, Twitter, Instagram
		Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale
		Organizzazione di eventi aziendali
		Standardizzazione dei dati e delle informazioni per l'aggiornamento delle pagine web sul Portale Istituzionale Aziendale
	Controllo della Spesa	Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni effettuate da medici prescrittori aziendali per l'incremento dell'utilizzo di farmaci biosimilari nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali
		Mobilità Passiva extraregionale Assistenza Specialistica relativa alla Neuropsichiatria Infantile
		Monitoraggio della spesa annua per residenzialità riabilitativa per DCA rispetto al budget assegnato
		Monitoraggio della spesa dell'Assistenza Riabilitativa per malati e disturbati mentali da privato
		Monitoraggio delle competenze accessorie per il personale dell'area di Comparto
		Monitoraggio timbrature per prestazioni aggiuntive
	Controllo dell'implementazione delle procedure di servizio	Supervisione in campo del personale dirigente e controllo a posteriori dei TDP
	Deflazionamento del contenzioso	Conclusione della piena applicazione della DDG 1607/2021 e azzeramento del contenzioso per prestazioni aggiuntive pregresse relative alla cessione di acche di sangue all'esterno

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
	Efficienza operativa	Collaborazione con STP nella stesura della Relazione annuale sulla Performance
		Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne
		N. Valutazioni medico legali per responsabilità professionali su richieste SBL redatti entro 180 giorni sul totale delle visite medico-legali eseguite
		Predisposizione di lettere per interruzione dei termini di prescrizione con riferimento al contenzioso relativo all'applicazione della DGR 1037/2012
		Recupero crediti cessione emazie a CBH, come da disposizioni della Direzione Strategica
		Sottoscrizione accordi contrattuali con le Strutture Accreditate in conformità alle disposizioni regionali
		Sottoscrizione accordi contrattuali con le Strutture Sociosanitarie in conformità alle disposizioni regionali
		Analisi della movimentazione in ingresso/uscita degli utenti dalle strutture sociosanitarie, con indicazione dei relativi periodi di permanenza e di eventuale cambio tipologia di Assistenza con creazione di database, anche anonimizzato
		Collaborazione con STP alla Redazione del PIAO 2023-2025 relativamente alle parti di competenza
		Predisposizione Atti relativi al Progetto screening mammografico giusta D.D.G. 2336/2022
		Utilizzo del software gestionale per la sorveglianza sanitaria presso tutte le sedi e unificazione degli archivi
	Efficienza organizzativa	Aggiornamento dei DVR , P.E., dei Dipartimenti Territoriali
		Aggiornamento dei DVR , P.E., dei Distretti
		Aggiornamento dei DVR , P.E., dei PP.OO
		Aggiornamento delle procedure amministrative per l'accesso dei pazienti alle Strutture Sociosanitarie alla luce delle nuove Disposizioni Regionali
		Attivazione recupero somme nei confronti dei Comuni morosi
		Avvio recupero quote retroattive rivenienti da allineamento MEF-MMG-PLS
		Azioni propedeutiche per il monitoraggio delle Macrostrutture sull'attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale
		Espletamento Gare sotto soglia dopo la ricezione dei capitolati tecnici (DDG 2161/2016), in seguito ad assegnazione della Direzione Amministrativa Aziendale
		Espletamento visite obbligatorie del personale neoassunto e di prossima quiescenza ai sensi del D.L. 81/2008 e s.m.i.
		Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne
		Implementazione di procedura informatica per la definizione del Piano dei fabbisogni e relativo monitoraggio
		Implementazione PIAO per la parte di competenza dell'AGRU
		Intervallo di tempo tra richiesta Documento Unico di Valutazione Rischi da Interferenze e consegna dello stesso alle Strutture competenti
		Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale
		Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dell'attività in ALPI dei volumi di attività istituzionale
		Monitoraggio del rispetto dei vincoli di finanza pubblica in occasione dei CE trimestrali
		Monitoraggio delle attività delle associazioni di volontariato
		Monitoraggio PNRR
		Organizzazione di incontri semestrali con le singole UU.OO. Sull'andamento della spesa per beni sanitari
		P.N.R.R.: Supporto al gruppo di lavoro aziendale per le attività richieste dalla Regione
		Procedura per la definizione delle azioni e responsabilità dell'avvio a visita sanitaria di cui al D.L. 81/2008 e s.m.i.
		Procedure di Gara sotto soglia per fabbisogno di fornitura di beni/servizi per fabbisogno ospedaliero ASL aggregato
		Rendicontazione degli interventi di cui all'Art.2 decreto Legge n. 34/2020 (Decreto rilancio)

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Rispetto dei target di spesa per la Rendicontazione dei Fondi Europei
		Svincolo delle somme vincolate per pignoramenti
		Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale
		Trasmissione mensile entro 10 gg. dalla fine del mese di riferimento alla Direzione Amministrativa di Presidio dei dati necessari alla fatturazione mensile da parte delle ditte fornitrici dei servizi di Lavanderia e Mensa
		Adeguamento di 9 file per la rendicontazione delle attività soggette a tariffazione del D.Lvo 32/2021 sezioni da 1 a 9 per l'impiego uniforme su tutto il territorio
		Completamento della Contrattazione Integrativa per l'utilizzo dei Fondi Aziendali del Comparto
		Completamento installazione apparecchiature Radiologiche di cui alla procedura di gara aggiudicata con DDG n. 1161/2019
		Controlli ispettivi presso le UU.OO. Ospedaliere mediante l'utilizzo di check list validate dal Direttore del Dipartimento Gestione del Farmaco
		Elaborazione di una Istruzione Operativa per la gestione delle assenze a vario titolo del personale di Comparto
		Fatturato prestazioni
		Gestione amministrativa e giuridica del personale assegnato all'UOC Medicina Penitenziaria e UOC Cure Palliative
		Gestione centralizzata e budgetizzazione di contributi erogati ad assistiti aventi diritto (Es. Adattamenti agli strumenti di guida,...)
		Gestione dei turni informatizzati presso i Presidi Ospedalieri
		Implementazione procedura di pagamento delle prestazioni attive esclusivamente tramite il sistema PagoPA
		Indizione Procedura di Gara per il Contact Center CUP
		Indizione procedure di gara per l'acquisizione degli arredi non sanitari per il Nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano
		Indizione procedure di gara per l'acquisizione delle Apparecchiature medicali ed arredi sanitari per il Nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano
		Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi operativi di budget delle UOC E UOSVD al 30 giugno, come da singoli obiettivi assegnati alle UOC e UOSVD
		Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget
		Predisposizione Atti di Gara per l'acquisizione di sistema per la Chirurgia Robotica
		Predisposizione di sistema per la redazione uniforme ed automatizzata della Determina di liquidazione trimestrale per le Commissioni Invalidi Civili, da adeguarsi alle nomine da riferirsi alla DDG 1395/2021
		Predisposizione documentazione tecnica per Attivazione Procedura di Gara per il Contact Center CUP
		Predisposizione protocollo operativo per la gestione dei provvedimenti monitori
		Predisposizione protocollo operativo per la gestione del contenzioso del lavoro
		Predisposizione Regolamento Aziendale per le procedure di rivalsa e recupero ticket/costo prestazioni (codici bianchi P.S., mancato ritiro referto...)
		Raccolta relazioni degli obiettivi operativi di budget delle UOC e UOSVD al 31 dicembre
		Redazione Bilancio di Genere 2022
		Redazione documento annuale sul raggiungimento degli obiettivi di budget
		Revisione della Procedura per la gestione dei pignoramenti mobiliari presso terzi
		Revisione ed adeguamento dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento, in funzione del sistema PagoPA
		Revisione ed adeguamento delle schede di rendicontazione dei flussi informativi relativi alle attività svolte, in funzione della suddivisione di compiti fra alcune UOC e UOSVD

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Verifica sulla corretta esecuzione dei contratti affidati a fornitori per servizi complessi (inerenti l'assistenza territoriale) e ad alta rilevanza strategica, in qualità di DEC.
	Governance aziendale	Gestione istanze esercizio di diritti e data-breach
		Gestione istanze sperimentazioni cliniche
		Coordinamento, organizzazione e gestione attività rete referenti URP
	Monitoraggio attività libero professionale	Relazione trimestrale per il raffronto dei dati dei volumi di attività istituzionale / dati dei volumi di attività in ALPI e verifica del rispetto dello svolgimento di quest'ultima nella fascia oraria autorizzata
		Predisposizione CE ALPI 1 Semestre 2023
		Supporto alla Direzione Strategica per la riorganizzazione dell'ALPI
	Monitoraggio della spesa	Monitoraggio della spesa dell'Assistenza Riabilitativa residenziale/semiresidenziale per tossicodipendenti da privato
	Obblighi informativi	Redazione Report attività I e II livello per gli anni 2020-2021-2022-2023
		Redazione Report su nati vivi da tecnica di inseminazione semplice e di II e III livello 2019-2020-2021-2022
	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)
		Trasmissione prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dip.come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)
	Qualità flussi informativi	Ricezione, correzione, validazione ed invio dei flussi ministeriali di competenza UOSE nel rispetto delle scadenze (Modelli NSIS)
		Rispetto delle scadenze per l'invio informatico dei flussi ministeriali di competenza UOSE Art.50 ex legge n.326/2003 su Sistema TS
		Rispetto dello scadenziario di ogni flusso informativo richiesto dalla direzione DDP
		Verifica della validazione, con rilevazione di eventuali anomalie, dei flussi regionali di competenza UOSE nel rispetto delle scadenze (CEDAP, SDO, ISTAT D.11, ISTAT D.12, ISTAT D.14)
	Rispetto dei tempi di pagamento	Tempo medio annuo di pagamento delle fatture dopo la liquidazione delle stesse
	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	Monitoraggio mensile delle presenze di utenti in comunità
		Monitoraggio per DSS dei tempi di pagamento delle fatture con peggiore performance e conseguente incontro con il personale addetto
		Num. giorni necessari per la liquidazione fatture
		Trasmissione bolle caricate in Eusis alla Direzione Amministrativa di Presidio nei modi e tempi utili alla liquidazione entro 40 giorni
Assistenza farmaceutica	Controllo della Spesa	Elaborazione di Prontuario farmaceutico pediatrico della ASL BA
	Efficienza operativa	Ispezioni presso le farmacie pubbliche e private convenzionate, parafarmacie e distributori all'ingrosso Monitoraggio e verifica del rispetto della normativa vigente nazionale e regionale in materia di vigilanza ispettiva
	Misure per il contenimento della spesa farmaceutica	Monitoraggio, Analisi e Controllo per DSS dei costi della farmaceutica convenzionata per ATC con scostamento rispetto all'esercizio precedente
		Monitoraggio, Analisi e Controllo per DSS dei costi per beni sanitari (farmaci e dispositivi) con scostamento rispetto all'esercizio precedente
	Misure per la razionalizzazione degli acquisti di beni sanitari	Inventario entro il mese di Settembre e di Dicembre del deposito farmaceutico della U.O. Farmacia e delle singole UU.OO. del Presidio secondo le indicazioni del Direttore del Dipartimento
		Inventario entro il mese di Settembre e di Dicembre secondo le indicazioni del Direttore del Dipartimento
	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali
Assistenza Sanitaria Territoriale	Clinical governance	Istituzione di uno sportello di ascolto e sostegno di supporto al personale sanitario all'interno della UOC di Medicina Penitenziaria

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
	Efficienza organizzativa	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS comprensivo di personale dipendente e convenzionato
	Integrazione Ospedale-Territorio	Immissione di nuovi pazienti in dialisi peritoneale
		Numero di visite effettuate a pazienti dimessi dai Centri Hub per Sindrome Coronarica Acuta o Scompenso Cardiaco
	Miglioramento della qualità assistenziale	Apertura di ambulatori specialistici per la patologia del piede e per la patologia protesica di anca e ginocchio
Capacità di governo della domanda sanitaria	Analisi epidemiologiche	Aggiornamento dell'analisi, per singolo DSS, della cronicità per coorti di pazienti in base alla complessità e relativo setting assistenziale
		Analisi Mobilità Passiva Ospedaliera
		Relazione sullo Stato di Salute della popolazione della ASL BA
		Analisi Mobilità Passiva Ambulatoriale
	Appropriatezza setting assistenziale	Utilizzo scala standardizzata BPRS di valutazione degli esiti a livello territoriale
		% pazienti presi in carico e/o rivalutati nel 2023 con applicazione protocollo di valutazione con scale standardizzate riconosciute nei DCA
		Avvio Pannelli NGS per malattie Neurodegenerative (Parkinson, SLA, Alzheimer)
		Gestione dei casi difficili in collaborazione con gli SPDC
		Riduzione del fenomeno Revolving Door
		Gestione dei casi difficili in collaborazione con i CSM -
		Monitoraggio del fenomeno Revolving Door intraaziendale (% nuovo ricovero entro 7gg e 30 gg)
		Numero di gravidanze gemellari monocoriali normali e complicate gestite presso la UOC
		Organizzazione di gruppi terapeutici psicoeducativi
		Offerta di interventi specifici di gruppo per popolazioni specifiche di pazienti
	Attuazione Piano Nazionale Alimentazione Animale	n. campionamenti effettuati/tot. campionamenti previsti
	Clinical governance	% codici Gialli presi in carico entro 30 minuti
		Incremento dei punti di offerta diagnostico-operativa per lo screening
		% Abbandoni da P.S.
		% Accessi seguiti da ricovero
		% di ricoveri per Gastroenterite
		% Dimissioni volontarie
		% IMA non provenienti da altre Strutture trattati con PTCA entro 2 gg
		% parti cesarei depurati (NTSV)
		% parti vaginali con Episiotomia
		% Ricoveri da P.S. in Reparti chirurgici con DRG Chirurgico alla dimissione
		% ricoveri in regime di urgenza nelle UU.OO. di Area Medica attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza
		Attivazione della Rete dei Laboratori della ASL BA secondo il modello Hub-Spoke
		Degenza Media
		Degenza Media Pre Operatoria
		Importo attività ambulatoriale
		Indice Chirurgico
		Indice di Rotazione
		Monitoraggio dei punti nascita secondo la procedura aziendale di implementazione Racc. Ministeriali n. 6 e n.16 adottate nel 2019
		Monitoraggio implementazione procedura per la presentazione dell'istanza di autorizzazione dei farmaci e/o trattamenti extra-LEA a carico del SSN/SSR per i pazienti affetti da MR
		N. di Tracheotomie chirurgiche
		N. prestazioni di Day Service
		Numero inserimento IUD post IVG

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Numero pazienti inviate ai consultori post IVG
		Numero pazienti reclutate dai consultori
		Numero sedute IVG farmacologiche
		Organizzazione attività riabilitativa presso CC Bari con monitoraggio degli esiti
		Percentuale Colectomie Laparoscopiche con D.M. postop. <3gg
		Peso medio DRG
		Potenziamento attività endoscopica presso il P.O. della Murgia: N.prestazioni endoscopiche esterne ed interne
		Potenziamento attività ERCP presso il P.O. San Paolo: N.prestazioni di ERCP
		Programma strutturato di Psicoeducazione per familiari di soggetti con DCA in carico alla UOSVD DCA
		Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriata e ricoveri con DRG non a rischio inappropriata in regime ordinario
		Realizzazione di progetti psicoeducativi rivolti a pazienti dell'SPDC e loro familiari
		Screening Carcinoma del Colon-Retto: potenziamento dell'attività di II livello
		Screening Carcinoma della cervice uterina: potenziamento dell'attività di II livello
		Screening pre-eclampsia
		% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48 ore dal ricovero in regime ordinario in pazienti > 65 anni
		Ambulatorio generale: N. pazienti/mese
		Attivazione del Laboratorio provinciale di Microbiologia e Virologia
		Attivazione del processo di transition - Numero pazienti che hanno completato il percorso di transition verso Strutture dell'adulto
		Attivazione della Rete aziendale per le cure dell'insufficienza respiratoria acuta, acuta su cronica e cronica
		Attivazione rete ambulatoriale multispecialistica intra ed extraaziendale per pazienti affetti da epilessie rare e complesse - Numero pazienti reclutati
		Attività chirurgica per ipertrofia prostatica benigna: N. ricoveri ordinari
		Avvio attività decentrata di Day Service per Cataratta presso i PTA di Gioia del Colle e Grumo Appula da parte delle UU.OO. Ospedaliere di Oculistica
		Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale
		Numero di pazienti residenti presso il Centro di Accoglienza per Richiedenti Asilo (CARA) arruolate per contraccezione
		Numero sedute IVG farmacologiche per IVG e Aborti spontanei
		Osservatorio suicidio e autolesionismo Raccolta tramite schede dei casi di suicidi, TS e autolesionismo per una valutazione quantitativa e qualitativa dei fenomeni nel DSM
		Percentuale di interventi chirurgia colo-rettale in laparoscopia
		Potenziamento attività ERCP presso il P.O. della Murgia: N.prestazioni di ERCP
		Presenza in carico dei pazienti in Doppia Diagnosi Revisione Protocollo DSM - DDP
	Donazione Organi e/o Tessuti	N. donazioni/N. accertamenti morte cerebrale
	Efficienza operativa	Attivazione di Ambulatori di Terapia del Dolore e Cure Palliative
		Avvio della produzione di Emocomponenti ad uso non trasfusionale
		Implementazione Ambulatorio Cefalee: Numero visite
		N.ro misure di esposizioni ambientali/N.ro diagnostiche radiologiche
		N.ro schede personali dosimetriche aggiornate/ N.ro schede totali
		Potenziamento Ambulatorio Potenziali Evocati: Numero prestazioni
		Produzione unità di plasma da destinare alla lavorazione industriale
		Supporto all'OIV e STP per la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget annuale
		Unità di sangue raccolte

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Avvio attività di Poligrafia: Numero prestazioni
		Report trimestrale sulle patologie trattate con indicazione indilazionabili urgenti e primarie distinte per tipologia e provenienza ASL del paziente
	Efficienza organizzativa	Effettuazione esami e refertazione di TC e RM, ove presente entro 72 h. dalla richiesta per pazienti ricoverati
		Numero di prestazioni Ecotomografiche
		Numero prestazioni ambulatoriali esterne
		Tempi di attesa per visite di genetica medica programmabili
	Governo delle liste di attesa	Produzione di Reporting con analisi dei tempi di attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio sulla base dei dati delle settimane indice forniti dalla Regione Puglia
	Miglioramento della qualità assistenziale	N° procedure invasive per la presenza di malformazioni fetali
		Percentuale di parti vaginali con Partoanalgesia
		Intervento chirurgico dopo chemioterapia neoadiuvante entro 30 giorni dall'ultimo ciclo di terapia
		Percentuale di pazienti avviate a chemioterapia neoadiuvante dopo discussione in MMD
	Registro regionale delle malformazioni	N° casi comunicati
Prevenzione	Attuazione Piano Nazionale Alimentazione Animale	n. campionamenti PNAA effettuati/numero campionamenti previsti
	Attuazione Piano Nazionale Residui	n. campionamenti effettuati / tot. campionamenti previsti
	Certificazione animali morti	Controlli su invio a smaltimento degli animali morti
	Controlli sugli allevamenti	allevamenti controllati per BR ovi-caprina / tot.allevamenti ovi-caprini
		allevamenti controllati per TBC e LEB bovina / tot.allev. Bovini
		allevamenti controllati semestralmente per BR bovina / tot.allev.bovini
		allevamenti equini controllati / tot. allevamenti equini presenti in anagrafe
		allevamenti ovini controllati per Scrapie classica / tot.allevamenti ovini
		Genotipizzazione del EST (Scrapie) per le quote da rimonta degli allevamenti istringiti ai libri genealogici e razze autoctone in via di estinzione, ai fini della salvaguardia del patrimonio genetico ovino
		Gestione e funzionamento anagrafe equidi secondo il sistema I&R e sue finalità. Riallineamento allevamenti equidi della ASLBA Decreto Ministero Salute 30/09/2021
		Monitoraggio, censimento e riallineamento degli allevamenti apistici della ASL BA, presenti in BDN. (Aspetti della L.R. 14/11/2014, n. 45)
	Controllo della Spesa	Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni effettuate da medici prescrittori aziendali per l'incremento dell'utilizzo di farmaci biosimilari o comunque a più basso costo nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali
	Controllo e contenimento randagismo	Cani randagi catturati identificati ed iscritti Anagrafe Canina Regionale / cani randagi catturati
		Iscrizione in BDR sistemaSIRAAF di tutte le Colonie feline conosciute
	Controllo scorte farmaci in allevamento	Allevamenti controllati per la corretta gestione delle scorte di medicinali / N. totale allevamenti
	Efficienza operativa	Attività di prevenzione – screening HCV sulla popolazione detenuta afferente alla UOC di Medicina Penitenziari
	Efficienza organizzativa	Promozione di attività di informazione/ formazione in merito alla vaccinazione antinfluenzale (obbligatoria) per il personale sanitario della ASL BA, inserimento su portale GIAVA, comunicazioni siti istituzionali
		Redazione protocollo operativo concordato con UU.OO.CC. SIAV A Area Metropolitana, Nord, Sud e UOSVD Randagismo per la disciplina azioni da svolgere congiuntamente o di esclusiva competenza della UOSVD
		Regolamentazione locale delle linee guida regionali in materia di gestione dei cinghiali oggetto di caccia in relazione alle patologie zoonotiche ed alla ispezione delle carni

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
	Implementazione Piano Regionale CC.UU. di residui di prodotti fitosanitari	Controlli ispettivi e documentali e prelievo campioni operati/totale controlli ispettivi e documentali e prelievo campioni
	Mantenimento standard adeguati di sicurezza alimentare	Revisione ed adeguamento delle analisi del rischio degli stabilimenti riconosciuti CE
	Miglioramento della qualità assistenziale	Screening Carcinoma della cervice uterina: Percentuale di adesione della popolazione bersaglio
		Completamento della Rete di II Livello - Attivazione Centro di Santeramo in Colle
		Screening Carcinoma della mammella: Percentuale di adesione della popolazione bersaglio
		Screening Neonatale per la Atrofia Muscolare Spinale
		Tempi medi di esecuzione di esame di II livello avanzato
		Utilizzo del Sistema di Sequenziamento NGS per test DNA fetale per la analisi genomica ad ampio spettro (previo counselling)
	Potenziamento attività di Sorveglianza e Prevenzione Malattie Infettive Trasmissibili	Vaccinazione antimeningococco B: completamento 3' dose su Coorte 2022
		Vaccinazione antimeningococco Tetravalente Coorte 2010
	Potenziamento attività di controllo	Attività verificate ad alto rischio ex D.Lgs 222/2016/totale attività ad Alto rischio ex D.Lgs 222/2016
		N. controlli su Piscine Pubbliche o Private espletati / N. richieste di controllo Piscine Pubbliche o Private pervenute
	Potenziamento attività di controllo della sicurezza alimentare	Allevamenti galline ovaiole con annesso centro di imballaggio uova - controlli semestrali/totalità centri di imballaggio
		N. Az. agricole in regime di condizionalità ispezionate/ N. Az. agricole in regime di condizionalità da ispezionare (su indicazioni di AGEA)
	Potenziamento C.U. sui depositi di farmaci veterinari	Depositi controllati/totale depositi
	Potenziamento controlli ufficiali sul benessere animale in allevamento	Allevamenti controllabili/Allevamenti controllati
	Potenziamento controlli ufficiali sull'impiego dei medicinali veterinari	n. scorte proprie del veterinario per attività zoiatriche/ 33% del totale delle scorte proprie del veterinario per attività zoiatriche
	Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare	Controllo dei caseifici riconosciuti e registrati
		Controllo semestrale dei Centri di imballaggio uova
		Programmazione ed esecuzione di controlli congiunti con il SIAN sulla ristorazione scolastica e socioassistenziale
		Piano di monitoraggio armonizzato sulla resistenza agli antimicrobici (AMR) dei batteri zoonotici e commensali
	Potenziamento del controllo ufficiale sui mangimifici e determinazione del profilo di rischio dello stabilimento	mangimifici controllati/totale mangimifici in anagrafica aggiornata
	Potenziamento dell'attività di prevenzione del rischio correlato alle attività lavorative	Monitoraggio delle prescrizioni/limitazioni dei giudizi di idoneità per ogni P.O.
	Potenziamento screening oncologici	Campagna di comunicazione per la diffusione degli screening oncologici (cervice, mammella e colon) e delle vaccinazioni
		Screening Carcinoma della mammella: Percentuale di estensione della popolazione bersaglio
		Screening Carcinoma Cervice Uterina: Applicazione delle procedure di controllo di qualità interno ed esterno previste dal GISCI per il nuovo algoritmo di screening

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Screening Carcinoma Cervice Uterina: Monitoraggio della mancata applicazione delle indicazioni della DGR 748/22 da parte delle Strutture afferenti
		Screening Carcinoma Cervice Uterina: Tempo di refertazione della diagnostica HPV primario
		Screening Carcinoma del Colon retto: Percentuale di estensione della popolazione bersaglio
		Screening Carcinoma del colon-retto: potenziamento dell'attività di II livello
		Screening Carcinoma della cervice uterina: Percentuale di estensione della popolazione bersaglio
	Prevenzione primaria delle dipendenze	Incontri di prevenzione primaria con studenti/familiari/docenti presso scuole dell'obbligo utilizzando format autorizzato da Direzione DDP
	Qualità flussi informativi	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza
		Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti/totale flussi informativi di competenza
		Modello FLS 18 Assistenza Sanitaria Collettiva: Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti/totale flussi informativi di competenza
		Scheda nazionale A Rilevazione attività: Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti/totale flussi informativi di competenza
		Scheda nazionale B Rilevazione attività: Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti/totale flussi informativi di competenza
	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	Relazione annuale sullo stato di salute dei lavoratori della ASL BA
		Misurazione agenti fisici in ambienti di vita e di lavoro
	Sorveglianza BSE dei Bovini di età 48 mesi morti in allevamento	prelievi obex/sul totale prelevabile
	Sorveglianza TSE ovini/capri di età ≥ 18 mesi morti in allevamento	prelievi obex/sul totale prelevabile
	Attività di vigilanza e controllo	Numero di aziende da verificare e controllare sul totale di attività produttive con almeno un dipendente presenti sul territorio
		Numero di aziende da verificare e controllare sul totale di attività produttive con almeno un dipendente (n. 13.860) presenti sul territorio
		Numero di aziende da verificare e controllare sul totale di attività produttive con almeno un dipendente (n. 14380) presenti sul territorio
	Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025	Attività di formazione
	Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP3	Elaborazione di n. 1 Piano Mirato di Prevenzione relativo agli obiettivi ridefiniti del PRP: PP3 Luoghi di lavoro che promuovono salute
		Intervento di promozione della salute nell'ambito del PP3 finalizzato al miglioramento della salute dei lavoratori nelle categorie esposte a rischio per cui vige l'obbligo di vaccinazione antitetanica
	Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP6	Elaborazione di n. 1 Piano Mirato di Prevenzione relativo agli obiettivi predefiniti del PP6: comparti diversi da Edilizia e Agricoltura
	Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP7	Attività di vigilanza nell'ambito del PP7- Prevenzione in Edilizia e in Agricoltura
		Elaborazione di n. 1 Piano Mirato di Prevenzione relativo agli obiettivi predefiniti del PP7: comparto Edilizia
		Elaborazione di n. 1 Piano Mirato di Prevenzione relativo agli obiettivi predefiniti del PP7: comparto Edilizia o Agricoltura
		Numero di aziende da ispezionare nel settore agricoltura
		Percentuale di cantieri amianto ispezionati sul territorio aziendale/Tot. Piani di lavoro amianto presentati ex art. 256, comma 2 del D.Lgs. 81/08 nell'annualità di riferimento
		Percentuale di cantieri ispezionati sul territorio aziendale/Tot. Cantieri notificati sul territorio aziendale nell'anno precedente
		Percentuale di cantieri ispezionati sul territorio aziendale/Tot. Cantieri notificati sul territorio aziendale nell'anno precedente

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
	Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP8	Controlli su sostanze e miscele classificate cancerogene su iniziativa dello SPESAL Area Metropolitana
		Elaborazione di n. 1 Piano Mirato di Prevenzione del rischio cancerogeno professionale
		Elaborazione di n. 1 Piano Mirato di Prevenzione del rischio stress correlato
		Elaborazione di n. 1 Piano Mirato di Prevenzione delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico
		Realizzazione e completamento di n. 2 PMP relativi all'obiettivo PP8
	Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP9	Controlli in materia di sicurezza chimica trasversali agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato. Realizzazione annuale del Programma regionale di controllo REACH e CLP
	Piano regionale finalizzato all'eradicazione della Malattia di Aujeszky	allevamenti controllati per Aujeszky / tot.allevamenti suini
	Promozione della sicurezza alimentare	Controlli congiunti con SIAV B su ristorazione scolastica e socio assistenziale
		Controlli su attività di deposito produzione e commercializzazione MOCA
		Controlli mirati sull'utilizzo del sale iodato nella ristorazione collettiva e nelle attività di vendita
		Effettuazione di AUDIT congiunti con SIAN su ristorazione scolastica e socio assistenziale
		Effettuazione di AUDIT congiunti con SIAV B Nord su ristorazione scolastica e socio assistenziale
		Effettuazione di AUDIT congiunti con SIAV B su ristorazione scolastica e socio assistenziale
Sanità digitale	Efficienza organizzativa	Attivazione della Piattaforma AppIO - Implementazione della messaggistica per l'invio del promemoria di appuntamento su sistema CUP
		Implementazione del Single Sign-On (SSO) - Integrazione delle applicazioni aziendali con LDAP
		Piano di Migrazione dei Dati su CED di Classe A
	Governance aziendale	Aggiornamento degli adempimenti in materia di Cybersecurity
	Governo delle liste di attesa	Predisposizione del Piano dei fabbisogni per adozione nuovo sistema CUP
	Sanità digitale	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia
		% di prestazioni ambulatoriali con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia
		Completamento attivazione Software di Gestione della Rete Trasfusionale
		Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata

2.2 Dagli obiettivi strategici pluriennali agli obiettivi operativi annuali

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

Per la definizione degli obiettivi strategici generali relativamente all'anno 2023 la Direzione Strategica ha tenuto conto dei seguenti riferimenti normativi:

- D.G.R.n.684/2022, avente ad oggetto “Definizione e assegnazione degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliero-Universitarie del SSR triennio 2020-2022”, con cui l’organo di governo regionale ha individuato ed assegnato gli obiettivi di performance delle Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. tenendo conto del “Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria” (D.M. Salute del 12/03/2019), della tempestività dei pagamenti entro i termini previsti (DPCM 22/09/2014), dell’adeguamento della rete ospedaliera e territoriale rispetto alla normativa nazionale e regionale in materia, del contenimento della spesa farmaceutica, dei rapporti con gli erogatori privati di prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale e della riduzione delle liste di attesa;
- contratto di prestazione d’opera intellettuale sottoscritto dal Direttore Generale in data 15/02/2022;
- indicazioni del Programma Nazionale Esiti (P.N.E.), sviluppato da AGENAS, su mandato del Ministero della Salute, in tema di misurazione comparativa di efficacia, equità, sicurezza e appropriatezza delle cure prodotte nell’ambito del servizio sanitario italiano;
- altri obiettivi previsti dalla legge nazionale e regionale.

Nelle more della individuazione ed assegnazione degli obiettivi di performance alle Aziende Sanitarie Locali ed alle Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R da parte della Giunta Regionale, anche per l’anno 2023 gli Obiettivi Strategici aziendali sono riferibili, di massima, ai riferimenti normativi sopra riportati.

Il passaggio dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi è realizzato tramite la contrattazione degli obiettivi operativi di budget descritta dettagliatamente nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) aggiornato con D.D.G.n.209 del 31/01/2023.

Gli obiettivi di budget, coerenti con gli obiettivi di mandato del Direttore Generale e con gli obiettivi regionali annuali, sono frutto di una contrattazione tra la Direzione Generale (sulla base dell’istruttoria svolta dalla Struttura Tecnica Permanente con la U.O. Controllo di Gestione) ed i Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri, Direttori dei Dipartimenti Territoriali, Direttori di Dipartimento Amministrativo ed i Direttori/Dirigenti Responsabili delle Unità Operative (UU.OO.) di Staff.

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

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

La scheda di budget è costituita dai seguenti elementi:

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

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

Gli obiettivi devono essere:

- coerenti rispetto ai bisogni degli assistiti, alle finalità istituzionali aziendali e alle scelte strategiche dell'Azienda e della Regione;
- misurabili, pertinenti e chiaramente descritti;
- rapportati alla quantità ed alla qualità delle risorse disponibili;
- riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno;
- tali da determinare un miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- comparabili, quando possibile, con i risultati raggiunti nei periodi precedenti e commisurati a valori standard definiti a livello regionale o a valutazioni ottenute tramite la comparazione con strutture aziendali che svolgono attività omologhe.

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

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

- Definizione del Regolamento del budget operativo: il Regolamento di budget viene elaborato dalla U.O. Controllo di Gestione, su mandato della Direzione Generale, ed adottato con atto deliberativo, nel più ampio quadro del SMVP elaborato dalla Struttura Tecnica Permanente, su mandato della Direzione Generale;
- Apertura fase di negoziazione: la fase di negoziazione ha inizio con incontri tra la Direzione Strategica ed i dirigenti apicali (Direttori di Dipartimento Ospedaliero, Direttori di Dipartimento Territoriale, Direttori delle Aree di Gestione ed i Direttori/Dirigenti Responsabili delle UU.OO. di Staff). Durante tali incontri la Direzione Generale, con il supporto della U.O. Controllo di Gestione, presenta la proposta di budget (liv. II) sulla base degli indirizzi strategici aziendali, come risultanti dagli obiettivi di mandato del Direttore Generale e da quelli annuali assegnati dalla Regione ovvero individuati direttamente dallo Stato (liv. I), con l'invito ad integrarla eventualmente con obiettivi specifici;
- Fase istruttoria: questa fase si sviluppa inizialmente all'interno di ciascuna Macrostruttura, a cura del Direttore/Dirigente Responsabile, con la finalità di
 - illustrare ai Direttori/Responsabili delle Unità Operative afferenti la proposta della Direzione Generale promuovendo il dibattito e la partecipazione attiva;
 - individuare per ciascuna Unità Operativa, d'intesa con i relativi Responsabili, gli eventuali obiettivi integrativi. Tali obiettivi integrativi devono essere in linea con le 4 prospettive precedentemente indicate e coerenti con gli obiettivi regionali e statali assegnati al Direttore Generale e comunque rientranti nella sostenibilità economica e tecnica dell'Azienda. I Direttori di Macrostruttura completano le schede di budget con le eventuali proposte di integrazioni scaturite dal confronto e le trasmettono al Controllo di Gestione. Successivamente il Controllo di Gestione effettua l'analisi delle proposte di budget operativo evidenziandone le eventuali incongruenze con la

programmazione aziendale e la sostenibilità economica e tecnica.

I Direttori di Macrostruttura completano le schede di budget con le eventuali proposte di integrazioni scaturite dal confronto e le trasmettono al Controllo di Gestione.

Successivamente il Controllo di Gestione effettua l'analisi delle proposte di budget operativo evidenziandone le eventuali incongruenze con la programmazione aziendale e la sostenibilità economica e tecnica.

- Conclusione della negoziazione e formalizzazione delle schede di budget: la Direzione Generale valuta la proposta di budget operativo pervenuta dalle Macrostrutture, ed in particolare le eventuali integrazioni introdotte, sulla base dell'istruttoria predisposta dal Controllo di Gestione. La negoziazione si conclude, ove possibile, durante uno specifico incontro, con l'intesa tra il Direttore Generale e i Direttori/Dirigenti Responsabili di Macrostruttura e la sottoscrizione del documento di budget operativo (scheda di budget). Copia delle schede sottoscritte viene pubblicata sulla Intranet aziendale all'indirizzo <http://intranet/wordpress/cdg/cdg-sb/> raggiungibile da un computer collegato alla rete aziendale.
- Formalizzazione del budget operativo delle UU.OO.: il Direttore/Dirigente Responsabile di Macrostruttura formalizza le schede di budget sottoscritte con il Direttore Generale alle UU.OO. afferenti.
- Comunicazione interna della negoziazione dei budget operativi: i Direttori/Dirigenti Responsabili delle Unità Operative hanno il compito di:
 - informare i collaboratori assegnati alla Unità Operativa dell'esito della negoziazione
 - documentare l'avvenuta comunicazione tramite l'invio di verbale al Controllo di Gestione
 - predisporre il relativo Piano Operativo, che illustra, ripartisce ed assegna gli obiettivi di lavoro a tutto il personale della Unità Operativa, sia della dirigenza che del comparto. Tale documento, atto dirigenziale di programmazione annuale, è sottoscritto dal Direttore/Dirigente Responsabile e da tutto il personale assegnato alla U.O. ed inviato al Controllo di Gestione.
- Monitoraggio intermedio e rimodulazione eventuale obiettivi di budget operativo: i soggetti di cui al precedente art. 1 c. 2 lett. a) .ii, possono richiedere, nelle ipotesi di cui all'art. 12 del presente S.M.V.P., la rimodulazione della scheda di budget operativo inoltrando formale richiesta alla Struttura Tecnica Permanente, supportata dall'U.O. Controllo di Gestione, che provvederà a inoltrare, entro il 15/09, le proposte di rimodulazione alla Direzione Strategica per le opportune valutazioni e determinazioni, da approvarsi entro il 15/10.

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

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

- osservazioni/indicazioni formali dell'O.I.V.;

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

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

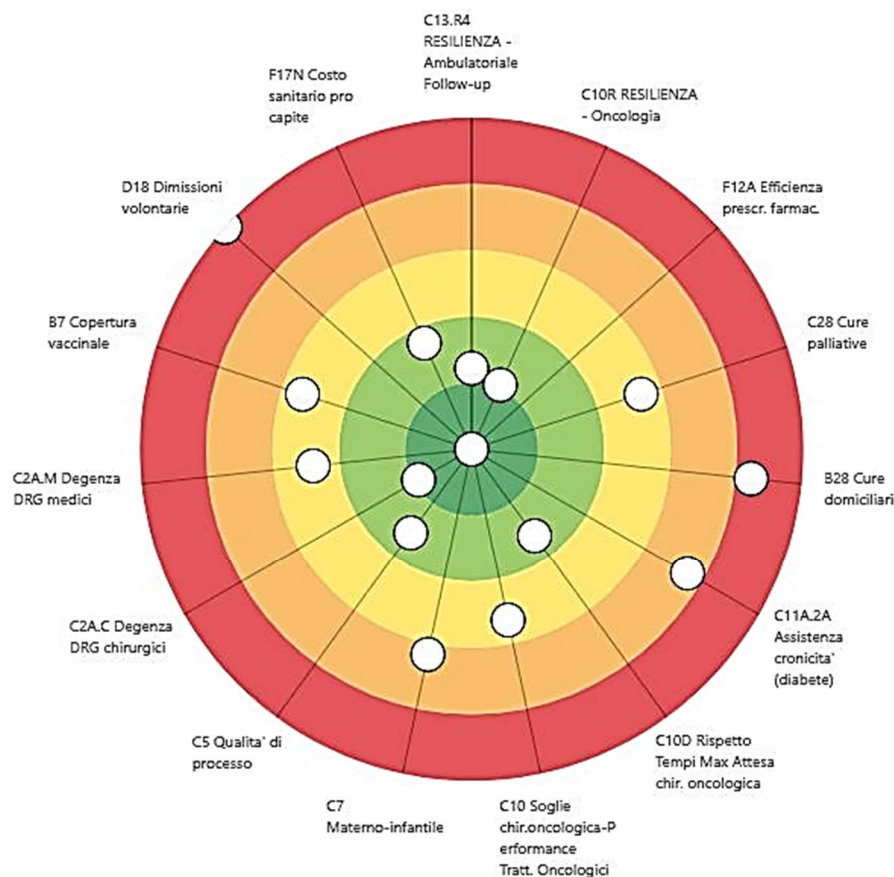
2.3 Sistema di Valutazione della Performance dei sistemi sanitari regionali

Il progetto Network delle Regioni, progettato dal Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, ha preso il via nel 2008 grazie alla collaborazione di Liguria, Piemonte, Toscana e Umbria. Ad oggi fanno parte del Network delle Regioni: Basilicata, Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, P.A. Trento, P.A. Bolzano, Puglia, Toscana, Umbria e Veneto.

Il sistema di valutazione della performance attraverso la rappresentazione del bersaglio riassume la performance di oltre 300 indicatori per il sistema di valutazione dei sistemi sanitari Regionali.

Di seguito è rappresentato il grafico riepilogativo del report riferito all'anno 2021 per la ASL di Bari con gli esiti dei soli indicatori cui sia stata attribuita una valutazione da parte del MeS.

Bersaglio 2021 - ASL Bari



Si evidenzia che gli obiettivi valutati positivamente nel 2021 (aree verdi) riguardano:

- l'assistenza ambulatoriale – Follow-up (indicatore capacità di resilienza)
- l'assistenza oncologica (indicatore capacità di resilienza)
- l'efficienza nella prescrizione dei farmaci con utilizzo di farmaci equivalenti che consentono di liberare risorse da investire in farmaci realmente innovativi
- il rispetto dei tempi massimi di attesa in chirurgia oncologica
- la qualità di processo nell'assistenza ai pazienti
- la degenza media per ricoveri chirurgici

- il costo sanitario pro-capite

Gli obiettivi che richiedono invece particolare attenzione (aree arancione e rossa) riguardano:

- le cure palliative
- l'assistenza domiciliare
- la cura delle cronicità in particolare del diabete
- alcuni elementi caratterizzanti il percorso oncologico quali il processo, i volumi, la spesa farmaceutica e l'appropriatezza chirurgica
- la qualità sanitaria dell'assistenza ospedaliera in ambito materno-infantile (oltre agli indicatori specifici per la fase parto, sono considerati alcuni indicatori relativi all'assistenza in gravidanza)
- la degenza media per ricoveri medici
- la copertura vaccinale
- la soddisfazione del paziente in ambito ospedaliero (percentuale dimissioni volontarie)

2.4 Allegati tecnici

Scheda di budget



AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI
 OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2020

DIPARTIMENTO

UNITA' OPERATIVA

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

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo. Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25


L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 19/12/2019


DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

Schede di valutazione individuale del personale dell'Area di Comparto

 Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari	
<u>SCHEDA DI VALUTAZIONE N. 1 AREA COMPARTO CAT. DA "B" A "DS"</u>	
Anno/sessione di valutazione:	<input type="text"/>
Nome e Cognome:	<input type="text"/>
Matricola:	<input type="text"/>
Profilo professionale:	<input type="text"/>
Macrostruttura:	<input type="text"/>
Struttura di riferimento:	<input type="text"/>
Valutatore:	<input type="text"/>
<p><u>Legenda Valutazione:</u> 1= insoddisfacente 2= da migliorare 3= soddisfacente/adeguato 4=buono 5=ottimo</p>	
<u>VALUTAZIONE COMPETENZE E COMPORTAMENTI</u>	
1) Contributo ai programmi dell'unità operativa <i>(indica la partecipazione attiva allo sviluppo e il miglioramento della programmazione delle attività dell'unità operativa cui il professionista è assegnato)</i>	<input type="text"/>
2) Autonomia e responsabilità <i>(indica il grado di autonomia nel risolvere i possibili problemi della propria area di lavoro e livello di assunzione di responsabilità nel concreto agire nel proprio ruolo)</i>	<input type="text"/>
3) Qualità del contributo professionale <i>(indica la qualità delle competenze tecnico specifiche agite per la gestione delle attività di servizio)</i>	<input type="text"/>
4) Programmazione attività <i>(indica il grado di programmare ed organizzare in modo appropriato le proprie attività nel rispetto degli impegni assunti)</i>	<input type="text"/>
5) Relazione con i colleghi <i>(indica il grado di disponibilità all'ascolto e alla collaborazione nel gruppo di lavoro e il contributo ad un clima positivo dell'unità operativa)</i>	<input type="text"/>
6) Orientamento ai bisogni dell'utenza <i>(indica il grado di cortesia, di diponibilità di puntualità, di presenza a diponibilità nelle risposte ai bisogni della utenza)</i>	<input type="text"/>
7) Flessibilità <i>(indica il grado di diponibilità rispetto alle richieste della routine lavorativa)</i>	<input type="text"/>
8) Sviluppo professionale <i>(indica il grado di partecipazione attiva alla manutenzione ed innovazione delle proprie competenze partecipando alla formazione aziendale)</i>	<input type="text"/>
Data _____	Firma Valutatore _____
Firma Valutato _____	

NOTE

 Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari	
<u>SCHEDA DI VALUTAZIONE N. 2 AREA COMPARTO CAT. "A"</u>	
<u>Anno/sessione di valutazione:</u>	<input type="text"/>
<u>Nome e Cognome:</u>	<input type="text"/>
<u>Matricola:</u>	<input type="text"/>
<u>Profilo professionale:</u>	<input type="text"/>
<u>Macrostruttura:</u>	<input type="text"/>
<u>Struttura di riferimento:</u>	<input type="text"/>
<u>Valutatore:</u>	<input type="text"/>
<p><u>Legenda Valutazione:</u> 1= insoddisfacente 2= da migliorare 3= soddisfacente/adequato 4=buono 5=ottimo</p>	
<u>VALUTAZIONE COMPETENZE E COMPORTAMENTI</u>	
1) Rispetto orario di servizio <i>(è puntuale e rispetta l'orario di servizio)</i>	<input type="text"/>
2) Rapporto con i colleghi e superiori <i>(accetta il confronto con i colleghi e superiori ed è disponibil a modificare i propri comportamenti ed a correggere gli eventuali errori;</i>	<input type="text"/>
3) Orientamento verso l'utente <i>(rispetta i diritti degli utenti, si relaziona in modo educato, gentile e professionale con l'utente è discreto, chiaro e competente nel fornire le indicazioni necessarie)</i>	<input type="text"/>
4) Utilizzo delle risorse materiali e strumentali <i>(utilizza correttamente le risorse materiali e strumentali: è attento alla custodia evita gli sprechi, segnala prontamente le carenze di materiali ed i guasti)</i>	<input type="text"/>
5) Osserva in maniera puntuale i compiti affidati <i>(indica il grado di disponibilità nell'attuare i compiti assegnati)</i>	<input type="text"/>
Totale votazione	<input type="text"/>
<hr/>	
Data _____	Firma Valutatore _____
Firma Valutato _____	

NOTE

Schede di valutazione individuale del personale dell'Area della Dirigenza

DIRIGENTE NON TITOLARE DI STRUTTURA

**VERIFICA e VALUTAZIONE ANNUALE DI PRIMA ISTANZA
DEI RISULTATI DI GESTIONE e DEI RISULTATI RAGGIUNTI
IN RELAZIONE AGLI OBIETTIVI AFFIDATI.**

COGNOME e NOME

STRUTTURA di APPARTENENZA

DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE nella STRUTTURA

OBIETTIVI ASSEGNATI

DIRIGENTE NON DI STRUTTURA

SEZIONE 1. Analisi della performance gestionale. Qualità e Quantità della prestazione di lavoro.

<p>La valutazione della performance del Dirigente è NEGATIVA perché :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inadeguata. Per accertata noncuranza di capacità e/o di impegno (voto da 1 a 3) • Modesta. Appena rispondente alle aspettative per il soddisfacimento delle attività istituzionali e configurante uno svolgimento minimale dell'incarico affidato. Nel suo complesso insufficiente (voto da 4 a 5) 	
<p>La valutazione della performance del Dirigente è POSITIVA perché :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prodotta con impegno e capacità accettabile e configurante uno svolgimento dell'incarico affidato in linea con le aspettative (voto da 6 a 7) • Considerevole e realizzata svolgendo le funzioni proprie dell'incarico affidato con impegno superiore alle attese e capacità significative (voto da 8 al 9) • Rilevante per le riscontrate ottime capacità ed il dimostrato spiccato impegno nello svolgimento dell'incarico affidato che si configura largamente superiore alle aspettative anche per la spontanea assunzione di prestazioni lavorative supplementari rispetto a quelle proprie (voto 10) 	
<p>VOTAZIONE di VALUTAZIONE</p>	

SEZIONE 2. Risposta al contributo all'assegnazione degli obiettivi nel percorso di budgeting.

<p>La valutazione è NEGATIVA perché il Dirigente non ha raggiunto gli obiettivi assegnati:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non avendo organizzato né pianificato il lavoro (voto da 1 a 3) • Avendo predisposto una insufficiente organizzazione e pianificazione del lavoro (voto da 4 a 5) 	
<p>La valutazione è POSITIVA perché il Dirigente ha contribuito ai risultati in relazione agli obiettivi di struttura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attraverso un soddisfacente percorso lavorativo (voto da 6 a 7) • In maniera largamente considerevole (voto da 8 a 9) • Brillantemente, anche in rapporto agli obiettivi "strategici" assegnati dalla Direzione in via suppletiva (voto 10) 	
<p>VOTAZIONE di VALUTAZIONE</p>	

VOTAZIONE COMPLESSIVA di VALUTAZIONE	
---------------------------------------------	--

Data e firma del valutatore di prima istanza

Data

firma

Data e firma del Dirigente valutato

Data

firma

osservazioni del Dirigente valutato :

Data e firma del Dirigente valutato

Data

firma

sul presente documento l'Azienda si riserva ogni diritto

DIRIGENTE TITOLARE DI STRUTTURA

**VERIFICA e VALUTAZIONE ANNUALE DI PRIMA ISTANZA
DEI RISULTATI DI GESTIONE e DEI RISULTATI RAGGIUNTI
IN RELAZIONE AGLI OBIETTIVI AFFIDATI.**

COGNOME e NOME

STRUTTURA di APPARTENENZA

DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE

OBIETTIVI ASSEGNATI; BUDGET DI SPESA; RISORSE, etc.

DIRIGENTE DI STRUTTURA

SEZIONE 1. Analisi della performance gestionale. Qualità e Quantità della prestazione di lavoro.

<p>La valutazione della performance del Dirigente è NEGATIVA perché :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inadeguata. Per accertata noncuranza di capacità e/o di impegno (voto da 1 a 3) • Modesta. Appena rispondente alle aspettative per il soddisfacimento delle attività istituzionali e configurante uno svolgimento minimale dell'incarico affidato. Nel suo complesso insufficiente (voto da 4 a 5) 	
<p>La valutazione della performance del Dirigente è POSITIVA perché :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prodotta con impegno e capacità accettabile e configurante uno svolgimento dell'incarico affidato in linea con le aspettative (voto da 6 a 7) • Considerevole e realizzata svolgendo le funzioni proprie dell'incarico affidato con impegno superiore alle attese e capacità significative (voto da 8 al 9) • Rilevante per le riscontrate ottime capacità ed il dimostrato spiccato impegno nello svolgimento dell'incarico affidato che si configura largamente superiore alle aspettative anche per la spontanea assunzione di prestazioni lavorative supplementari rispetto a quelle proprie (voto 10) 	
<p>VOTAZIONE di VALUTAZIONE</p>	

SEZIONE 2. Risposta all'assegnazione degli obiettivi nel percorso di budgeting.

<p>La valutazione è NEGATIVA perché il Dirigente non ha raggiunto gli obiettivi assegnati:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non avendo organizzato né pianificato il lavoro (voto da 1 a 3) • Avendo predisposto una insufficiente organizzazione e pianificazione del lavoro (voto da 4 a 5) 	
<p>La valutazione è POSITIVA perché il Dirigente ha raggiunto gli attesi risultati in relazione agli obiettivi assegnati:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attraverso un soddisfacente percorso lavorativo (voto dal 6 a 7) • In maniera largamente considerevole (voto da 8 a 9) • Brillantemente, anche in rapporto agli obiettivi "strategici" assegnati dalla Direzione in via suppletiva (voto 10) 	
<p>VOTAZIONE di VALUTAZIONE</p>	

VOTAZIONE COMPLESSIVA di VALUTAZIONE	
---------------------------------------------	--

Data e firma del valutatore di prima istanza

Data

firma

Data e firma del Dirigente valutato

Data

firma

osservazioni del Dirigente valutato :

Data e firma del Dirigente valutato

Data

firma

sul presente documento l'Azienda si riserva ogni diritto


Sistema aziendale di valutazione individuale del personale dipendente *web-based*

The screenshot shows a web browser window with the URL `http://localhost:2466/Account/Login.aspx`. The page header includes the ASLBA logo and the text "REGIONE PUGLIA ASL Bari Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari". Below the header, the system title "SISTEMA AZIENDALE DEI SERVIZI AMMINISTRATIVI VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE" is displayed, along with links for "[Attivazione]" and "[Password dimenticata]". A navigation bar contains "Home page", "Manuale Utente", and "Informazioni su ...". The main content area is titled "ACCEDI" and features a light blue login box with two input fields: "Nome utente:" and "Password:". An "Accedi" button is positioned at the bottom right of the login box. At the bottom of the page, the copyright notice "COPYRIGHT* 2017 - UNITÀ OPERATIVA ANALISI E SVILUPPO DEL SISTEMA INFORMATICO" is visible.

The screenshot shows the "Associazione DIPENDENTE->VALUTATORE" page. The header and navigation elements are consistent with the previous page. The main content area is titled "Associazione DIPENDENTE->VALUTATORE" and contains several filter sections:

- VALIDATORE**: Includes fields for "Matricola", "Nominativo", and "Centro di Costo".
- FILTRO DIPENDENTI**: Includes fields for "Matricola", "Nominativo", "Centro di Costo", "Contratto", "Inquadramento", "Ruolo", and "Categoria".
- FILTRO ASSEGNAZIONE**: Includes a dropdown for "Presidio/Distretto/Oligoartimento/Area" and a dropdown for "Unità Operativa".

 At the bottom right of the filter area, there are two icons: a globe and a bell. The copyright notice "COPYRIGHT* 2017 - UNITÀ OPERATIVA ANALISI E SVILUPPO DEL SISTEMA INFORMATICO" is at the bottom of the page.

VALUTATORE			
Matricola	Nominativo	Centro di Costo	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DIPENDENTE			
Matricola	Nominativo	Centro di Costo	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SCHEDE VALUTAZIONE AREA COMPARTO			
Matricola	Cognome	Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Contratto	Inquadramento	Ruolo	Categoria
Contratto Comparto	Tempo Indeterminato	COMPARTO AMMINISTRATIVO	D6
Legenda Valutazione: 1-insoddisfacente; 2-da migliorare; 3-soddisfacente/adeguato; 4-buono; 5-ottimo			
Competenza	Indicatore	Specificazioni (opzionale)	Valutazione
Contributo ai programmi dell'unità operativa	(indica la partecipazione attiva allo sviluppo e all'implementazione della programmazione delle attività dell'unità operativa cui il professionista è assegnato)	<input type="text"/>	O1 O2 O3 O4 O5
Autonomia e responsabilità	(indica il grado di autonomia nel risolvere i possibili problemi della propria area di lavoro e livello di assunzione di responsabilità nel concreto agire del proprio ruolo)	<input type="text"/>	O1 O2 O3 O4 O5
Qualità del contributo professionale	(indica la qualità delle competenze tecniche specifiche agite per la gestione delle attività di servizio)	<input type="text"/>	O1 O2 O3 O4 O5
Programmazione attività	(indica il grado di programmazione ed organizzazione in modo appropriato le proprie attività nel rispetto degli impegni assunti)	<input type="text"/>	O1 O2 O3 O4 O5
Relazione con i colleghi	(indica il grado di disponibilità all'ascolto e alla collaborazione nel gruppo di lavoro e il contributo ad un clima positivo dell'unità operativa)	<input type="text"/>	O1 O2 O3 O4 O5
Orientamento ai bisogni dell'utenza	(indica il grado di cortesia, di disponibilità, di puntualità, di presenza e disponibilità nelle risposte ai bisogni dell'utenza)	<input type="text"/>	O1 O2 O3 O4 O5
Flexibilità	(indica il grado di disponibilità rispetto alle richieste della routine lavorativa)	<input type="text"/>	O1 O2 O3 O4 O5
Sviluppo professionale	(indica il grado di partecipazione attiva alla manutenzione ed innovazione delle proprie competenze partecipando alla formazione aziendale)	<input type="text"/>	O1 O2 O3 O4 O5
Legenda Valutazione: 1-insoddisfacente; 2-da migliorare; 3-soddisfacente/adeguato; 4-buono; 5-ottimo			TOTALE <input type="text" value="0"/>
ANNOTAZIONI DEL VALUTATORE			
<input type="text"/>			
			

Valutazione Scheda Dipendente

VALUTATORE

Matricola Nominativo Centro di Costo

FILTRO DIPENDENTI

Contratto Inquadramento Ruolo Categoria/Incarico

FILTRO ASSEGNAZIONE

Presidio/Distretto/Dipartimento/Area Unità Operativa Valutazione

Matricola	Nominativo	Centro di Costo	Categoria		Sel



3 Rischi corruttivi e trasparenza

Premessa

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

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

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

L'elaborazione della Sezione ha tenuto conto di tutti i significativi mutamenti impressi alla macro-organizzazione dell'Azienda proseguito da ultimo con DDG n. 1512/2022.

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

Particolare attenzione è stata indirizzata:

- alla puntuale ricognizione dei fattori abilitanti il verificarsi di fatti/episodi corruttivi, distinti per ciascun processo a rischio caratterizzante le attività rientranti nella competenza istituzionale dell'Amministrazione, anche per effetto delle indicazioni ricevute – nel contesto della partecipazione al *Forum* per l'Integrità in Sanità, organizzato dall'associazione *Transparency Italia*.
- all'esito del monitoraggio delle misure oggetto della Sezione.

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

1. la Parte I, dedicata alla presentazione specifica del contesto criminale esterno, oltre che alla descrizione delle modalità di gestione del rischio;
2. la Parte II, dedicata alle misure di prevenzione del rischio di corruzione, ulteriormente ripartita in misure generali e misure specifiche, secondo la distinzione accolta dal PNA 2022, nonché alla misura per la gestione della fase attuativa degli interventi aziendali finanziati tramite il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). È integrata dalla tabella delle misure anticorruzione allegata sub 1), contenente le misure generali e specifiche di prevenzione e contenimento del rischio oltre che la tabella relativa ai fattori di rischio utilizzata per la valutazione del livello di rischio di ciascun processo e sub-processo.
3. la Parte III, dedicata alla misura della trasparenza e all'istituto dell'accesso civico afferisce la tabella allegata sub 2) alla presente Sezione, ricognitiva degli obblighi di pubblicazione.
4. la Parte IV, dedicata agli obiettivi strategici dell'anticorruzione e trasparenza.

Parte I Il processo di elaborazione della sezione anticorruzione e trasparenza

1. Rilievo anticorruzione del modello organizzativo dipartimentale

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

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

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

Il mutato quadro organizzativo, tiene altresì conto della designazione del nuovo RPCT, disposta prima con disposizione prot. n. 67709 del 17.10.2022 e presa d’atto con DDG n. 2294/2022, e l’aggiornamento del gruppo di lavoro RPCT che risulta composto da n.1 assistente amministrativo e da n.1 coadiutore amministrativo oltre che alla previsione di una Rete di Referenti RPCT.

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

Tutti i Direttori/Responsabili di struttura destinataria di misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza, inoltre, provvedono al monitoraggio circa la corretta attuazione delle stesse, nel rispetto delle modalità indicate in tabella 1) e 2) allegate.

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

1. l’individuazione, nell’ambito delle rispettive Macrostrutture e d’intesa con i relativi Direttori/Responsabili, le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione aggiornando e trasmettendo periodicamente al RPCT le schede per il censimento di tutte le attività rilevanti gestite, dei relativi rischi corruttivi e fattori abilitanti la corruzione e del relativo livello di rischio, ai fini dell’aggiornamento della Sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO;
2. l’attuazione, d’intesa con il RPCT, di meccanismi di formazione interna a ciascuna Macrostruttura,

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

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

- a. assicurano attività informativa nei confronti del RPCT, dei Referenti e dell'autorità giudiziaria e contabile;
- b. partecipano al processo di gestione del rischio;
- c. coadiuvano il Direttore Responsabile di Macrostruttura alla proposta delle misure di prevenzione (art. 16, d.lgs. n. 165 del 2001 e l. 190/2012);

- d. assicurano l'osservanza del Codice di comportamento;
- e. adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale (artt. 16 e 55-bis d.lgs. n. 165 del 2001);
- f. osservano le misure contenute nella Sezione Anticorruzione e Trasparenza (art. 1, c. 14, della l. n. 190/2012);
- g. possono indicare al RPCT le criticità riscontrate tanto nell'attuazione delle misure di cui alla tabella allegata sub 1), quanto degli obblighi di pubblicazione di cui alla tabella allegata sub 2), gli eventuali casi di corruzione/violazione del codice di comportamento per gli aspetti di competenza dello stesso, i bisogni formativi in tema di integrità/trasparenza, con l'individuazione nominativa del personale da formare, nonché le azioni di miglioramento individuate e gli eventuali suggerimenti, al fine di aggiornare e migliorare la Sezione; a questi dati si aggiungono i dati relativi ai procedimenti giudiziari e disciplinari rilevanti, da trasmettere entro il 31 dicembre di ciascun anno, così da consentire al RPCT di predisporre la propria Relazione annuale;
- h. garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dal d.lgs n. 33/2013 così come modificato dal d.lgs 97/2016, secondo quanto riportato in tabella 2), allegata alla presente Sezione;
- i. assicurano al RPCT e alla Direzione Generale il necessario supporto istruttorio, in sede di esame delle segnalazioni di presunti episodi corruttivi ricevute dall'Azienda.

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

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

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

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

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

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

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

3. Valutazione di impatto del contesto esterno ed interno

3.1 Contesto esterno

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

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

a. *Principali stakeholder di riferimento in tema di integrità*

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

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

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

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

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

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

b. Contesto criminale

In Puglia, secondo quanto riferito già nella Relazione del secondo semestre 2022 del Ministro dell'Interno al Parlamento sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia visualizzabile al seguente link:

https://direzioneeinvestigativaantimafia.interno.gov.it/wp-content/uploads/2022/09/Relazione_Sem_II_2021-1.pdf

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

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

Appalti: la Direzione dell'Area Gestione Tecnica al fine di prevenire possibili malfunzionamenti dell'attività amministrativa e incidere su eventuali comportamenti repressivi di potenziali eventi corruttivi o illeciti, ha effettuato nel corso del 2022 un monitoraggio periodico dei tempi e delle procedure, con lo scopo di individuare ove necessario idonee misure correttive di carattere organizzativo o amministrativo. Nella gestione delle problematiche specifiche derivanti dall'applicazione della normativa interna e nazionale in materia di affidamento di lavori extracontrattuali, al fine di agevolare la risoluzione delle stesse, è stato creato un elenco di operatori economici in possesso dei requisiti tecnico-professionali a cui ricorrere in casi di necessità e/o urgenza nel rispetto della normativa vigente e delle Linee Guida ANAC, dando particolare rilievo al principio della rotazione e sono state redatte apposite linee guida nelle quali sono state riportate le indicazioni normative e operative da utilizzare per uniformare le procedure di affidamento dei lavori e stabiliti modelli *standard* di provvedimenti di determina.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Case di Comunità:

- *Approvazione CIS: 30/06/2022;*
- *Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara: 31/12/2022;*
- *Assegnazione dei codici CIG: 31/03/2023;*

- *Stipula dei contratti*: 30/09/2023;
- *Ultimazione lavori*: 31/12/2025.

Ospedale di Comunità:

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

Ospedale Sicuro e Sostenibile:

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

Grandi apparecchiature:

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

3.2 *Contesto interno*

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

a. Rilevazione interna all'ente

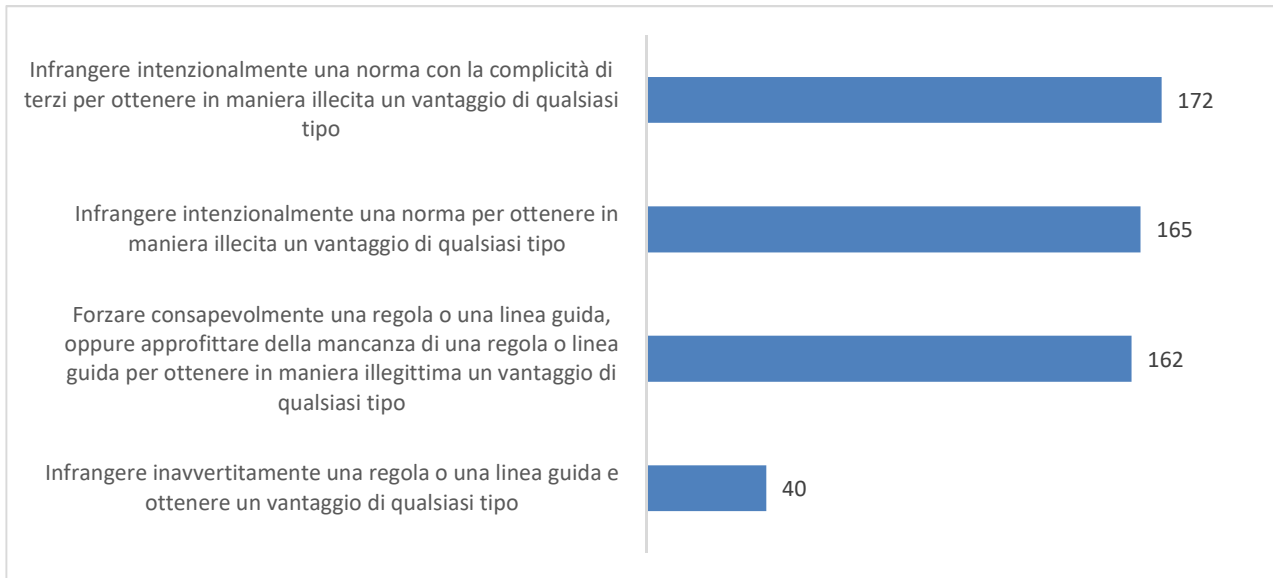
Nel presente paragrafo, dunque, si illustreranno i risultati della prima rilevazione in materia di prevenzione della corruzione, svolta tra i dipendenti.

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

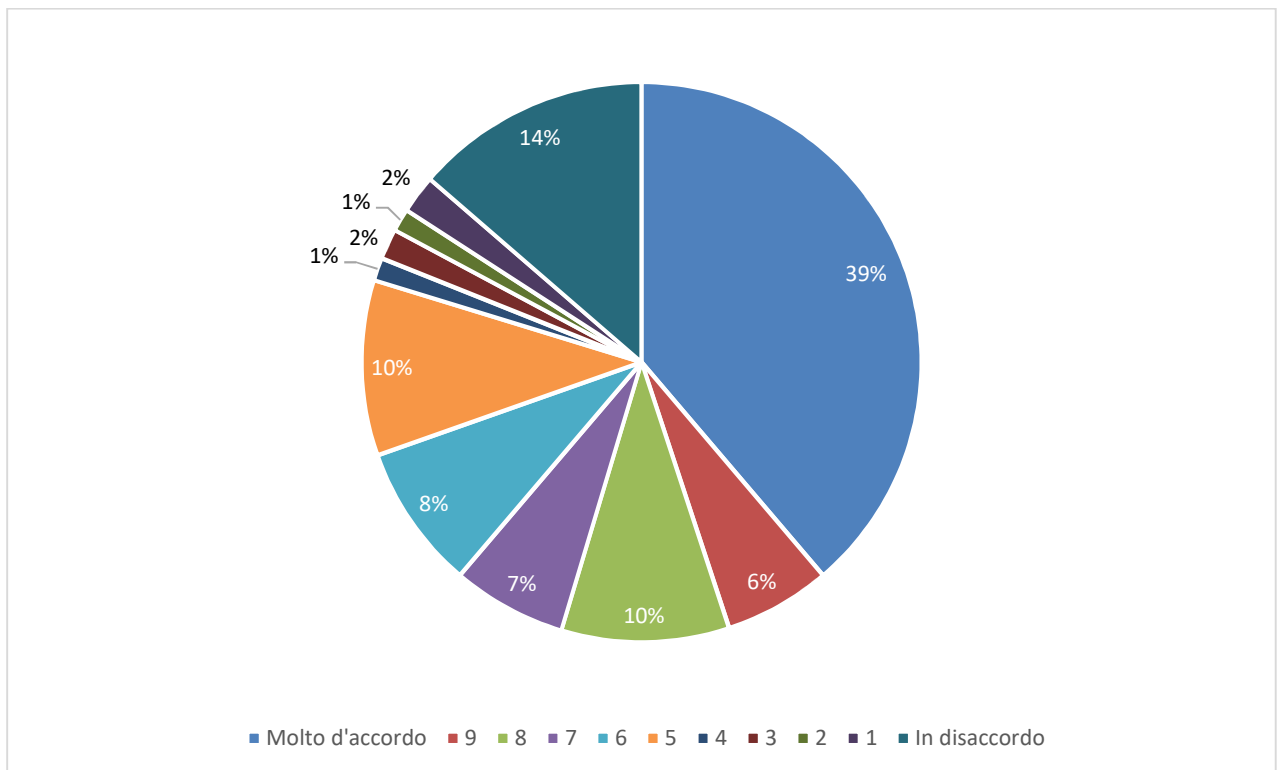
I dati forniti confermano, da un lato, le risultanze di più ampie ricognizioni sul tema della corruzione effettuate periodicamente a livello nazionale ed internazionale, evidenziando, dall'altro, la percezione dei dipendenti di un contesto aziendale meno permeabile alla cattiva amministrazione rispetto a quanto avviene a livello sia regionale che nazionale.

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

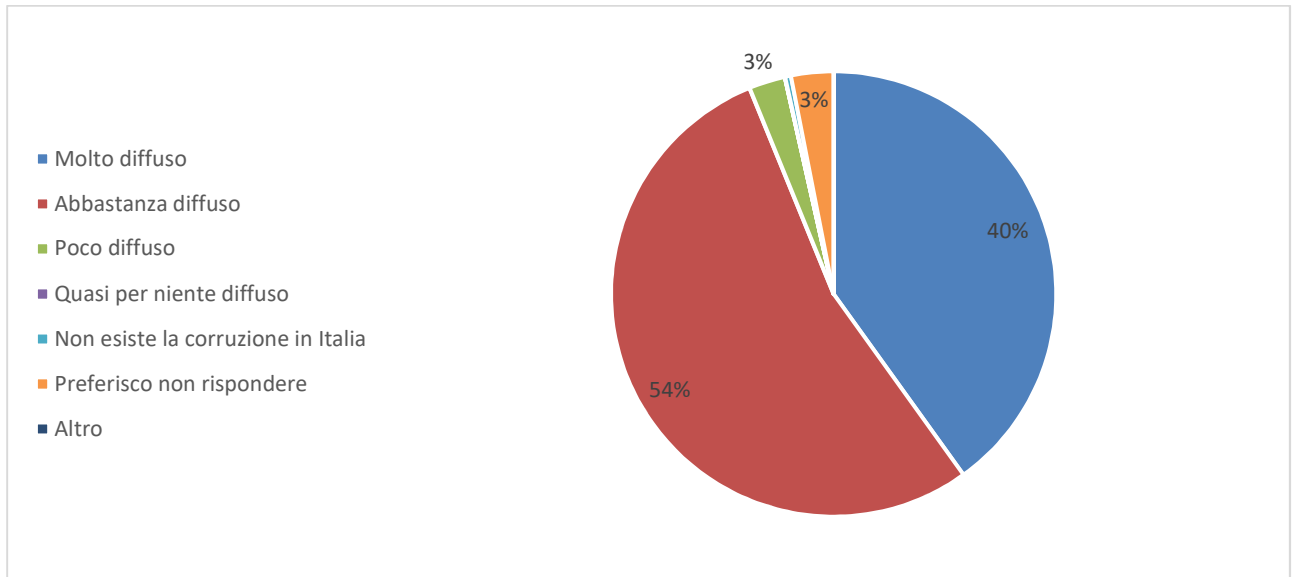
1. Quali delle seguenti situazioni configurano secondo lei un episodio di "corruzione" nella P.A.?



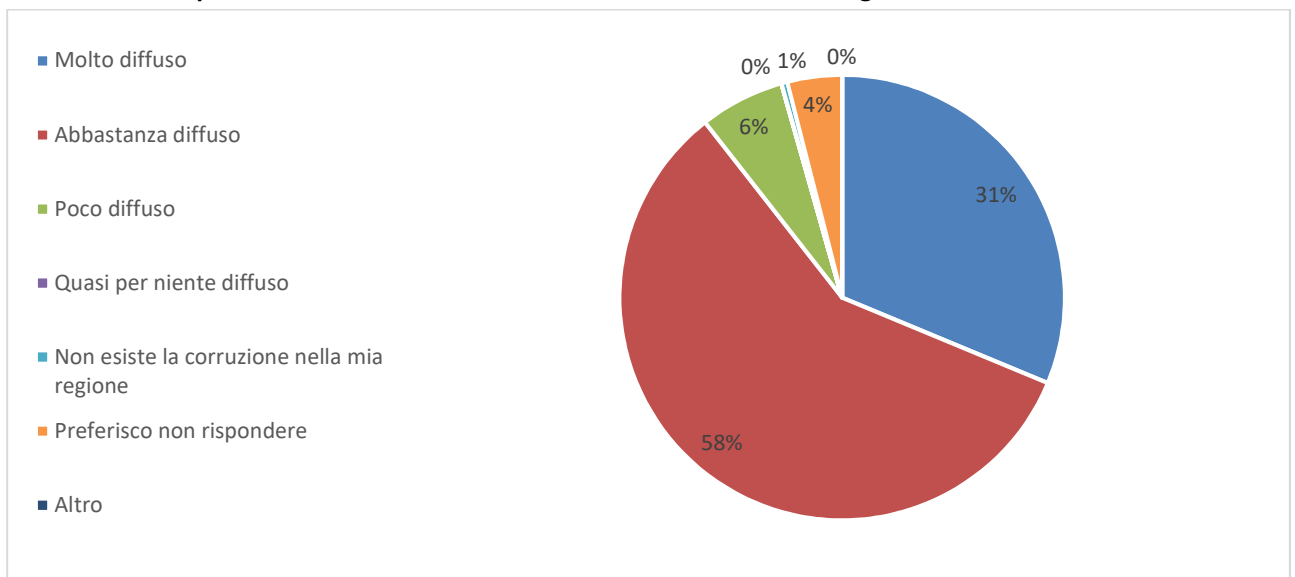
2. Quanto è d'accordo o in disaccordo con la seguente affermazione: "Come cittadino, sono personalmente danneggiato dalla corruzione nella mia vita quotidiana"



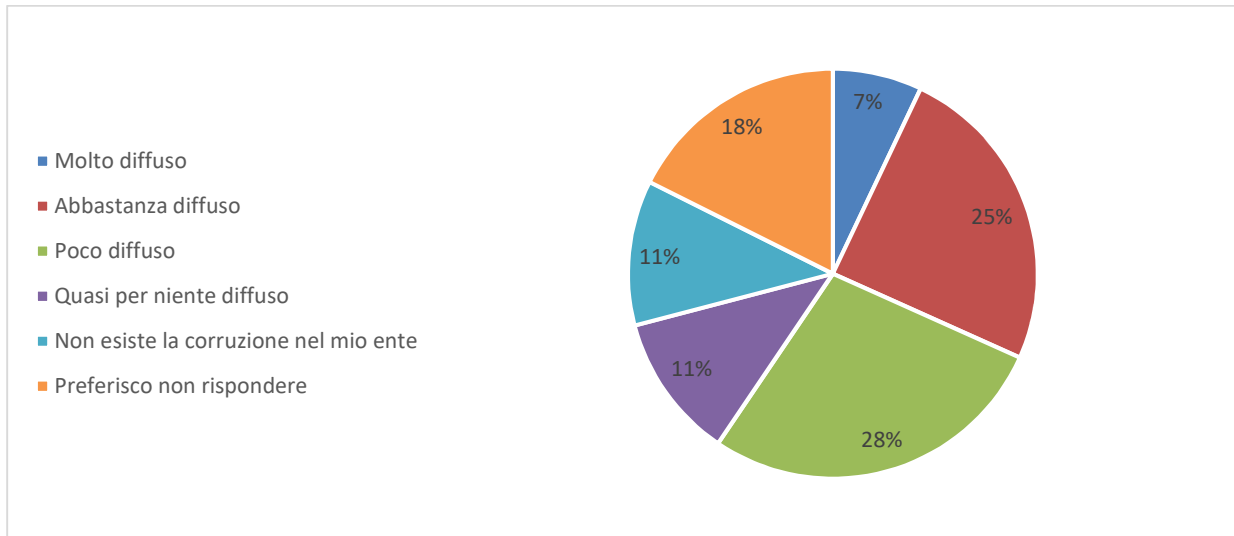
3. Secondo lei, quanto è diffuso il fenomeno della corruzione in ITALIA?



4. Secondo lei, quanto è diffuso il fenomeno della corruzione nella sua regione?

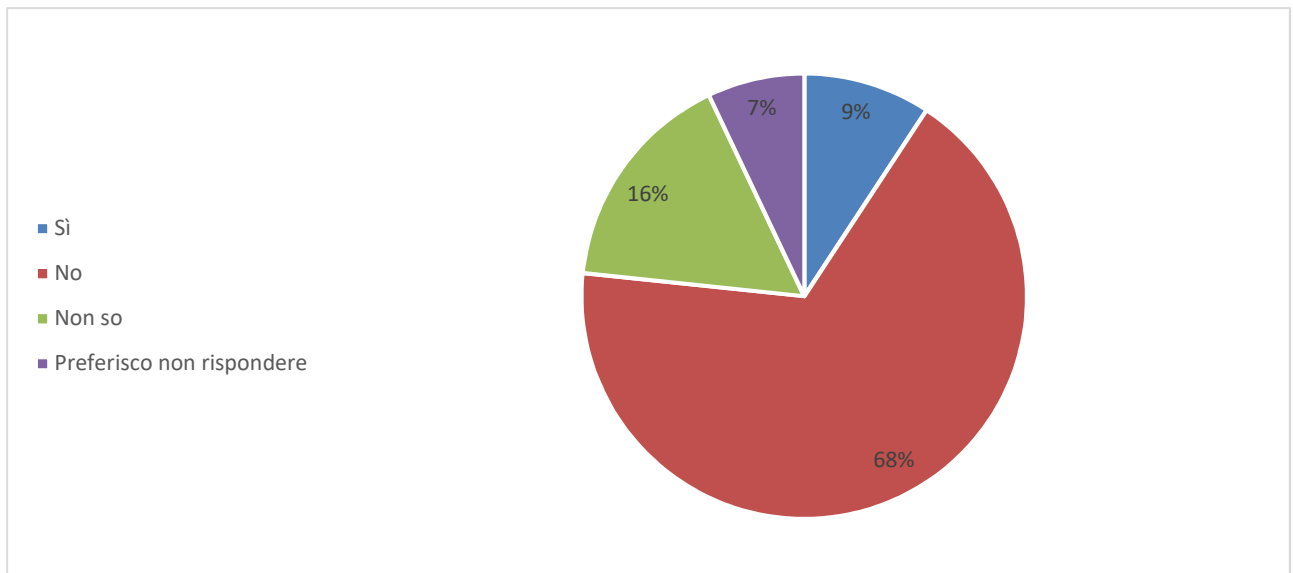


5. Secondo la sua percezione personale, quanto è diffuso il fenomeno della corruzione all'interno del suo ente?

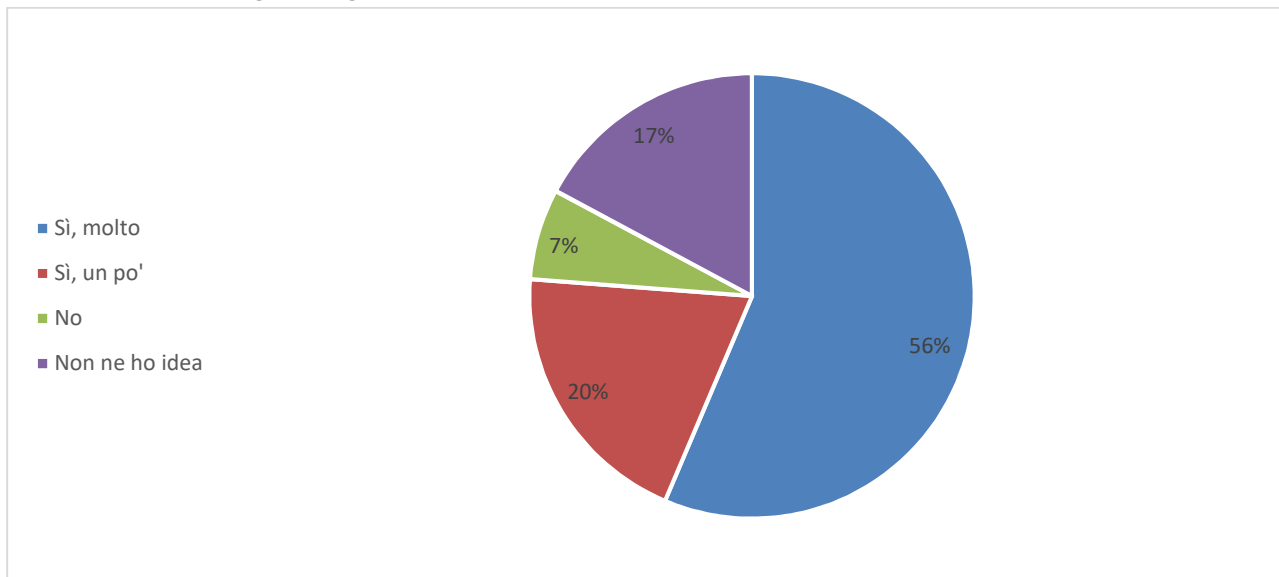


NOTA: Le risposte indicate sotto la voce "altro" sono assimilabili alle opzioni sopra indicate e sono state aggregate ad esse.

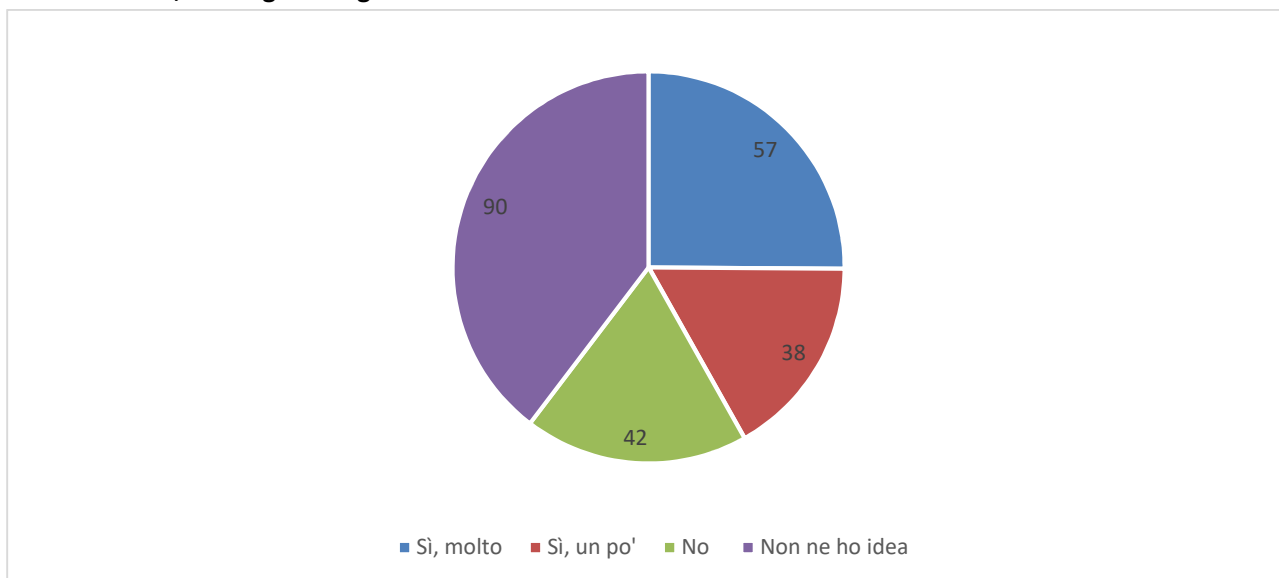
6. Negli ultimi 12 mesi ha vissuto o assistito ad un episodio di corruzione?



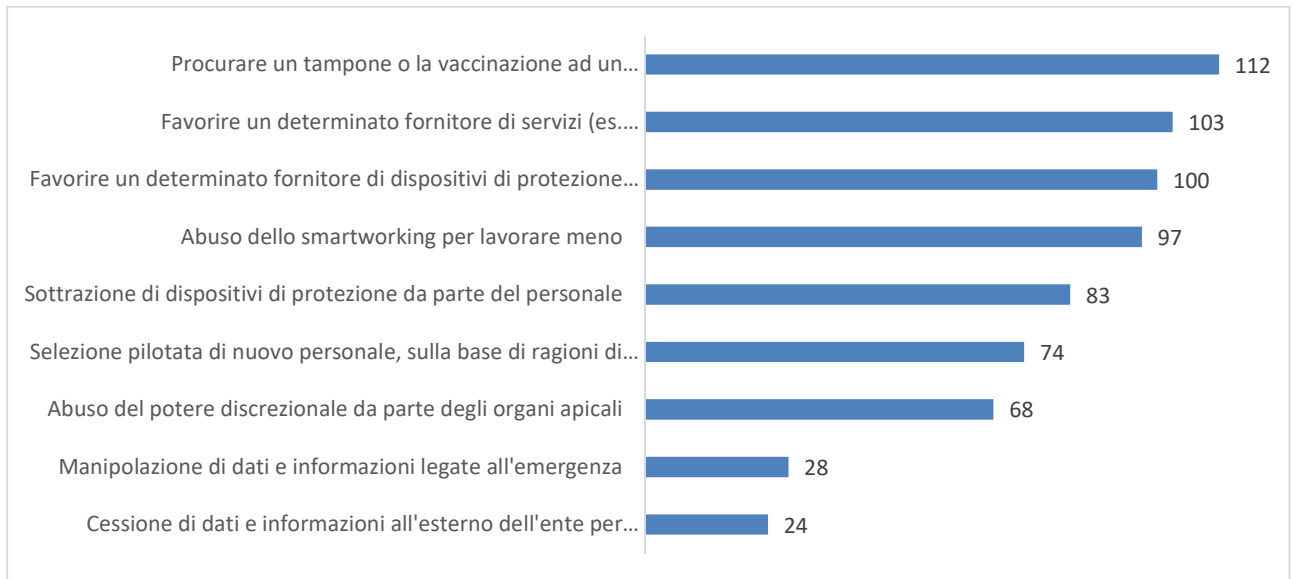
7. Secondo lei, l'emergenza legata al COVID-19 ha aumentato il rischio di corruzione nella SANITA' ITALIANA?



8. Secondo lei, l'emergenza legata al COVID-19 ha aumentato il rischio di corruzione nel SUO ENTE?



9. Quali situazioni potrebbero capitare più facilmente nel suo ente a causa dell'emergenza Covid 19?



Altro:

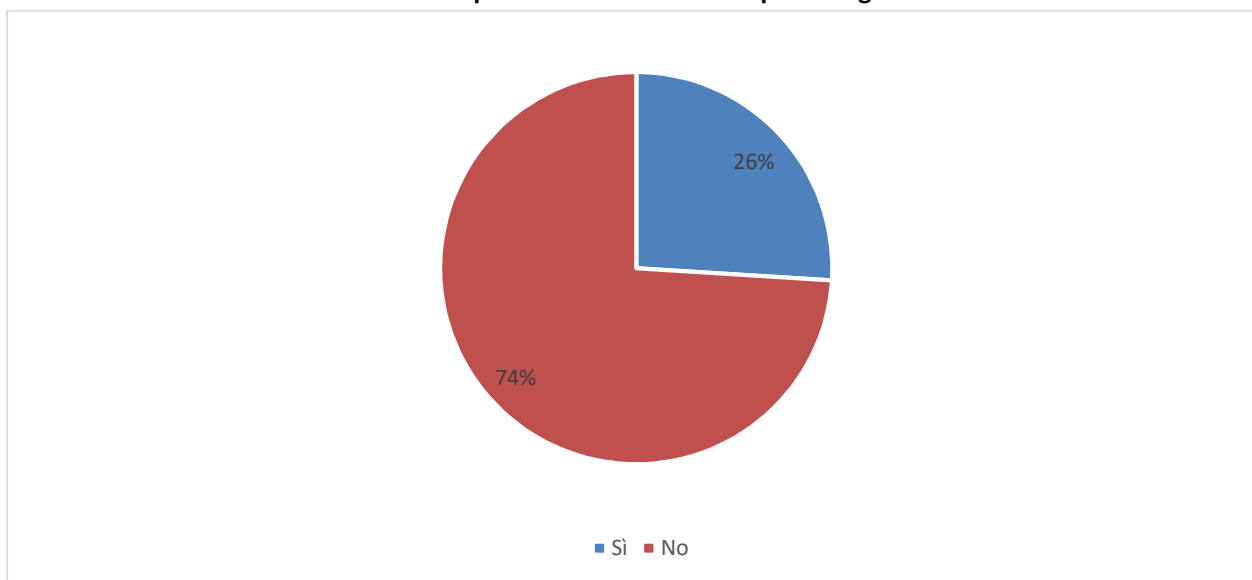
- *Discrezionalità nella distribuzione di turni di lavoro meglio retribuiti (es.: prestazioni aggiuntive)*
- *Mobilizzazione del personale da un luogo ad un altro secondo metodi poco chiari*

10. Secondo la sua opinione, quali sono le misure più efficaci per prevenire la corruzione nella gestione dell'emergenza?

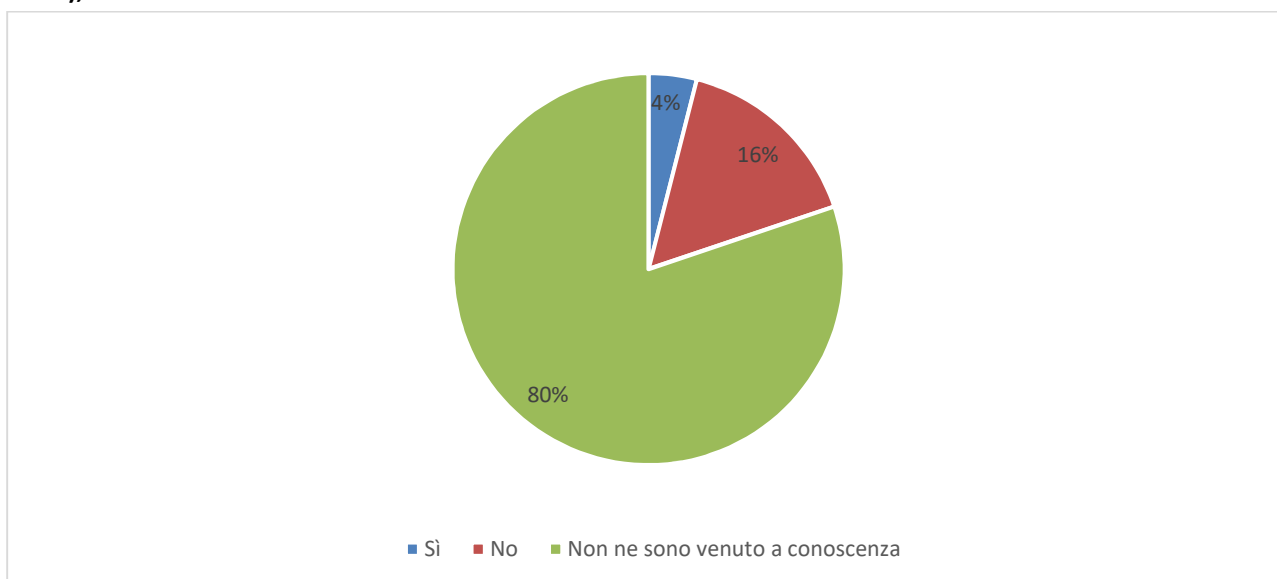
- *Monitoraggio delle procedure e dei regolamenti, valutando l'eccezionalità non come uno standard*
- *Semplicemente seguire le norme previste in termini di affidamento e rotazione*
- *Aumentare i controlli dei soggetti esterni e quindi imparziali*
- *portare a termine i propri compiti nel rispetto delle regole e degli altri operatori*
- *Rispetto di linee guida, trasparenza e possibilità di segnalare l'evento anomalo.*
- *Più controlli*
- *Limitare il ricorso alle deroghe emergenziali ai casi strettamente necessari e dietro motivazione rafforzata*
- *Aggiornare costantemente le misure di prevenzione della corruzione*
- *Assicurare la rotazione degli incarichi*
- *Snellire le procedure spesso troppo complesse e legate a numerosi passaggi intermedi semplificando e diminuendo i passaggi intermedi ma contestualmente sottoponendo le procedure a controlli incrociati di conformità e regolarità.*
- *Informatizzazione dei servizi*
- *Trasparenza*
- *Trasparenza, anche in affidamenti di emergenza*
- *maggiori controlli e responsabilizzazione di tutto il personale*
- *Incrementare i controlli*
- *Gestione in team di alcune scelte strategiche (es. acquisti), confronto e partecipazione con il personale*
- *La creazione di un organismo ad hoc per monitorare eventuali episodi corruttivi per denunciarli all'autorità giudiziaria*
- *Mappare analiticamente tutti i processi*

- *Il rispetto delle regole da parte di tutti*
- *Effettiva centralizzazione (su base regionale) del reclutamento del personale e degli approvvigionamenti; in quest'ultimo caso, effettivo monitoraggio della fase di esecuzione della fornitura/servizio.*
- *Rendendo tutto pubblico e dare compiti uguali (anche credenziali delle procedure) a più dipendenti per la continuità del servizio*
- *Verifica dei carichi di lavoro*
- *Un sistema di controllo efficace*
- *Formazione continua di tutti i dipendenti sulle responsabilità civili e penali, controlli costanti, applicazione delle linee guida in materia di anticorruzione*
- *Ognuno faccia il proprio dovere*
- *Il controllo preventivo, oltre ad evitare che la politica effettui delle pressioni eccessive sull'ente sanitario.*
- *Certezza della pena*
- *Maggiore senso di responsabilità*
- *Meno centralizzazione dei poteri*
- *Maggiori controlli e formazione continua per sviluppare meglio la cultura della legalità e l'attaccamento a principi morali (personali e professionali) da parte di tutti gli operatori (dirigenti inclusi)*
- *La partecipazione di tutti*
- *L'utilizzo di piattaforme totalmente indipendenti, senza possibilità di manomissioni.*
- *Aumentare i servizi*
- *Serie sanzioni penali con conseguente licenziamento.*
- *La creazione di un nucleo anticorruzione*
- *Far gestire l'emergenza a dirigenti che non sono nati e cresciuti in questa regione*
- *Intensificare ed esternalizzare i controlli, soprattutto dei dirigenti, in modo tale che i controllati non corrompano anche i controllori (in classico stile italiano), vanificando il tutto*
- *Installazione di telecamere, sostituire il cartellino con l'impronta digitale, assumere più personale*
- *Decentrare gli appalti - informatizzare completamente i sistemi di carico e scarico dei materiali e farmaci e prevedere sanzioni amministrative serie per i trasgressori in considerazione che la denuncia penale non fa più paura a nessuno*
- *Snellire le procedure per tutti*
- *Comportarsi con dedizione al proprio lavoro*
- *Intervenire sui soggetti che hanno potere decisionale affiancandoli con soggetti non appartenenti all'Ente*
- *Selezionare personale idoneo, preposto alla sorveglianza e quindi alla riduzione/prevenzione del fenomeno della corruzione*
- *Controlli settimanali della Guardia di Finanza*
- *ridurre il potere discrezionale del Direttore Generale e della Direzione strategica fissando criteri precisi per le selezioni e le nomine*
- *Snellire le procedure di gara, garantire dispositivi accessibili a tutti e ridurre i tempi di attesa per tamponi*
- *Sensibilizzazione sociale*
- *la gestione delle emergenze deve essere gestita da enti esterni alle regioni o dall'esercito*
- *un gruppo di lavoro immune dalla corruzione, con valori riconosciuti*
- *Tracciabilità degli acquisti*

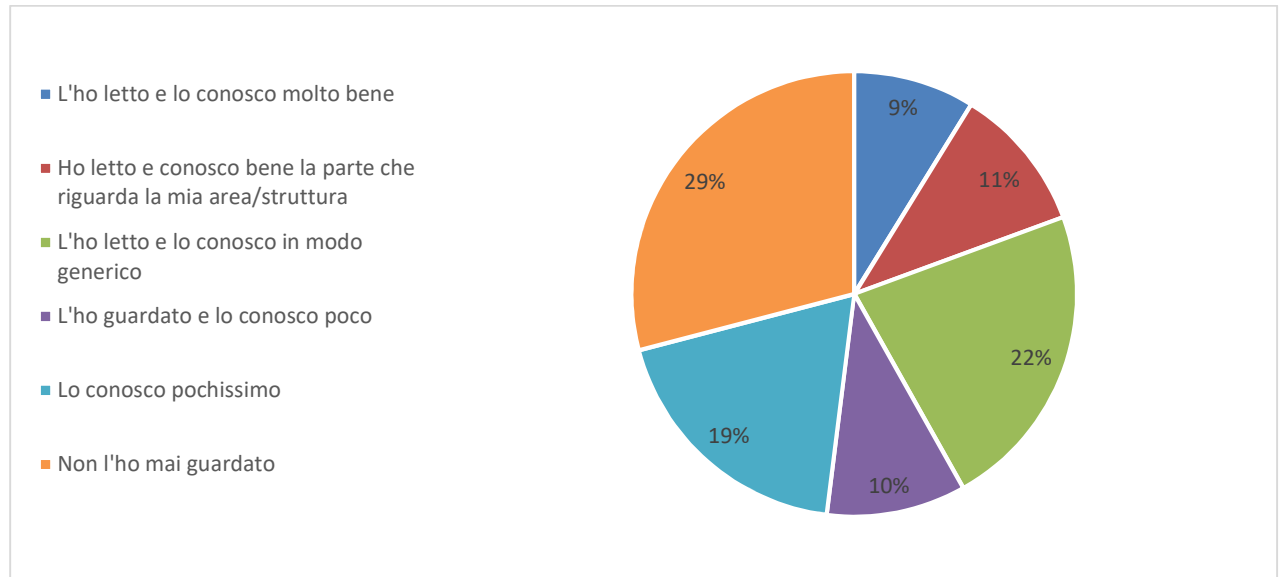
11. È a conoscenza se il suo ente ha una piattaforma informatica per le segnalazioni?



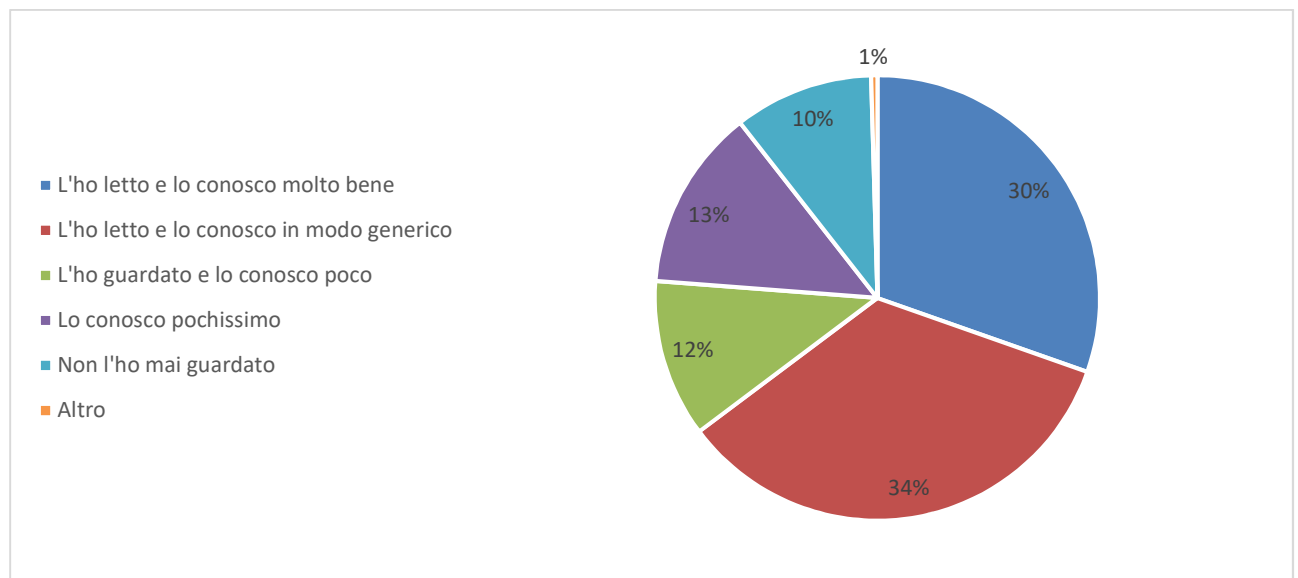
12. Qualora in passato sia venuto a conoscenza di un caso di corruzione (maladministration o conflitto di interessi), l'ha denunciato?



13. Conosce il PTPCT (Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza) del suo ente?

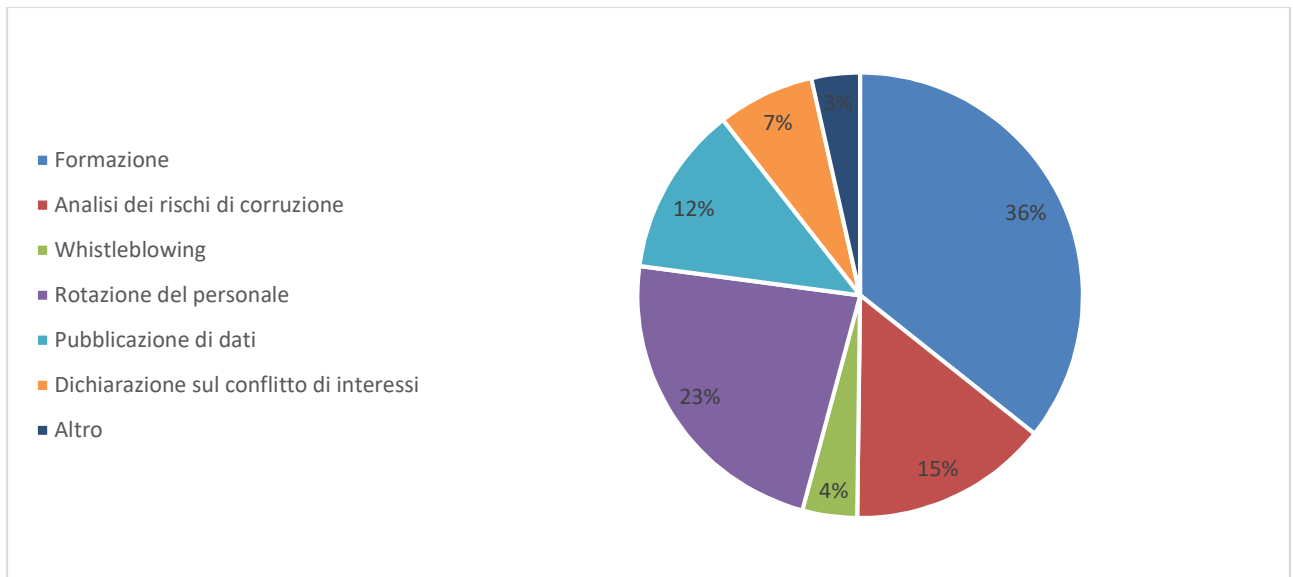


14. Conosce il Codice di comportamento del personale operante nel suo ente?



Altro: Non credo ci sia o non è stato diffuso adeguatamente, non è nell'interesse della dirigenza

15. Secondo la sua opinione, quali misure anticorruzione - tra quelle già adottate nell'ente - dovrebbero essere rafforzate in vista della gestione del PNRR?



Altro:

- *Partecipazione di più soggetti all'assunzione delle decisioni*
- *Incremento numerico del personale impiegato (adeguatamente formato in materia) per rispondere meglio all'incremento costante della mole di lavoro non costringendo il personale sottodimensionato a troppo lavoro che spesso porta come risultato una scarsa attenzione e propensione agli errori, ciò a cascata, potrebbe consentire una rotazione del personale specie in ambito liquidatorio.*
- *Maggiori controlli*

b. La mappatura dei processi

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

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

A tal fine sono stati mappati 135 processi nell'ambito delle corrispondenti Aree di rischio così come risultano indicati nell'allegata tabella 1).

Tutti i processi indicati sono l'ambito rispetto al quale è stata realizzata l'analisi dei rischi.

3.3. Valutazione di impatto di interno ed esterno

Sulla base delle informazioni sopra fornite nel corso dell'anno 2023 si procederà alla revisione della mappatura dei processi che consiste nella individuazione e analisi dei processi organizzativi aziendali, con l'obiettivo di riesaminare gradualmente l'intera attività svolta per identificare le aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino particolarmente esposte a rischi corruttivi. La mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi.

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

Nel corso del 2023 si potrà procedere anche all'eventuale aggiornamento della mappatura dei processi. L'analisi sarà eseguita con la partecipazione attiva delle strutture titolari dei processi e dei relativi rischi, per condividere l'identificazione, la descrizione e la valutazione dei processi di rispettiva pertinenza, nonché la formulazione di proposte in merito alle misure di prevenzione da porre in essere ai fini della mitigazione del rischio corruttivo.

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

Parte II Le misure di prevenzione della corruzione

1. Valutazione dei rischi

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

VALUTAZIONE DEL RISCHIO



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

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

1.1 Identificazione dei rischi

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

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

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

- eventuali incontri da parte di RPCT, con Responsabili di Struttura e/o con associazioni e portatori di interesse esterni, per verificare le attività di identificazione dei rischi specifici.

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

1.2 *Analisi e ponderazione dei rischi*

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

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

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

1.3 *Trattamento del rischio*

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

a. Codice di comportamento dei dipendenti ASL BA

Il codice di comportamento aziendale vigente è stato adottato con DDG 470 del 21.3.2022 ed è pubblicato nella Sezione Amministrazione Trasparente del sito web dell'Azienda.

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

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

Obiettivo	Applicazione del Codice di Comportamento
Azione da realizzare	<i>Attività di verifica e raccordo con l'Ufficio Procedimenti Disciplinari per il rispetto del Codice</i>

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

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

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

Tuttavia, la situazione di conflitto rilevante per il legislatore, non è il comportamento dell’agente che sia effettivamente pregiudizievole per l’interesse primario¹. Assume rilievo, ai sensi della disciplina, la stessa ricorrenza di una condizione giuridica o di fatto, dalla quale potrebbe derivare il danno ovvero potrebbe derivare la compromissione dell’interesse primario individuato dalla norma a vantaggio dell’interesse personale secondario dell’agente pubblico.

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

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

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

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

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

- al ricorrere di modifiche rilevanti.

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

1. sollevare e sostituire, per la specifica attività, il dipendente in conflitto parziale;
2. segnalare alla Direzione Strategica, all'AGRU e al RPCT, l'intervenuto conflitto ostativo all'assegnazione stessa del dipendente all'ufficio, proponendo il trasferimento ad altra Macrostruttura aziendale;
3. ove ritenga non sussistere alcun conflitto, a comunicare tale circostanza al dipendente confermandolo nelle mansioni precedentemente attribuite.

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

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

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

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

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

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

- l'obbligo di sottoscrizione, da parte del RUP nominato ai sensi del d. lgs. 50/2016, di specifica dichiarazione circa l'assenza di interessi personali alla specifica procedura di approvvisionamento;
- l'obbligo di sottoscrizione di specifica dichiarazione circa l'assenza di interessi personali alla specifica procedura di approvvisionamento, da parte di tutti i dipendenti/professionisti che partecipino alla redazione dei capitolati di gara, alle commissioni valutatrici, alla definizione del fabbisogno aziendale, ovvero che vengano individuati quali direttori dell'esecuzione dell'appalto;

- l'obbligo, per ogni atto determinativo e/o deliberativo, di sottoscrizione di specifica attestazione dei firmatari tutti relativa al mancato ricorrere di situazioni di conflitto di interessi, come di seguito indicato: "Tutti i firmatari del presente atto attestano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, alla Parte II, par. 1, lett. c) della vigente Sezione anticorruzione e trasparenza – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, d. lgs. 165/2001".

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

In particolare:

- ribadita l'applicabilità, su un piano generale, della disciplina di cui al d. lgs. 39/2013, ai soli incarichi di Direttore Generale, Amministrativo e Sanitario, in coerenza con la riserva al primo, coadiuvato dai secondi, di tutti i poteri di gestione, nonché della rappresentanza della ASL, effettuata dall'art. 3, c. 6, d. lgs. 502/1992 e la previsione testuale dell'art. 3, c. 1, lett. e), d. lgs. 39/2013 (delibera ANAC 149/2014);
- viene successivamente:
 1. esclusa l'applicabilità alla dirigenza medica e sanitaria, sia perché ritenuta non comportante esercizio di competenze di amministrazione e gestione sia in ragione dell'automatica attribuzione a medici e sanitari della qualifica dirigenziale, a prescindere dall'effettivo svolgimento di incarichi di direzione (amministrativa e gestionale), nell'esclusivo intento di attribuire loro autonoma autodeterminazione nelle scelte professionali (delibera ANAC 1146/2019 ma v. infra programmazione per il triennio 2022/2024);

2. esclusa l'applicabilità ai dirigenti titolari di incarichi di studio o posti in staff alla Direzione Strategica (delibera ANAC 1146/2019);
3. estesa, pur in assenza di specifiche previsioni nella l. delega ed, anzi, apparentemente in contrasto con la limitazione alla sola Direzione Strategica di cui al precitato criterio di delega, l'applicabilità alla dirigenza tecnico-amministrativa², per la quale valgono *“le ordinarie regole previste dal d. lgs. 39/2013: se essi sono titolari di competenze di amministrazione e gestione svolgono, allora, incarichi dirigenziali rientranti nella categoria di cui all'art. 3, c. 1, lett. c), d. lgs. 39/2013”*, configurandosi – accedendo alla soluzione opposta – una ingiustificata disparità di trattamento tra dirigenti tecnico-amministrativi che operano nel contesto sanitario e quelli di altri comparti della pubblica amministrazione (delibera ANAC 1201/2019, delibera ANAC 1146/2019 e delibera ANAC 713/2020).

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

- a. il d. lgs. 39/2013, nelle specificazioni fornite dall'Autorità, come detto, ai soli incarichi di direzione generale, amministrativa e sanitaria, oltre che alla dirigenza del ruolo amministrativo e tecnico;
- b. il d. lgs. 165/2001, a tutti i dipendenti, indipendentemente dallo svolgimento di funzioni dirigenziali, bensì in relazione a funzioni particolarmente sensibili a fini di prevenzione della corruzione (funzioni connesse al reclutamento dall'esterno e all'avanzamento in carriera; funzioni di gestione delle risorse finanziarie; funzioni di approvvigionamento di beni, servizi e lavori; funzioni connesse all'erogazione di sovvenzioni, sussidi, ausili e contributi, vantaggi economici in favore di soggetti pubblici e privati; compiti di segreteria connessi alle predette funzioni).

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

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

Gli stessi incarichi apicali, infatti, benché conferibili a dirigenti del ruolo medico e sanitario, comportano pacificamente lo svolgimento di funzioni di amministrazione e gestione, anche di natura ispettiva, rilevanti ex d. lgs. 39/2013, quali l'approvvigionamento di beni e servizi, la gestione di ordinativi di fornitura relativi a

² A questi, vanno equiparati – tra i dirigenti del ruolo professionale – i dirigenti avvocati.

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

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

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

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

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

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

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

Obiettivo	Garantire il rispetto delle norme relative all'inconferibilità e all'incompatibilità degli incarichi
Azione da realizzare	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Acquisire correttamente le dichiarazioni di incompatibilità</i> 2. <i>Puntuale pubblicazione dell'atto di conferimento dell'incarico e della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità.</i>

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

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

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

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

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

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

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

Obiettivo	Promuovere la diffusione del divieto di pantouflage
Azione da realizzare	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Inserire apposite clausole nei documenti di gara</i> 2. <i>Inserire apposite clausole nei contratti di lavoro</i> 3. <i>Controlli delle Macrostrutture in raccordo con l'AGRU circa la rispondenza al vero delle dichiarazioni rese dagli operatori economici in sede di partecipazione a procedure volte all'affidamento di appalti pubblici ovvero alla conclusione di accordi contrattuali di cui all' art. 8-quinquies, d. lgs. 502/1992</i>

e. Autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali

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

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

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

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

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

Obiettivo	Garantire l’applicazione del regolamento aziendale riguardante modalità e condizioni dello svolgimento degli incarichi e delle attività extra istituzionali
Azione da realizzare	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Acquisire la documentazione relativa alle richieste per lo svolgimento di incarichi ed attività extra istituzionali secondo le modalità e le tempistiche previste dal regolamento aziendale.</i> 2. <i>Autorizzare tali richieste sulla base dei criteri oggettivi individuati.</i>

f. Rotazione del personale

Rotazione ordinaria

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

Proseguirà, pertanto, l’attività di Audit già avviata al fine di verificare la rotazione con ogni Responsabile di Macrostruttura.

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

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

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

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

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

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

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

1. Ricognizione scadenza incarichi (Dipartimenti, UOC, UOSVD, U05), a cura dell'AGRU
2. Analisi delle misure alternative in attesa della rotazione esecutiva, Relazione a cura del RPCT
3. Corsi di formazione sulla rotazione del personale in sanità, a cura della UO Formazione e RPCT
4. Il RPCT compie un audit con ogni Direttore di Dipartimento e Dirigente titolare di incarico al di fuori dei Dipartimenti per verificare la rotazione
5. Il RPCT con il Dirigente della Formazione monitora la formazione del personale
6. Il RPCT incontra tutti i referenti RPCT per verificare le risultanze dei punti 3) e 4)
7. Il RPCT relaziona alla Direzione Strategica sui punti 4), 5), 6)
8. Individuazione dei criteri di rotazione, a cura del RPCT e della Direzione Strategica
9. Informativa preventiva dei criteri di rotazione OO.SS. (dirigenza e comparto), a cura della Direzione Strategica, AGRU e RPCT
10. Informativa dei criteri di rotazione al Collegio di Direzione, a cura della Direzione Strategica e del RPCT
11. Individuazione aree a rischio corruzione e uffici esposti a fenomeni corruttivi, a cura della Direzione Strategica e del RPCT
12. Funzionigramma relativo alle aree da sottoporre a rotazione, a cura del RPCT e AGRU
13. Proposta del programma pluriennale della rotazione ordinaria della ASL, a cura del RPCT e AGRU
14. Adozione del programma pluriennale della rotazione ordinaria della ASL, a cura della Direzione Strategica

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

Rotazione straordinaria

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

A tale scopo, la presente Sezione:

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

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

g. Tutela del whistleblower

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

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

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

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

Obiettivo	Garantire la tutela dei dipendenti che segnalano illeciti
Azione da realizzare	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Promuovere l'utilizzo della piattaforma WhistleblowingPA per la segnalazione di illeciti</i> 2. <i>Applicare correttamente la procedura aziendale per la gestione delle segnalazioni di illeciti e per la tutela del dipendente pubblico</i>

h. Formazione sui temi dell'integrità e della trasparenza

Nel corso del 2023 nell'ambito delle attività del III Forum per l'Integrità in Sanità (aperte, oltre che al RPCT e al gruppo di lavoro, a n. 20 dipendenti per ciascuna giornata), si segnalano:

- incontro formativo su il codice di comportamento: valori e principi;
- incontro formativo su *whistleblowing*;
- incontro formativo specifico sui rischi di corruzione nel settore sanitario.

Sarà programmato altresì un corso di formazione specifico sulla "rotazione del personale in sanità", nell'ambito del piano formativo predisposto dalla UO Formazione, da somministrare ai Direttori delle Macrostrutture. Tale corso di formazione, al fine di garantire la più ampia partecipazione, si terrà in modalità integrata FAD e *webinar* (che sarà comunque registrato) sui temi specifici relativi alle varie declinazioni del conflitto di interessi oltre che ad una pillola dedicata alle misure ed effetti della rotazione.

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

i. PNRR – attuazione Missione 6 “Salute”

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'ASL Bari ha richiesto più volte informazioni e documenti in tema di personale, di nomina del RPCT, del documento di programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e volte alla trasparenza oltre che in tema di approvvigionamento di beni e servizi.

L'amministratore unico assicurerà:

- a. Nomina RPCT societario: nel rispetto delle modalità e delle ulteriori indicazioni di cui al par. 3.1.2 della determinazione ANAC n. 1134/2017, ove occorra, mediante le necessarie modifiche statutarie. Entro il medesimo termine del 31/12/2022, l'amministratore unico trasmetterà all'ANAC (secondo le modalità indicate sul sito dell'Autorità/servizi on-line) e al socio unico atto di nomina, assicurandone altresì la pubblicazione sul sito societario/sezione Società Trasparente e la diffusione interna tra i dipendenti. Fino a tale data, in via del tutto eccezionale e temporanea, all'attuazione di compiti e funzioni attribuite dalla legge all'RPCT provvederà lo stesso amministratore unico.
- b. Adozione PTPCT societario: l'amministratore unico assicurerà, entro i termini, l'adozione della Sezione Anticorruzione e Trasparenza (con assoggettamento al successivo aggiornamento annuale, previsto dalla l. 190/2012), proposto dall'RPCT societario, nel rispetto delle indicazioni fornite dal PNA nonché al par. 3.1.1 della determinazione ANAC n. 1134/2017. Entrambi tali atti riconoscono, quali modalità parimenti percorribili ed alternative:
- l'integrazione del modello di organizzazione, gestione e controllo di cui agli artt. 6 e 7, d. lgs. 231/2001, con misure idonee a prevenire anche i fenomeni di corruzione e di illegalità, in coerenza con le finalità perseguite dalla l. 190/2012, nonché ad assicurare la corretta pubblicazione di dati/documenti/informazioni di cui al d. lgs 33/2013;
 - la redazione e la approvazione di un autonomo documento, il Piano per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, avente i contenuti di cui alla medesima l. 190/2012 ed idoneo ad assicurare la corretta pubblicazione di dati/documenti informazioni di cui al d. lgs 33/2013.

L'amministratore unico assicurerà la corretta ed aggiornata implementazione dei dati/documenti/informazioni pubblicate sul sito societario, sezione Società Trasparente, nel rispetto delle indicazioni fornite dall'ANAC, sia con la determinazione n. 1134/2017 ed, in particolare alla tabella ivi allegata, che con la delibera n. 1310/2016.

Il controllo sulla correttezza delle pubblicazioni nella sottosezione Società Trasparente del sito istituzionale della società in-house verrà assicurato dalle Macrostrutture aziendali competenti per materia che relazioneranno all'RPCT ASL BA entro il 10/1/2024, al fine delle necessarie comunicazioni da fornire all'ANAC con la Relazione annuale RPCT.

Il particolare, entro tale data, il primo monitoraggio verrà assicurato come di seguito indicato:

- RPCT ASL BA in relazione alla pubblicazione del nominativo e degli estremi dell'atto di nomina dell'RPCT societario, nonché degli ulteriori dati/documenti/informazioni la cui pubblicazione è prevista come obbligatoria dalla tabella allegata alla determinazione ANAC n. 1134/2017, nella sezione Società Trasparente/Altri Contenuti, sottosezioni Prevenzione della Corruzione ed Accesso Civico;
- AGRU ASL BA (tramite il relativo Referente RPCT), in relazione alle pubblicazioni obbligatorie in tema di reclutamento e gestione del personale, nella sezione Società Trasparente/Personale;
- SBL ASL BA (tramite il relativo Referente RPCT), in relazione alle pubblicazioni obbligatorie in tema di conferimento di incarichi di patrocinio legale, nella sezione Società Trasparente/Consulenti e collaboratori;
- AGP ASL BA (tramite il relativo Referente RPCT), in relazione alle pubblicazioni obbligatorie in

tema di appalti, nella sezione Società Trasparente/Bandi di gara e Contratti;

- AGRF ASL BA (tramite il relativo Referente RPCT), in relazione alle pubblicazioni obbligatorie in tema di bilanci e pagamenti, nella sezione Società Trasparente/Bilanci e Società Trasparente/Pagamenti.

Quanto, infine, all'istituto dell'accesso civico, in via del tutto eccezionale e temporanea, viene estesa alla società *in-house* l'applicazione del vigente regolamento aziendale disciplinante le richieste di accesso civico semplice e generalizzato, di cui all'art. 5, d. lgs. 33/2013, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 869 del 9/5/2022. L'amministratore unico coordinerà l'adozione di autonoma regolamentazione societaria in tema di accesso civico.

Pertanto, si proseguirà anche nel corso dell'anno 2023 l'attività di monitoraggio sulle attività delle società *in-house* come già prevista nel precedente PTPCT.

Per maggiori dettagli, si rinvia all'allegata tabella 1) delle misure anticorruzione, per le attività di monitoraggio e controllo a carico di questa azienda controllante.

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

2 Risultati monitoraggio misure

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

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

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

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

Premessa

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

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

In particolare, basti il richiamo:

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

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

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

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

- a. l'elaborazione e trasmissione dei dati e delle informazioni;
- b. la pubblicazione dei dati e delle informazioni, anche tramite la collaborazione – a seguito di richiesta – dell'URP (ad eccezione delle sottosezioni "*Bandi di gara e contratti*", "*Bandi di concorso*" e "*Sovvenzioni, contributi ed altri vantaggi economici*", alimentate direttamente, rispettivamente, da tutte le Macrostrutture che indicano gare o effettuano affidamenti, ai sensi del d. lgs. 50/2016; dalla sola AGRU e dai DSS, sotto il

coordinamento e la supervisione della Direzione Amministrativa del Dipartimento Assistenza Territoriale) ovvero dell'UOASSI (quest'ultima, per le sole sottosezioni "Consulenti e collaboratori" e "Strutture sanitarie private accreditate").

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

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

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

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

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

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

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

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

- definisce le tempistiche per la pubblicazione, l'aggiornamento, modalità e tempi per il monitoraggio, in relazione a ciascun obbligo.

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

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

Deve rimarcarsi come, al coinvolgimento ed alla responsabilizzazione di ogni singola Macrostruttura interna all'Azienda, chiamata ad elaborare, pubblicare e trasmettere dati, documenti ed informazioni oggetto di trasparenza, si accompagna un più marcato ruolo attribuito all'RPCT che, supportato dal gruppo – non sostituendosi in alcun modo alle singole Macrostrutture e/o Uffici, individuati nell'allegata tabella Obblighi di pubblicazione nell'elaborazione, pubblicazione e trasmissione dei dati di rispettiva pertinenza – diviene vero e proprio organo tecnico/specialistico di impulso, verifica, controllo e monitoraggio sull'effettiva attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge.

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

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

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

4. Accesso civico e Registro degli accessi

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

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

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

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

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

Parte IV Gli obiettivi strategici dell'anticorruzione e trasparenza

Nell'ambito degli obiettivi operativi di *budget* per l'anno 2023, approvati unitamente al P.I.A.O., si conferma la previsione specifica di un obiettivo in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza (*"Attuazione della Sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO"*), oltre alla presenza di un obiettivo strettamente correlato alla prevenzione della corruzione (*"Revisione sistematica delle procedure amministrative (governance aziendale) con l'obiettivo di garantire l'ottimizzazione dei processi nel rispetto dei principi di equità e trasparenza"*) e di numerosi obiettivi che – benché apparentemente di interesse esclusivamente sanitario – risultano idonei a contenere rischi corruttivi e, pertanto, tradotti in specifiche misure di prevenzione della corruzione secondo quanto riportato nella tabella, allegata sub 1) al presente P.I.A.O.

Obiettivi operativi di budget 2023 rilevanti anche ai fini di prevenzione della corruzione:

Obiettivo
Attuazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza
Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024
Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura
Trasmissione della proposta di rotazione degli incarichi
Potenziamento del monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva dei Medici Ospedalieri, Specialisti Ambulatoriali, Medici di Medicina generale e Pediatri di libera scelta al fine del contenimento della spesa farmaceutica con particolare riferimento all'utilizzo di farmaci biosimilari e generici nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali Pieno utilizzo della piattaforma Edotto per la redazione dei Piani Terapeutici e delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale
Accordi contrattuali con le strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate
Revisione sistematica delle procedure amministrative (<i>governance aziendale</i>) con l'obiettivo di garantire l'ottimizzazione dei processi nel rispetto dei principi di equità e trasparenza

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

- a. sia l'attuazione delle misure di contenimento del rischio di corruzione, così come previste ed assegnate dal PTPCT, a seguito del procedimento di definizione delle stesse descritto ai precedenti parr. ed oggetto di elencazione puntuale alla tabella delle misure anticorruzione, allegata sub 1) alla presente Sezione;
- b. sia il corretto rispetto degli obblighi di trasparenza di cui tanto al d. lgs. 33/2013 quanto agli ulteriori provvedimenti normativi che abbiano introdotto obblighi di pubblicazione, secondo quanto previsto dal PTPCT e di cui all'allegata tabella sub 2) alla presente Sezione.

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

1. viene ulteriormente estesa la platea dei Direttori/Responsabili destinatari degli obiettivi in materia di integrità, a seguito dell'adozione dei primi provvedimenti attuativi della nuova macroorganizzazione dell'Ente;
2. talune misure di trattamento del rischio corruttivo vengono previste anche quali obiettivi di budget, così da rafforzare la responsabilizzazione dei Dirigenti alla loro attuazione.

Nel contesto del ciclo della performance e, più precipuamente, della valutazione della performance relativa all'anno 2023, infatti, tutti i Direttori/Responsabili assegnatari dei due obiettivi predetti saranno valutati dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), anche con riferimento alle puntuali attività poste in essere per l'attuazione delle misure di trattamento del rischio e la pubblicazione obbligatoria di atti/dati/documenti, inerenti le materie di competenza.

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

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

Sezione III – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

1 Struttura organizzativa

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

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

Giusta D.D.G.n.1005 del 29/07/2020 e successive n.246/2021, n.2112/2021 e n.1512 del 03/08/2022, la Direzione Aziendale della ASL Bari opera avvalendosi di una struttura organizzativa composta delle seguenti Unità Operative di staff:

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

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

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

L'organizzazione sanitaria, aggiornata con la citata D.D.G. n.1005 del 29/07/2020, si articola nei seguenti Dipartimenti Ospedalieri:

- Dipartimento di Area Chirurgica
- Dipartimento Nefro-Urologico
- Dipartimento di Ortopedia
- Dipartimento di Area Medica
- Dipartimento di Area Medica Specialistica
- Dipartimento Cardiovascolare
- Dipartimento Neuro-Vascolare
- Dipartimento Neurosensoriale
- Dipartimento Medicina dell'età evolutiva
- Dipartimento Gestione avanzata rischio riproduttivo e gravidanze a rischio

- Dipartimento di Emergenza-Urgenza
- Dipartimento di Anestesia e Rianimazione
- Dipartimento della Radiodiagnostica
- Dipartimento di Medicina di Laboratorio e Trasmfusionale
- Dipartimento Gestione del Farmaco
- Dipartimento delle Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero

e nei seguenti Dipartimenti Territoriali:

- Dipartimento di Assistenza Territoriale
- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento di Salute Mentale
- Dipartimento delle Dipendenze Patologiche
- Dipartimento di Riabilitazione.

2 Organizzazione del lavoro agile

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

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

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

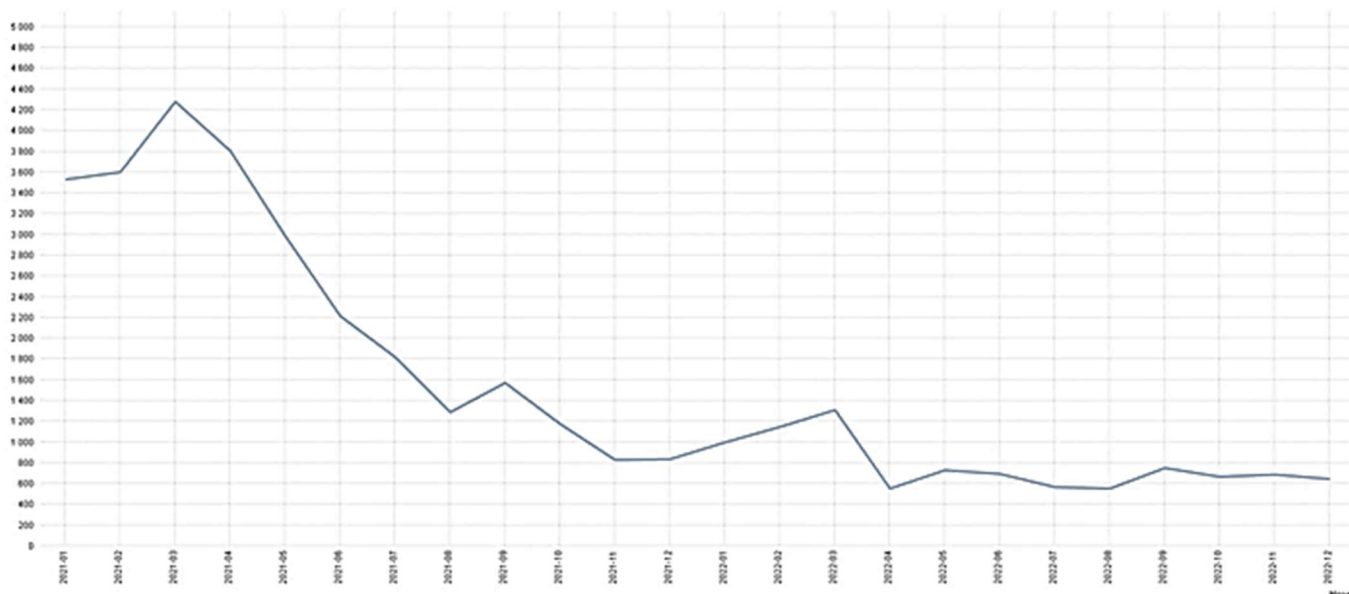
L'esperienza del Lavoro Agile nell'ASL Bari durante il periodo gennaio 2022 - dicembre 2022, ha fatto registrare i seguenti risultati sulla base dei dati elaborati dall'U.O. Controllo di Gestione e dall'U.O.A.S.S.I. e riguardanti i dipendenti dell'Azienda rilevati nell'anno 2022:

2022																
Ruolo	Dirigenti/Comparto	N Dipendenti ASL Ba			N. Dipendenti autorizzati al LA			% Dipendenti autorizzati al LA				tot. Giornate lavorative Dip. Autorizzati 2022	tot. Giornate lavorative Dip. Autorizzati in LA			% Giornate lavorative in LA/Giornate lavorative
		F	M	Tot.	F	M	Tot.	F	M	Tot.	252	F	M	Tot.		
RUOLO AMMINISTRATIVO	COMPARTO AMMINISTRATIVO	339	265	624	85	33	128	24%	12%	19%	29.736	3.335	1.233	4.568	15%	
	DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	14	17	31	6	3	9	43%	18%	29%	2.268	177	12	189	8%	
	Tot. Parz	373	282	655	91	36	127	24%	13%	19%	32.004	3.532	1.245	4.777	15%	
RUOLO PROFESSIONALE	COMPARTO PROFESSIONALE	1	1	2	1	1	2	100%	100%	100%	301	96	78	174	35%	
	DIRIGENTI PROFESSIONALI	1	7	11	1	1	2	25%	14%	18%	301	8	4	12	2%	
	Tot. Parz	5	8	13	2	2	4	40%	25%	31%	1.008	104	82	186	18%	
RUOLO SANITARIO	COMPARTO SANITARIO	3.541	1.430	4.971	41	5	46	1%	0%	1%	12.318	1.199	79	1.278	10%	
	DIRIGENTI SANITARI	213	40	253	20	1	21	9%	3%	8%	5.292	423	65	488	9%	
	MEDICI	881	811	1.695	15	10	25	2%	1%	1%	6.300	408	156	564	9%	
	Tot. Parz	4.638	2.281	6.919	79	16	95	2%	1%	1%	23.940	2.030	300	2.330	10%	
RUOLO TECNICO	COMPARTO TECNICO	830	765	1.625	30	19	49	4%	2%	3%	12.318	1.038	912	1.950	16%	
	DIRIGENTI TECNICI	3	5	8	3	5	8	100%	100%	100%	2.016	37	23	60	3%	
	Tot. Parz	853	770	1.623	33	24	57	4%	3%	4%	14.364	1.055	935	1.990	14%	
Totale complessivo	5.869	3.341	9.210	205	78	283	3%	2%	3%	71.316	6.721	2.562	9.283	13%		

Dall'analisi del report su indicato, si evince che:

- in riferimento alla colonna “% Dipendenti autorizzati al lavoro agile”, la tipologia di personale maggiormente coinvolta nell’espletamento del lavoro agile è quella relativa al Ruolo Amministrativo (19% del totale del numero dei dipendenti di riferimento), e, anche se con una bassa incidenza relativamente al numero assoluto di dipendenti, al ruolo Professionale (Comparto 100% del totale del numeri di dipendenti di riferimento; Dirigenza 18% del totale del numero dei dirigenti di riferimento) nonché alla Dirigenza Tecnica (100% del totale del numero dei dirigenti di riferimento).
- Solo una minima parte del personale sanitario e medico si è avvalso, naturalmente, del lavoro agile nel corso del 2022. Nel dettaglio, i dipendenti del comparto sanitario e i dirigenti medici che hanno svolto la propria attività in regime di lavoro agile sono risultati l’1% del totale del numero dei dipendenti di riferimento. La differenza di percentuale del personale dei ruoli amministrativo, professionale e della dirigenza tecnica che ha svolto il proprio servizio in lavoro agile rispetto al personale sanitario è dovuta alle peculiarità delle attività di assistenza sanitaria erogate dall’Azienda che devono essere necessariamente fornite in presenza.
- Da una più approfondita analisi dei dati sopra riportati, emerge che nel ruolo amministrativo il personale che ha fatto più ricorso al lavoro agile è stato quello di sesso femminile (24% rispetto al 13% di quello maschile); anche nel ruolo sanitario, professionale e tecnico sono le lavoratrici ad aver usufruito della modalità in lavoro agile in una percentuale maggiore rispetto a quella dei dipendenti di sesso maschile.
- Per quanto attiene la colonna “% Giornate lavorative Dip. Autorizzati in LA/ Giornate lavorative”, emerge che sono state svolte in lavoro agile rispettivamente il 15% delle giornate lavorative dovute dal personale amministrativo, il 18% da quello professionale e il 14% dal personale del ruolo tecnico. Per quanto riguarda il personale sanitario si elencano di seguito le percentuali delle giornate lavorative espletate in lavoro agile: il 10% da parte del personale del comparto sanitario, il 9% da parte della dirigenza sanitaria e il 9% da parte della dirigenza medica.
 - Complessivamente la percentuale di personale autorizzato al lavoro agile è stata pari al 3%. Più precisamente il personale che ha fatto più ricorso al lavoro agile è stato quello di sesso femminile (3% rispetto al 2% di quello maschile). Il ricorso a tale modalità di lavoro ha riguardato il 13% del totale delle giornate lavorative.

Di seguito è illustrato l’andamento delle giornate lavorative totali in Lavoro Agile per gli anni 2021 e 2022:



Dal grafico si evince come il numero di giornate lavorative effettuate in LA sia nettamente diminuito nel 2022 rispetto al 2021. Infatti, il ricorso alla prestazione di lavoro in modalità agile è soprattutto visibile in riferimento ai mesi febbraio – marzo 2021 coincidenti con il periodo emergenziale legato alla pandemia di Covid19. Allo stesso modo, anche il numero dei dipendenti autorizzati al lavoro agile si è ridotto del 45% passando da n. 625 a n. 283.

Ruolo	Dirigenti/Comparto	2022							2021						
		N Dipendenti autorizzati al LA			% Dipendenti autorizzati al LA			% Giornate lavorative in LA / Giornate lavorative	n. Dipendenti autorizzati al LA			% n. Dipendenti autorizzati al LA / n Dipendenti			% Giornate lavorative in LA / Giornate lavorative
		F	M	Tot.	F	M	Tot.		F	M	Tot.	F	M	Tot.	
RUOLO AMMINISTRATIVO	COMPARTO AMMINISTRATIVO	85	33	118	21%	12%	19%	15%	122	61	186	27%	20%	24%	19%
	DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	6	3	9	43%	18%	29%	8%	7	1	11	50%	25%	37%	10%
	Tot. Parz	91	36	127	24%	13%	19%	15%	129	68	197	28%	20%	25%	19%
RUOLO PROFESSIONALE	COMPARTO PROFESSIONALE	1	1	2	100%	100%	100%	35%	0	1	1	0%	100%	50%	28%
	DIRIGENTI PROFESSIONALI	1	1	2	25%	14%	18%	2%	2	1	3	50%	14%	27%	2%
	Tot. Parz	2	2	4	40%	25%	31%	18%	2	2	4	40%	25%	31%	9%
RUOLO SANITARIO	COMPARTO SANITARIO	41	5	49	1%	0%	1%	10%	181	35	216	20%	11%	18%	15%
	DIRIGENTI SANITARI	20	1	21	9%	3%	8%	9%	35	15	50	1%	2%	3%	12%
	MEDICI	15	10	25	2%	2%	1%	9%	19	3	52	21%	6%	18%	21%
Tot. Parz	79	16	95	2%	1%	1%	10%	265	53	318	5%	2%	4%	15%	
RUOLO TECNICO	COMPARTO TECNICO	30	19	49	1%	2%	3%	16%	69	30	99	8%	1%	6%	22%
	DIRIGENTI TECNICI	3	5	8	100%	100%	100%	3%	2	5	7	67%	83%	78%	11%
	Tot. Parz	33	24	57	4%	3%	4%	14%	71	35	106	8%	4%	6%	22%
Totale complessivo															
		205	78	283	3%	2%	3%	13%	467	158	625	8%	4%	6%	18%

2.2 Condizionalità e fattori abilitanti

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

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

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

L'Azienda, con il supporto del Comitato Unico di Garanzia, in riferimento alla mappatura dei processi e delle attività effettuabili in modalità agile, avviava già nel 2021 una ricognizione³ che, in base alla dimensione organizzativa e funzionale, individuava le attività che potevano essere svolte con modalità agile coinvolgendo tutti i Direttori di Macrostruttura, Area, Distretto e Dipartimento.

³ Riferimento P.O.L.A. ASL Ba, adottato giusta d.d.g. n. 1945/2022

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

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

b. Destinatari, autorizzazione, accordo, monitoraggio

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

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

- a) possibilità di delocalizzare, almeno in parte, le attività allo stesso assegnate, senza che sia necessaria la costante presenza fisica nella sede di lavoro;
- b) possibilità di utilizzare strumentazioni tecnologiche idonee allo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro;

- c) possibilità di monitorare e valutare i risultati conseguiti;
- d) possibilità per il dipendente di godere di autonomia operativa nell'espletare i compiti affidatigli dal dirigente di riferimento e della possibilità di organizzare l'esecuzione della propria prestazione lavorativa.

Il Direttore/responsabile potrà riconoscere lo svolgimento della prestazione in "modalità agile" in via prioritaria, e sempre nel rispetto del principio di rotazione, ai soggetti indicati all'art. 4 del Regolamento aziendale in fase di adozione.

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

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

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

Per la puntuale organizzazione del lavoro agile si rinvia, allo stato, alla circolare prot. n. 3990/2022 ed all'emanando regolamento sul lavoro agile, già redatto dall'ASL Bari e oggetto di informativa alle OO.SS. del Comparto, della Dirigenza Sanitaria e della Dirigenza Funzioni Locali (ex P.T.A.), giuste note prot.n.12821, n.12845 e n.12855 tutte del 30/01/2023, che, all'esito della eventuale contrattazione, sarà approvato con apposito atto deliberativo e, in sede di aggiornamento del P.I.A.O., integrerà il presente documento.

c. Piattaforme tecnologiche

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

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

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

Presenze, EDOTTO e tutte le applicazioni regionali che sono raggiungibili solo attraverso la rete RUPAR; di seguito i relativi URL:

- EUSIS Gestione Contabilità <http://euis.aslba.rsr.rupar.puglia.it:8080>
- EDOTTO <http://edottoaslba.sanita.regione.rsr.rupar.puglia.it>
- SIST <https://sist.sanita.regione.rsr.rupar.puglia.it>
- Rilevazione Presenze <https://10.14.192.38/IWF>

Le seguenti applicazioni sono, invece, pubblicate sulla rete pubblica e, quindi, non necessitano di un collegamento VPN:

- Gestione del Protocollo <https://documentale.asl.bari.it>
- Gestione delle Pratiche SUAP <https://suap.asl.bari.it>
- Gestione dati Legge 190/2012 <https://sadsamm.asl.bari.it/Legge190>
- Performance Individuale <https://sadsamm.asl.bari.it/Performance>
- Gestione Interventi in Reperibilità <https://sadsamm.asl.bari.it/Reperibilita>
- Gestione Fuel Card <https://sadsamm.asl.bari.it/Fuelcard>
- Gestione Rimborsi Assistiti <https://sadsamm.asl.bari.it/Rimborsi> oltre alla piattaforma per la Gestione delle Istanze di Lavoro Agile
- Lavoro Agile <https://sadsamm.asl.bari.it/lavoroagile>

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

Ad oggi, sulla base di informazioni fornite dall'U.O.A.S.S.I., risultano digitalizzati circa l'80% dei servizi e dei processi.

Per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile, il dipendente utilizzerà gli strumenti tecnologici di sua proprietà o comunque nella propria disponibilità, senza diritto a rimborsi o indennità, garantendo una buona connettività nel luogo ove svolge la prestazione lavorativa. Tutte le spese correlate all'utilizzo della detta dotazione informatica, ivi compresi i consumi elettrici e le eventuali spese di manutenzione, sono a carico del dipendente, il quale si impegna altresì a rispettare le relative norme di sicurezza⁴.

2.3 Obiettivi

L'introduzione del lavoro agile risponde alle seguenti finalità:

1. Sperimentare ed introdurre nuove soluzioni organizzative volte allo sviluppo di una cultura gestionale orientata al lavoro per obiettivi e risultati e, al tempo stesso, ad un incremento della produttività;
2. Razionalizzare e adeguare l'organizzazione del lavoro, favorendo l'accrescimento delle competenze digitali dei dipendenti e, pertanto, l'utilizzo delle tecnologie, realizzando economie di gestione e razionalizzazione del lavoro, volte ad implementare la semplificazione delle attività e dei procedimenti amministrativi e a rafforzare l'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa;
3. Rafforzare le misure di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro e, pertanto:
 - ridurre il tasso di assenteismo;
 - migliorare il benessere organizzativo;

⁴ Si veda art. 5 dell'accordo individuale di lavoro agile concluso alla nota prot. 66260/2022.

- promuovere la mobilità sostenibile tramite la riduzione degli spostamenti casa-lavoro-casa, nell'ottica di una politica ambientale sensibile alla diminuzione del traffico urbano in termini di volumi e di percorrenze, anche in considerazione delle linee tracciate dalla d.D.G. n. 1185/2022 e, successiva, d.D.G. n. 30/2023.

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

Nello specifico, intende monitorare le seguenti dimensioni:

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

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

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

Si specifica, inoltre, che il "Sistema di misurazione e valutazione delle performance" dell'ASL Bari di cui alla D.D.G. n.285 del 5 marzo 2020 già contempla il riconoscimento di professionalità e di progressione di carriera ai lavoratori che rendono la propria prestazione in modalità agile. Il sistema, infatti, prevede nella "scheda di valutazione individuale" la valutazione di capacità, competenze e comportamenti organizzativi quali:

- Contributo ai programmi dell'unità operativa;
- Autonomia e responsabilità;

- Qualità del contributo professionale;
- Programmazione attività;
- Relazione con i colleghi;
- Orientamento ai bisogni dell'utenza;
- Flessibilità;
- Sviluppo professionale.

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

3 Risorse umane nel triennio 2020-2022

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

Il numero medio del personale dipendente in servizio presso l'Azienda Sanitaria Locale di Bari nel corso del 2021 è stato pari a n.9.233 unità e nel corso del 2022, come dato da confermare, è stato pari a n.9205 unità.

Per l'anno 2022 vanno aggiunti n.880 Medici di Medicina Generale (MMG), n.155 Pediatri di libera scelta (PLS), n.240 medici specialisti ambulatoriali interni, n.203 medici di continuità assistenziale, n.20 psicologi convenzionati, n.21 veterinari convenzionati, n.100 medici del Servizio di Emergenza Territoriale e n.13 medici della Medicina dei Servizi.

Il totale degli operatori aziendali nel 2022 è stato quindi pari a n.10.837.

Area/Liv.Assist.	2020					2021					2022*				
	Ruolo Sanit.	Ruolo Tecn.	Ruolo Profess.	Ruolo Amm.vo	TOT.	Ruolo Sanit.	Ruolo Tecn.	Ruolo Profess.	Ruolo Amm.vo	TOT.	Ruolo Sanit.	Ruolo Tecn.	Ruolo Profess.	Ruolo Amm.vo	TOT.
Direzione e Aree di Gest.	96	168	10	180	453	116	197	11	207	531	101	189	12	202	504
Prevenzione	358	28	1	88	475	420	28	1	80	529	483	28	1	71	583
Assistenza Ospedaliera	3.738	694	-	181	4.613	3.912	917	-	175	5.004	3.866	951	-	163	4.980
Assistenza Territoriale	2.214	401	-	313	2.928	2.436	437	-	297	3.169	2.447	435	-	257	3.138
TOTALE AZIENDA	6.407	1.291	11	761	8.470	6.883	1.579	12	759	9.233	6.896	1.603	13	692	9.205

Numero medio di personale in servizio nel corso dell'anno

* dato in fase di consolidamento

Fonte: Controllo di gestione

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

Livello di assistenza	2020				2021				2022*			
	Medici	Veterinari	Psicologi	TOT.	Medici	Veterinari	Psicologi	TOT.	Medici	Veterinari	Psicologi	TOT.
Prevenzione	255	-	-	255	255	-	-	255	230	903	-	1.133
Assistenza Ospedaliera	358	-	-	358	138	-	-	138	234	-	38	272
Assistenza Territoriale	6.310	979	612	7.900	6.496	979	573	8.048	6.408	-	557	6.965
TOTALE AZIENDA	6.923	979	612	8.513	6.889	979	573	8.441	6.872	903	595	8.370

* dato in fase di consolidamento

Riepilogo per Sesso

Rispetto all'analisi per genere del personale dipendente per l'anno 2022, come dato da confermare, si evidenzia un ulteriore incremento del personale di sesso femminile in valore assoluto ed in percentuale.

Anno	2020		2021		2022*	
	N	%	N	%	N	%
Donne	5.191	61,3%	5.819	63,0%	5.853	63,6%
Uomini	3.279	38,7%	3.414	37,0%	3.352	36,4%
Totale	8.470	100,0%	9.233	100,0%	9.205	100,0%

* dato in fase di consolidamento

Fonte: Controllo di gestione

Riepilogo per età

Rispetto all'analisi per età del personale dipendente, di seguito rappresentata, si rileva che la classe di età maggiormente popolata nel 2022, come dato da confermare, è quella dai 50 ai 59 anni con una percentuale pari a quasi il 32% del totale.

Il personale dipendente appartenente alla fascia d'età al di sopra dei 50 anni per il 2022 è quasi pari al 50%, di cui quasi il 18% al di sopra dei 60 anni. Si evidenzia, comunque, un incremento della percentuale di personale al di sotto dei 40 anni di età, pari ad oltre il 50%, quale risultato delle politiche assunzionali adottate dalla Direzione Strategica Aziendale.

Anno	2020		2021		2022*	
	N	%	N	%	N	%
Decade						
20-29	384	4,5%	682	7,4%	607	6,6%
30-39	1.316	15,5%	1.773	19,2%	1.901	20,6%
40-49	2.029	24,0%	2.139	23,2%	2.145	23,3%
50-59	2.997	35,4%	2.954	32,0%	2.925	31,8%
>60	1.744	20,6%	1.685	18,3%	1.627	17,7%
Totale	8.470	100,0%	9.233	100,0%	9.205	100,0%

* dato in fase di consolidamento

Fonte: Controllo di gestione

Riepilogo per Tipo rapporto di lavoro

L'analisi del personale dipendente relativamente al tipo di rapporto di lavoro evidenzia un'ulteriore diminuzione dell'incidenza del personale amministrativo sul totale del personale dipendente a favore del personale sanitario e tecnico, soprattutto addetto all'assistenza, tra il 2021 ed il 2022, come dato da confermare.

Qualifica	2020			2021			2022*		
	Determinato	Indeterminato	Totale	Determinato	Indeterminato	Totale	Determinato	Indeterminato	Totale
Dirigenti Medici	93	1.526	1.619	138	1.498	1.636	134	1.541	1.675
Dirigenti Sanitari non Medici	29	202	231	67	199	266	61	192	253
Pers. Comparto Infermieri	409	3.116	3.525	544	3.132	3.676	534	3.119	3.653
Pers. Tecnico Sanitario	2	349	352	2	369	371	7	347	354
Altro Pers. Di comparto	95	586	680	61	874	935	52	910	962
Totale Ruolo Sanitario	628	5.778	6.407	812	6.072	6.883	787	6.109	6.896
Dirigenti	1	8	9		8	8		8	8
Personale di Comparto	4	1.278	1.282	3	1.568	1.571	3	1.592	1.595
Totale Ruolo Tecnico	5	1.286	1.291	3	1.576	1.579	3	1.600	1.603
Dirigenti	1	9	10		11	11		11	11
Personale di Comparto	1		1		1	1	1	1	2
Totale Ruolo Professionale	2	9	11	-	12	12	1	12	13
Dirigenti		33	33		30	30		32	32
Personale di Comparto	26	703	729	73	656	729	72	588	660
Totale Ruolo Amministrativo	26	735	761	73	686	759	72	620	692
TOTALE AZIENDA	661	7.809	8.470	887	8.346	9.233	863	8.341	9.205

Numero medio di personale in servizio nel corso dell'anno

* dato in fase di consolidamento

Fonte: Controllo di gestione

Sorveglianza sanitaria

I giudizi di idoneità condizionati formulati nell'ambito dell'attività di sorveglianza sanitaria e di radioprotezione medica negli anni dal 2020 al 2022 sono di seguito riportati.

	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
Num. medio dipendenti	8470	9233	9205
Num. giudizi idoneità condizionati	386	289	226
Incidenza %	4,6%	3,1%	2,5%

Fonte: U.O. Sorveglianza Sanitaria

4 La formazione del personale

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

In quest'ottica - con DDG n. 1622/2022 – è stato adottato il “Regolamento per la Formazione”, così come elaborato e proposto dall'UOC Medicina Forense, Gestione Rischio Clinico, Sistema Qualità e Formazione. In considerazione di quanto previsto dal suddetto Regolamento, l'UOS Formazione - in collaborazione con il Comitato Tecnico Scientifico - ha elaborato anche per il 2023 il Piano Aziendale di che contiene iniziative formative in linea con:

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

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

Il PAF potrà adeguarsi a future esigenze formative, attualmente non programmabili, e, pertanto, nel suo periodo di validità, potranno essere attivati ulteriori corsi di formazione con costi compatibili con le risorse economiche disponibili per la formazione.

Nell'attuazione del PAF si prevede l'ampio utilizzo dei docenti interni, iscritti all'Albo dei formatori interni (così come previsto dalla DDG n. 2186/2022) che comprende un elenco di professionisti (dipendenti dell'ASL) con specifica esperienza nelle seguenti aree tematiche:

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

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

- Valorizzare le risorse umane aziendali e le competenze da loro acquisite;
- Contestualizzare meglio gli interventi, favorendo il trasferimento efficace dei contenuti del corso

alla realtà operativa dei partecipanti;

- Fornire una formazione migliore ai discenti grazie ad una selezione mirata dei docenti che rispondano sempre di più a livelli qualitativi elevati per specializzazione e competenza;
- Contenere i costi della formazione.

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

- sia per il personale sanitario, fornendo il libero accesso ad alcune importanti banche dati online attraverso cui consultare articoli/riviste scientifiche di carattere anche internazionale (ClinicalKey);
- sia per il personale del comparto, per il quale è stata indetta – con DDG n. 2446 del 19.12.2022 - procedura di selezione per l'accesso al beneficio delle "150 ore individuali" di diritto allo studio da fruire nell'anno solare 2023, giusto art. 62 del CCNL relativo al Personale del Comparto Sanità del 2.12.2022;
- master di I e II livello presso le Università convenzionate (Università degli Studi di Bari; LUM di Casamassima) a mezzo borse di studio proprie ed INPS.

Inoltre - tramite il Centro di formazione per l'emergenza /urgenza di Noicattaro, afferente al Dipartimento delle Emergenze - sono assicurati corsi specifici quali, BLS D Basic Life Support & Defibrillation I.R.C., BLS D Pediatric Basic Life Support & Defibrillation Pediatric I.R.C., ILS Immediate Life Support I.R.C., ALS Advanced Life Support I.R.C., PALS Pediatric Advanced Life Support A.H.A, Gestione intraospedaliera del Trauma Maggiore: modello ATLS, Corso teorico pratico sulla gestione in emergenza della cannula tracheostomica e della sonda Peg nei pazienti ad elevata complessità a domicilio, PTC b Pre-hospital Trauma Care, modulo base I.R.C., PTC Avanzato Pre-hospital Trauma Care, modulo Avanzato I.R.C., Corso di TRIAGE Intraospedaliero, GAVA Gestione Avanzata Vie Aeree, Primo soccorso nelle crisi epilettiche del bambino e dell'adulto, La Gestione del paziente con Ictus Acuto (MeCAU e Neurologia), Gestione dell' Ictus in fase preospedaliera SET 118, Corso di formazione guida sicura dei veicoli di emergenza sanitaria).

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

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

ANNO	N. corsi	N. edizioni	N. partecipanti
2018	177	355	10.276
2019	133	405	9.478
2020	40	64	1763
2021	37	234	4403
2022*	59	215	4933

* dato in fase di consolidamento

Fonte: U.O. Formazione

5 Piano triennale dei fabbisogni del personale

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

Con decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, è stato adottato il DM 24/06/2022 che, unitamente al decreto del presidente della repubblica 24 giugno 2022, n. 81, recante *“Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione”*, pubblicato in Gu n.151 del 30-6-2022, completa il quadro normativo necessario per la piena operatività del P.I.A.O., Piano integrato di attività e organizzazione, previsto dall'art. 6 del d.l. 80/2021, che ha introdotto lo strumento.

In particolare, l'art. 1 del d.p.r. 81/2022 abroga, in quanto assorbiti nelle apposite sezioni del Piano Integrato di attività e organizzazione, gli adempimenti inerenti ai piani dei fabbisogni, al piano della performance, al piano per la prevenzione della corruzione, al piano organizzativo del lavoro agile e al piano delle azioni positive. Pertanto, il documento previsto dall'art. 6 del d.lgs. 165/2001 confluisce nel PIAO.

Tuttavia, la programmazione dei fabbisogni del personale ASL BA, come indicato dalla Regione Puglia, verte sul triennio 2021/2023 e, nelle more degli ulteriori adempimenti di cui al punto 8) della D.G.R. 1818/2022, non è perciò perfettamente allineata temporalmente al PIAO. Infatti, la programmazione dei fabbisogni ASL BA, per quanto espressione dell'autonomia aziendale, è assoggettata all'approvazione regionale e non può che adeguarsi alle direttive regionali in materia, anche in ragione della caratterizzazione regionale dei vincoli di spesa del personale.

E' imminente, altresì, l'elaborazione del PTFP 2022/2024, per il quale si è in attesa dell'emanazione di linee guida da parte della Regione Puglia che, con nota prot. n. 635 del 24/01/2023, ha disposto, nelle more dell'imminente adozione del nuovo modello di PTFP 2022-2024 e del completo allineamento temporale dei PTFP con il triennio di riferimento del PIAO (con triennio di riferimento 2023-2025), l'inserimento delle informazioni relative al PTFP da ultimo approvato dalla giunta Regionale per il triennio 2020-2022 (rif. DDG 709/2021) e 2021-2023 (rif. DDG 2452/2022), come da D.G.R. n.1980/2022 recante presa d'atto piani triennali del fabbisogno di personale 2021-2023, rinviando gli aggiornamenti ai successivi atti di adozione aziendale e/o ad ulteriori disposizioni in merito da parte della Giunta Regionale.

Il documento redatto dalla ASL BA, giusta D.D.G. n.2452/2022, è coerente con la normativa in materia e, in particolare:

- le linee guida di cui al decreto 8 maggio 2018 del Ministero per la PA, pubblicate sulla G.U. n.173 del 27.7.2018;
- l'art. 35, comma 4, del D.Lgs. n. 165/2001;

- l'art. 36, comma 1, del D.Lgs. n. 165/2001;
- il d.lgs. 75/2017 e il D.L. 35/2019;
- la L. 234/21;
- il D.L. 80/21 e il D.L. 36/2022;
- le circolari del Ministero della semplificazione e della pubblica amministrazione 3/17 e 1/18;
- le *“Linee guida regionali per l’adozione dei Piani triennali del Fabbisogno di personale (PTFP) delle Aziende ed Enti del S.S.R. ai sensi degli artt. 6 e 6 ter del d.lgs. 165/2001 e delle linee di indirizzo ministeriali approvate con D.M. 08/05/2018”*, approvate con D.G.R. n. 2416 del 21/12/2018 e conseguenti integrazioni di cui alla D.G.R. n. 2452/2019;
- la deliberazione di Giunta Regionale n. 896/2021, recante oggetto *“Art. 2, co. 71 della L. n. 191/2009 - art. 11, D.L. 35/2019 conv. in L. n. 60/2019 - modifica DGR n.2293/2018 - Rideterminazione e riparto tetto di spesa del personale delle Aziende ed Enti SSR”*;
- la deliberazione di Giunta Regionale n. 1492/2022, recante 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”*;
- la deliberazione di Giunta Regionale n. 1818/2022, recante oggetto *“Avvio procedure di stabilizzazione del personale del SSR ai sensi dell’art. 20, comma 1, d.lgs. 75/2017 e art.1, comma 268, lett. B), primo periodo, l. 234/21. Ulteriori disposizioni in materia di personale. Modifica e integrazione della D.G.R 1896/2021”*;

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

- il comma 71, art. 2 della legge n. 191/2009 e ss.mm.ii., che dispone che la spesa complessiva del personale per ciascuno degli anni successivi al 2004, al netto dei rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all’anno 2004, non può superare quella del 2004 ridotta del 1,4%;
- l’art. 11, comma 1, D.L.n.35/2019 convertito in Legge n. 60/2019, la quale conferma il limite sopra esposto;
- l’art. 9, comma 28, del D.L. 78/2010, convertito con modificazioni nella Legge n. 122/2010, che dispone, a decorrere dall’anno 2011, che le Aziende Sanitarie possono avvalersi di personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, o con convenzioni ovvero con contratto di collaborazione coordinata e continuata, nel limite del 50% della spesa sostenuta per la stessa finalità nell’anno 2009;
- la D.G.R.n.1818 del 12/12/2022, con cui, a parziale modifica e integrazione della D.G.R 1896/2021, la Regione Puglia ha indicato il tetto annuale per la spesa del personale ai fini del rispetto del vincolo di spesa di cui all’art. 2, comma 71, della Legge 191/2009 e s.m.i., a livello regionale e 11, comma 1, D.L. 35/2019, ridefinendo per il redigendo PTFP 2021/2023, in €.450.226.571, il tetto di spesa della Asl Bari;

Il Piano è articolato distintamente per unità operative ed è espresso secondo la metodologia dell’unità di personale a tempo pieno equivalente di cui al citato D.M. 08/05/2018.

Esso risulta, per l’ambito ospedaliero, rispettoso dei valori di FTE minimi e massimi stabiliti in sede di Tavolo Tecnico ministeriale per la verifica degli adempimenti regionali, nella seduta del 29/03/2018 e come disaggregati per profilo professionale e disciplina dalla Regione Puglia, giusta nota prot.n.AOO-183-9730/2018 e secondo quanto prescritto dalla D.G.R. n. 2416/2018 e ulteriori integrazioni regionali, salve le

indicazioni derogatorie contenute nella relazione di accompagnamento al documento; per il personale amministrativo esso rispetta il limite percentuale del 12% sul totale del numero di personale previsto.

Esso è coerente con l'organizzazione degli Uffici e dei Servizi dell'Ente di cui alla D.D.G. n. 1512/2022, attualmente vigente, nel rispetto del piano di riordino ospedaliero di cui al Regolamento Regionale n.23/2019 e del numero massimo di strutture complesse di cui alla D.G.R n. 1603/2018, recante *“Parametri standard regionali per l'individuazione di strutture semplici e complesse, posizioni organizzative e coordinamenti per il personale delle Aziende ed Enti del S.S.R. ex art. 12, co. 1, lett. b) Patto per la Salute 2010-2012. Modifica Allegato 1 alla D.G.R. 3008/2012 in adeguamento alla rete ospedaliera ex R.R. n. 7/2017 s.m.i. e ai dati demografici ISTAT aggiornati al 1° gennaio 2017”*, pari a complessive n. 138.

Esso contiene:

- la previsione delle progressioni verticali come da norme vigenti, che ai fini dell'impatto economico finanziario del piano triennale 21/23 sono sostenibili, come da allegato A) alla D.D.G.n.2452/2022, in quanto, una volta definite le procedure in questione, le stesse risulteranno perlopiù finanziate attraverso il passaggio da una categoria all'altra;
- le informazioni relative alle assunzioni delle categorie protette previste ai sensi della legge 68/89.

Si riporta, perciò, di seguito, il riepilogo per profilo professionale dell'ultimo PTFP 2021-2023, approvato con delibera del Direttore Generale n.2452 del 19 dicembre 2022.

PROFILI	ANNO 2021	ANNO 2022	ANNO 2023
Assistente Amministrativo	338	338	338
Assistente Tecnico	15	15	15
Assistente Tecnico Programmatore	6	6	6
Ausiliario Specializzato	338	338	338
C.P.S. Caposala Coordinatore	41	41	41
C.P.S. Tec. Riabilitazione Psichiatrica	56	56	56
C.P.S. Ter. Neuro e Psicom. Età Evolutiva	37	37	37
Centralinista Non Vedente	12	12	12
Coadiutore Amministrativo	128	128	128
Coadiutore Amministrativo Esperto	86	86	86
Coll. Amm. Prof. Esperto	44	44	44
Coll. Prof. Assistente Sociale	163	163	163
Coll. Prof. Sanit. Ass. San.	67	67	67
Coll. Prof. Sanit. Dietista	19	19	19
Coll. Prof. Sanit. Educat. Professionale	93	93	93
Coll. Prof. Sanit. Elettroencefalog.	1	1	1
Coll. Prof. Sanit. Esperto	2	2	2
Coll. Prof. Sanit. Fisioterapista	481	481	481
Coll. Prof. Sanit. Inf. Pediatr.	6	6	6
Coll. Prof. Sanit. Infermiere	3491	3491	3491
Coll. Prof. Sanit. Logopedista	130	130	130
Coll. Prof. Sanit. Ortottista	16	16	16
Coll. Prof. Sanit. Ostetrica	187	187	187
Coll. Prof. Sanit. Perfusionista	3	3	3
Coll. Prof. Sanit. Tec. Lab. Biom.	158	158	158
Coll. Prof. Sanit. Tec. Rad. Medic	222	222	222
Coll. Prof. Sanit. Tecnico Dialisi	6	6	6
Coll. Prof. Sanit. Terapista Occupazionale	3	3	3
Coll. Prof. Sanit. Neurofisiopatologo	11	11	11
Coll. Tecnico - Professionale	13	13	13
Collaboratore Amm. Vo. - Professionale	175	175	175
Commesso	55	55	55
Dirigente Analista	6	6	6
Dirigente Avvocato	6	6	6
Dirigente Biologo	53	53	53
Dirigente Farmacista	60	60	60
Dirigente Fisico	1	1	1
Dirigente Ingegnere	4	4	4
Dirigente Medico	1787	1787	1787
Dirigente Pedagogista	3	3	3
Dirigente Professionale	1	1	1
Dirigente Professioni Sanitarie	2	2	2
Dirigente Psicologo	134	134	134
Dirigente Sanitario - Prof. Sanit. Inferm.	3	3	3
Dirigente Sociologo	2	2	2
Dirigente Veterinario	67	67	67
Infermiere Generico Esperto	11	11	11
Massofisioterapista - Bs	1	1	1
Operatore Prof. Sanitario Infermiere	1	1	1
Operatore Prof. Sanitario Ostetrica	1	1	1
Operatore Socio Sanitario	825	825	825
Operatore Tecnico	71	71	71
Operatore Tecnico - Addetto All'Assistenza	6	6	6
Operatore Tecnico - Autista	37	37	37
Operatore Tecnico - Autista Ambulanza	107	107	107
Operatore Tecnico - Conduttore Caldaia Vapore	28	28	28
Operatore Tecnico - Operatore Ced	29	29	29
Operatore Tecnico Centralinista	17	17	17
Operatore Tecnico Specializzato	33	33	33
Puericultrice esperta	17	17	17
Specialista nei rapporti con i media	2	2	2
C.P.S. Audiometrista	6	6	6
Dirigente Amministrativo	33	33	33
Coll. Prof. Assistente Sociale - Esperta	3	3	3
Massofisioterapista - C	1	1	1
Massofisioterapista - D	1	1	1
C.P.S. Fisioterapista Coordinatore	2	2	2
C.P.S. Tec. Prev. Ambiente Coordinatore	10	10	10
C.P.S. Tec. Prev. Ambiente	149	149	149
Totale complessivo	9923	9923	9923

6 Piano delle azioni positive

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

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

1. QUALITÀ DELLA VITA DELLE DONNE E DEGLI UOMINI

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

2. ISTRUZIONE FORMAZIONE E LAVORO –

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

3. COMPETITIVITÀ, SOSTENIBILITÀ E INNOVAZIONE –

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

4. PER UN LAVORO DI QUALITÀ -

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

5. CONTRASTO ALLE DISCRIMINAZIONI E ALLA VIOLENZA DI GENERE –

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

violenza fondata sull'orientamento sessuale e/o sull'identità di genere, alle persone LGBTI allontanate da casa in ragione dell'orientamento sessuale.

Il Comitato Unico di Garanzia dell'ASL Bari, nell'ambito delle specifiche e peculiari funzioni di garanzia propone, per il triennio 2023-2025, un Piano delle Azioni Positive segmentato in obiettivi, azioni, responsabili e indicatori di risultato, per le tre Aree d'intervento:

PARI OPPORTUNITA'

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

VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE

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

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

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

6.1 Finalità e obiettivi generali del Piano

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

- investimento sul rafforzamento del personale pubblico, con l'innesto di nuove energie e di risorse ad alta specializzazione;
- digitalizzazione delle procedure e facilitazione dell'accesso a cittadini e imprese, secondo il principio di fornire i dati "once only" anche grazie all'interoperabilità tra i dati delle amministrazioni e alla migrazione sul cloud dei dati delle Pa centrali e locali;

- rafforzamento delle competenze digitali del personale della P.A.

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

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

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

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

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

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

Significativa e trasversale a tutte le azioni del Piano, è la dimensione della "salute" dettata dall'art. 2, comma 1, lettera o), D.Lgs. n. 81/2008: "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non consistente solo in un'assenza di malattia o d'infermità" e lettera n) del decreto, il quale definisce la

“prevenzione” come “il complesso delle disposizioni o misure necessarie anche secondo la particolarità del lavoro, l’esperienza e la tecnica, per evitare o diminuire i rischi professionali nel rispetto della salute della popolazione e dell’integrità dell’ambiente esterno”.

Una norma che assorbe e valorizza quell’obbligo generale introdotto già dall’art. 2087 c.c. che è diventato un filo conduttore della giurisprudenza, al punto di richiamare l’attenzione degli esperti nel corso dell’attuale dibattito sulle molestie e sulla violenza nei luoghi di lavoro.

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

6.2 Pari opportunità

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

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

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

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

con riguardo al lavoro delle donne, categoria considerata ulteriormente svantaggiata rispetto agli altri lavoratori subordinati.

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

Obiettivi:

- definire e attuare politiche aziendali che, a partire dal vertice, coinvolgano tutti i livelli dell'organizzazione nel rispetto dei principi della parità e pari opportunità sul lavoro;
- individuare chiare responsabilità, in materia di pari opportunità, a livello di dirigenza apicale;
- superare gli stereotipi di genere, attraverso adeguate politiche aziendali, formazione e sensibilizzazione;
- integrare il principio di parità di trattamento nei processi che regolano tutte le fasi della vita professionale e della valorizzazione delle risorse umane, affinché le decisioni relative ad assunzione, formazione e sviluppo di carriera vengano prese unicamente in base alle competenze, all'esperienza, al potenziale professionale delle persone;
- sensibilizzare e formare adeguatamente tutti i livelli dell'organizzazione sul valore della diversità e sulle modalità di gestione delle stesse;
- monitorare periodicamente l'andamento delle pari opportunità e valutare l'impatto delle buone pratiche a garanzia della effettiva tutela della parità di trattamento;
- individuare strumenti concreti per favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro favorendo l'incontro la flessibilità dell'orario, il lavoro agile, anche con adeguate politiche aziendali e contrattuali (banca delle ore, ferie solidali, ecc.), in collaborazione con il territorio per delle convenzioni con i servizi pubblici e privati integrati;
- comunicare al personale, con le modalità più opportune, l'impegno assunto a favore di una cultura aziendale della pari opportunità, informandolo sui progetti intrapresi in tali ambiti e sui risultati pratici conseguiti;
- promuovere la visibilità esterna dell'impegno aziendale, dando testimonianza delle politiche adottate e dei progressi ottenuti in un'ottica di comunità realmente solidale e responsabile.

Azione 1

Divulgare, attraverso i canali digitali istituzionali, le direttive comunitarie, nazionale, regionali, aziendali, le buone prassi dirette a garantire le pari opportunità, il contrasto ad ogni forma di discriminazione, il benessere organizzativo, la promozione della cultura organizzativa, il rispetto e la valorizzazione delle differenze

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Caratterizzare una modalità comunicativa efficace e chiara Diffondere opuscoli, brochure e articoli di settore	2023-2025	CUG – URP – Direzione Strategica	n. opuscoli/articoli divulgati e n. iniziative promozionali realizzate (indicatore triennale)

Azione 2

Orientare la raccolta ed elaborazione statistica dei dati relativi al Personale (Format 1 – Direttiva n.2/2019) in merito alla distribuzione degli incarichi, progressioni di carriera, fruizione di istituti contrattuali riferiti alla conciliazione di vita/lavoro e mobilità. Implementare il Portale Nazionale dei CUG: la piattaforma mette a disposizione strumenti di condivisione con l’obiettivo di promuovere la messa in rete di esperienze positive e valorizzare le pratiche innovative, anche per la prevenzione e il contrasto a qualsivoglia forma di discriminazione, diretta o indiretta, nei luoghi di lavoro

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Produrre dati statistici sul personale e sulla organizzazione del lavoro fruibili dal CUG, sulla base delle indicazioni contenute nella Direttiva 2/2019 Individuazione della U.O. e/o funzionario delegata/o a raccogliere/elaborare le statistiche Format 1. – Direttiva 2/2019 ed attivare il Portale Nazionale dei CUG promosso dal Dipartimento della Funzione Pubblica all’indirizzo https://portalecug.gov.it/	2023– 2025	Direzione Strategica -CUG – AGRU – Controllo di Gestione	Individuazione U.O. e/o funzionario delegato (indicatore triennale) aggiornamento e monitoraggio degli indicatori statistici e banca dati tempestività di produzione e di inoltro al CUG di dati ed informazioni per il loro più efficace e produttivo utilizzo (indicatori triennali)

Azione 3

Promuovere l'individuazione del Responsabile dei Processi d'inserimento delle persone con disabilità, ai sensi dell'articolo 39-ter del d.lgs. 165/2001 e della Direttiva n. 1/2019 Presidenza del Consiglio dei Ministri, al fine di garantire un'efficace integrazione nell'ambiente di lavoro delle persone con disabilità

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Pubblicazione Bando interno per acquisire le manifestazioni d’interesse Prevedere un iter dedicato per il rientro guidato, nei luoghi di lavoro, del personale con problemi familiari o di salute, riprogettando le attività necessarie ad accompagnare la ripresa lavorativa anche mediante modalità flessibili di orario	2023- 2025	Direzione Strategica AGRU – CUG	pubblicazione del provvedimento (indicatore annuale) n. processi di accompagnamento moduli formative realizzati per i Direttori S.C. e Dirigenti S.S. (indicatore triennale)

Azione 4

Programmare incontri in-formativi in merito ai compiti e funzioni del Comitato Unico di Garanzia, con l'obiettivo di informare e condividere le attività realizzate. Promuovere due incontri annuali di presentazione del Piano Azioni Positive e Relazione annuale sulla situazione del personale

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Organizzazione incontri periodici	2023 - 2025	CUG - Direzione Strategica – Direttori S.C. e Dirigenti S.S.	n. di partecipanti/n. di incontri informativi (indicatore annuale)

Azione 5

Promozione della cultura della salute e della sicurezza di genere attraverso il perfezionamento dei moduli formativi e di aggiornamento obbligatori, previsti dal d.lgs. 81/08 e s.m.i., con le informazioni su ruolo, compiti e attività del CUG in merito ai temi di competenza del Comitato (diversità, discriminazioni e loro effetti su salute e sicurezza). Inserire nell'analisi dei rischi anche il "rischio emergente" delle molestie e della violenza fisica e psichica nei luoghi di lavoro

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Partecipazione dei/delle componenti CUG ai Corsi obbligatori sulla sicurezza sul lavoro in qualità di formatori Definizione Accordo CUG eSPPA	2023- 2025	SPPA – Direzione Strategica CUG	n. di componenti CUG formatori/ n. di moduli obbligatori sulla sicurezza sul lavoro (indicatore annuale)

Azione 6

Implementare la rete di relazioni del CUG ASL BA per una strategia comune in materia di pari opportunità e di lotta alle discriminazioni, in ambito sia aziendale che regionale e nazionale: Rete Nazionale dei CUG, Consigliere di Parità della Città Metropolitana di Bari e della Regione Puglia, INAIL, Università, Componenti Consulta Regionale femminile, Direzione Strategica, AGRU, UPD, Ufficio Formazione, Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), U.O.C. Rischio Clinico, Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale (SPPA), Medico Competente aziendale, Rappresentanze sindacali, ecc

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Programmazione di incontri di rete periodici Partecipazione Assemblea e Gruppi di Lavoro Rete Nazionale CUG	2023 - 2025	CUG - Direzione Strategica U.O. anzidette	n. di partecipanti / n. di incontri (indicatore annuale)

Azione 7

Avviare il processo di valutazione dei rischi connessi al genere ai sensi dell'art 28 del decreto legislativo 81/08 che introduce in materia di valutazione dei rischi, l'obbligo di valutare quelli connessi al genere rispetto all'esposizione a tutti i fattori di rischio: chimico, fisico, biologico, organizzativo

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Formazione Gruppo di Lavoro d'intesa con SPPA, Servizio Sorveglianza Sanitaria e avvio attività di valutazione dei rischi connessi al genere	2023 - 2025	SPPA – Servizio Sorveglianza Sanitaria e Radioprotezione Medica CUG	Aggiornamento procedure aziendali (indicatore triennale)

Azione 8

Implementare la rete di relazioni del CUG ASL BA per una strategia comune in materia di pari opportunità e di lotta alle discriminazioni, in ambito sia aziendale che regionale e nazionale: Rete Nazionale dei CUG, Consigliere di Parità della Città Metropolitana di Bari e della Regione Puglia, INAIL, Università, Componenti Consulta Regionale femminile, Direzione Strategica, AGRU, UPD, Ufficio Formazione, Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), U.O.C. Rischio Clinico, Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale (SPPA), Medico Competente aziendale, Rappresentanze sindacali, ecc

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Programmazione di incontri di rete periodici Partecipazione Assemblea e Gruppi di Lavoro Rete Nazionale CUG	2023 - 2025	CUG - Direzione Strategica U.O. anzidette	n. di partecipantiincontri / n. di (indicatore annuale)

Azione 9

"Banca delle ore e Ferie Solidali" - adozione atto di recepimento Regolamento predisposto dal CUG al fine di migliorare l'organizzazione del lavoro adottando nuove soluzioni per la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Adozione deliberazione di Approvazione Regolamento	2023-2025	AGRU - Direzione Strategica CUG - URP	Pubblicazione Regolamento (indicatore annuale)

Azione 10

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

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Definizione di modalità condivise di operatività con Comitato Scientifico Formazione, Responsabili Scientifici Corsi di formazione obbligatori aziendali e AGRU -Settore Concorsi	2023-2025	CUG – AGRU (SettoreConcorsi) -ComitatoScientifico Ufficio Formazione Responsabile della Prevenzione della Corruzione (limitatamente al divieto di discriminazione del cd. whistleblower)	n. di Corsi obbligatori con almeno una relazione sui temi d'interesse CUG / numero complessivo Corsi aziendali n. di concorsi con almeno una materia d'interesse CUG nelle prove d'esame/ numero complessivo Concorsi frequenza di n. due Corsi organizzati dal CUG da parte dei Direttore S.C. e Dirigenti S.S./numero totale Corsi obbligatori aziendali (indicatori triennali)

Azione 11

Adozione del Codice di condotta per la tutela della dignità delle lavoratrici e dei lavoratori (nel quadro del più ampio procedimento istruttorio dell'UPD, volto all'aggiornamento del codice di comportamento aziendale ai fini della successiva approvazione con deliberazione D.G., proposta dall'RPCT, come da Piano Triennale Anticorruzione 2021/2023) e avviare la procedura di incarico per l'individuazione del/della Consigliere/a di fiducia

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Adozione deliberazione Codice di Condotta e pubblicazione Avviso per acquisizione manifestazioni d'interesse	31.12.2023	AGRU - Direzione Strategica CUG – URP - UPD	Pubblicazione Regolamento Codice di Condotta Conferimento incarico Consigliere/a di fiducia (indicatori annuali)

Azione 12

Predisposizione del 3° Bilancio di Genere ai sensi della Legge 31.12.2019, n. 196 - art. 38 septies "Sperimentazione in sede di rendicontazione di un bilancio di genere". Il bilancio di genere è inteso quale strumento per integrare la dimensione di genere e garantire una presenza equilibrata di entrambi i sessi nei servizi pubblici ed ha come obiettivi fondamentali quelli di: accrescere la consapevolezza dell'impatto che le politiche pubbliche possono avere sulle disuguaglianze di genere, assicurare una maggiore efficacia degli interventi, tramite una chiara definizione di obiettivi di genere da tenere in considerazione anche nell'individuazione delle modalità di attuazione e da ultimo, promuovere una maggiore trasparenza della pubblica amministrazione, attivando meccanismi tesi a evidenziare pratiche potenzialmente discriminatorie

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Predisposizione e adozione Bilancio di genere	31.12.2024	Area Gestione Risorse Finanziarie CUG Direzione Strategica	Pubblicazione 3 Bilancio di genere (indicatore annuale)

Azione 13

Definizione della procedura per la gestione dei rapporti Amministrazione – CUG e, nello specifico, CUG – SSPA, OIV (anche tramite la Struttura Tecnica Permanente di supporto di cui all'art. 14, d. lgs. 150/2009), RPCT, AGRU e altre U.O. aziendali. E' opportuno condividere con l'Amministrazione un documento condiviso per regolare il flusso e i soggetti coinvolti in base alle diverse materie di competenza del CUG e alle sue funzioni propositive, consultive e di verifica

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Definizione procedura relativa ai rapporti tra il CUG e le strutture interne all'amministrazione Individuazione supporto operativo/ amministrativo all'attività del CUG	2023-2025	Direzione Strategica - CUG	n. di incontri con Direzione Strategica e Strutture Interne (indicatore triennale)

Azione 14

Predisposizione del Piano triennale di azioni positive come parte del P.I.A.O.

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Aggiornamento annuale PAP	2023 - 2025	Direzione Strategica - CUG	Pubblicazione entro il 31 gennaio sul sito aziendale (indicatore annuale)

Azione 15

Definizione dei criteri di partecipazione ai Corsi di formazione obbligatori aziendali a distanza/webinar al fine di proporre una integrazione al Regolamento Aziendale per la Formazione al fine di eliminare forme di discriminazione, implementando l'utilizzo della piattaforma aziendale per i Corsi a distanza

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Elaborazione di una proposta di integrazione al Regolamento Aziendale per la Formazione. Valutazione delle criticità relative all'utilizzo della piattaforma aziendale per la formazione a distanza.	2023-2025	CUG -Direzione Strategica CTS Formazione UOS Formazione UOASSI	Pubblicazione nuovo Regolamento Aziendale per la Formazione a distanza (indicatore annuale)

Azione 16

Diffusione attraverso la formazione aziendale, anche a distanza, delle competenze digitali a favore di tutti i dipendenti affinché possano partecipare attivamente alla trasformazione digitale della P.A.

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Elaborazione di una proposta formativa per il rafforzamento delle competenze digitali dei singoli operatori, con l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi a cittadini e imprese .	2023-2025	CUG -Direzione Strategica CTS Formazione UOS Formazione UOASSI	Numero complessivo degli operatori formati (indicatore annuale)

Azione 17

Prevedere di introdurre nel proprio sistema di Misurazione e Valutazione della Performance nuovi metodi di valutazione che prevedono il coinvolgimento di ulteriori soggetti valutatori. In particolare, oltre alla valutazione effettuata dal superiore gerarchico, che attualmente rappresenta il modello largamente prevalente, utilizzare la valutazione dal basso (nella quale sono i collaboratori che esprimono un giudizio sul proprio superiore)

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Elaborazione di una proposta di Integrazione al Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.	2023-2025	CUG -Direzione Strategica AGRU	Recepimento di un nuovo Regolamento Aziendale relativo al Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (indicatore triennale)

Formazione

Previsione, nell'ambito delle attività di in-formazione e di aggiornamento rivolte al personale, di seminari/incontri in tema di parità, uguaglianza sostanziale, pari opportunità:

- riflessioni sulla violenza di genere e molestie nei luoghi di lavoro
- partecipazione alla costruzione di un linguaggio "rispettoso dell'identità di genere" nella ASL BA

(Indicatori: Numero partecipanti effettivi/destinatari degli interventi informativi/formativi - (indicatore annuale)

6.3 Valorizzazione del benessere

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

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

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

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

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

La missione si articola in due componenti:

- reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale
- innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale. La dimensione – Sviluppo delle competenze, attende:
- l’incremento delle borse di studio in medicina generale, garantendo il completamento di tre cicli di apprendimento triennali;
- l’avvio di un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere a tutto il personale sanitario e non sanitario degli ospedali;
- l’attivazione di un percorso di acquisizione di competenze di management per professionisti sanitari del SSN
- l’incremento dei contratti di formazione specialistica per affrontare il cosiddetto “imbuto formativo”, vale a dire la differenza tra il numero di laureati in medicina e il numero di posti di specializzazione post-laurea previsto e garantire così un adeguato turn-over dei medici specialisti del SSN.

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

Obiettivi:

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

Azione 1

Implementazione incontri Tavolo Tecnico Paritetico composto dal Responsabile SPPA ASL BA, un Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, il Responsabile Servizio di Sorveglianza Sanitaria e Radioprotezione, Presidente e Referente CUG			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Implementazione metodologia INAIL nella valutazione dello stress da lavoro correlato e prevenzione infortuni sul lavoro	2023 - 2025	CUG - SPPA Direzione Strategica Responsabile Servizio di Sorveglianza Sanitaria	n. di spazi comfort/ n. di spazi complessivi (indicatore annuale) predisposizione di linee guida/istruzioni operative (indicatore triennale)

Azione 2

Realizzare politiche volte all'active ageing. Realizzazione di una serie di incontri atti a monitorare e promuovere la salute negli ambienti di lavoro.			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Realizzazione di eventi informativi per un corretto stile di vita.	2023 - 2025	CUG direzione strategica	focus

Azione 3

Diffusione, attraverso i canali digitali istituzionali delle azioni positive programmate dalla Rete Nazionale dei CUG			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Presa d'atto degli accordi stipulati dalla Rete Nazionale dei CUG	2023-2025	CUG Direzione Strategica	Pubblicazione atti e determinazione in materia (indicatore triennale)

Azione 4

Efficientamento degli spazi interni alla ASL BA per ricavare uno spazio per la palestra. Gli Spazi dovrebbero diventare un importante veicolo di socializzazione e promozione alla salute.			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Individuazione di spazi o palestre e analisi della fattibilità di una "zona dedicata" con previsione di specifiche istruzioni operative che consentano l'idonea gestione delle aree. Promozione di azioni informative/sensibilizzazione	2023 - 2025	CUG - Strutture Aziendali Direzione Strategica – Area Tecnica	n. di spazi comfort/ n. di spazi complessivi (indicatore annuale) predisposizione di linee guida/istruzioni operative (indicatore triennale)

Azione 5

Costituzione di uno sportello di counselling/psicologico e supporto al lavoratore. Progetto obiettivo			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Mira all'identificazione di specifiche difficoltà personali sostenendo orientandoe mobilitando le risorse personali	2023 - 2025	CUG Direzione sanitaria	Identificare spazi e linee guida operative

Azione 6

Efficientamento degli spazi interni alla ASL BA (mense, luoghi per la pausa pranzo, spazi per la socializzazione, la conciliazione e per l'allattamento al seno). Gli Spazi dovrebbero diventare un importante veicolo di informazione e promozione culturale rispetto ai temi della conciliazione vita-lavoro			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Individuazione di spazi di condivisione e analisi della fattibilità di una "zonacomfort" con previsione di specifiche istruzioni operative che consentano l'idonea gestione delle aree Promozione di azioni informative/sensibilizzazione	2023 - 2025	CUG - Strutture Aziendali Direzione Strategica – Area Tecnica	n. di spazi comfort/ n. di spazi complessivi (indicatore annuale) Predisposizione di linee guida/istruzioni operative (indicatore triennale)

Azione 7

Implementazione incontri Tavolo Tecnico Paritetico composto dal Responsabile SPPA ASL BA, un Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, il Responsabile Servizio di Sorveglianza Sanitaria e Radioprotezione, Presidente e Referente Gruppo Lavoro Prevenzione Mobbing CUG ASL BA, referenti tecnico-scientifici INAIL o loro delegati, ai sensi del Protocollo INAIL/ASL BA			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Implementazione metodologica INAIL nella valutazione dello stress lavoro correlato Inserire nell'analisi dei rischi anche il "rischio emergente" della violenza fisica e psichica	2023- 2025	CUG - SPPA Direzione Strategica Responsabile Servizio di Sorveglianza Sanitaria	numero tavoli tecnici/ anno(indicatore triennale)

Azione 8

Implementare la rete di relazioni del CUG ASL BA per una strategia comune in materia di pari opportunità e di lotta alle discriminazioni, sia a livello aziendale che regionale e nazionale- Rete Nazionale dei Cug, Consigliera di Parità della Città Metropolitana di Bari e della Regione Puglia , INAIL, Università, Componenti Consulta Regionale femminile, Direzione Strategica, AGRU, UPD, CTS, OIV, Rischio Clinico, SPPA, SSSA, OOSS, ECC.			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Programmazione di incontri di rete periodici Partecipazione Assemblea e Gruppi di Lavoro Rete Nazionale CUG	2023 - 2025	CUG Direzione Strategica, U.O. anzidette	n. di partecipanti / n. di incontri (indicatore triennale)

Azione 9

Adozione di strategie atte a favorire la conciliazione tempi di vita, così da rispondere al meglio alle esigenze dei lavoratori con figli minori o anziani bisognosi di assistenza e, in generale, di tutti coloro che, nell'ambito del contesto familiare, svolgono le funzioni di care giver			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Partecipazione bandi pubblici, nazionali e regionali, per finanziare iniziative di conciliazione	2023 - 2025	CUG - AGRU Direzione Strategica	n. progetti/ n. progetti finanziati (indicatore triennale)

Azione 10

Migliorare la "lettura dell'organizzazione" affinando la raccolta e l'analisi dei dati relativi al personale suddivisi per genere, età e disabilità in termini di posizioni contrattuali, qualifiche, anzianità di servizio, accesso a strumenti utili alla conciliazione, titoli di studio, distribuzione territoriale. Studio di azioni specifiche di tutoraggio e procedure per il trasferimento di competenze del personale in uscita anche attraverso la sperimentazione di affiancamenti			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Assicurare la produzione di dati e informazioni necessari alla definizione del Piano triennale delle azioni positive Avvio attività di tutoraggio	2023 - 2025	CUG - AGRU Direzione Strategica Strutture Aziendali	n. incontri/ n. complessivo strutture aziendali numero di tutoraggi realizzati (indicatore triennale)

Azione 11

Monitorare lo stato del benessere dei dipendenti attraverso Ricerche - Azione (focus group/questionari)			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Organizzazione Focus Grouped elaborazione questionari	2023 - 2025	CUG - OIV - AGRU Direzione Strategica Strutture Aziendali	Elaborazione Report documento di definizione delle aree di intervento e delle azioni positive conseguenti (indicatore annuale).

Azione 12

Sperimentazione di progetti individualizzati di smart working nell'ottica di favorire la conciliazione dei tempi di lavoro e di vita, di raggiungere gli obiettivi indipendentemente dai luoghi e dai tempi impiegati, incrementando produttività ed efficienza in ambito lavorativo. Partecipazione del CUG alla elaborazione del PIAO Partecipazione attiva del CUG ed implementazione azioni specifiche, nell'ambito dell'Accordo sottoscritto con la Regione Puglia			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Definizione e utilizzo dello S.W. come modalità ordinaria Collaborazione alla elaborazione del Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO)	2023- 2025	CUG - AGRU - Direzione Strategica Strutture Aziendali	n. lavoratori S.W. / n. complessivo personale n. lavoratori in L.A./struttura complessa di appartenenza pubblicazione PIAO (indicatori annuali)

Azione 13

Realizzare politiche volte all'active ageing, attraverso il contributo delle Associazioni Sportive, Culturali e di Promozione Sociale che manifesteranno interesse a supportare i lavoratori nel processo di cambiamento orientato verso un corretto stile di vita			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Prevedere iniziative di prevenzione dei tumori, realizzando eventi di informazione al personale anche in ottica di genere e indicazioni di stili di vita virtuosi per prevenirli. Partecipare alle campagne di prevenzione, positivamente realizzate a livello regionale e Nazionale. Proseguire le campagne informative sulla salute e sicurezza anche attraverso la realizzazione degli opuscoli sulle buone prassi Organizzazione di n° 4 eventi annuali asl.ba@in.salute	2023 - 2025	CUG - DP Direzione Strategica	numero lavoratori coinvolti / numero giornate (indicatore annuale)

Azione 14

Avviare il Progetto "Car Sharing Mobility" al fine di realizzare una piattaforma di collaborazione tra i lavoratori per la mobilità condivisa			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Predisposizione deliberazione e gestione fasi del progetto Affidamento Servizio	2023-2025	CUG - SPPA Direzione Strategica	numero lavoratori coinvolti / U.O. pubblicazione deliberazione D.G. dia affidamento servizio (indicatore annuale)

Azione 15

Sottoscrizione Carta della Conciliazione e convenzioni con Ambiti/Comuni per beneficiare di tariffe agevolate - iscrizioni minori asili nido - personale della ASL BA			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Sottoscrizione della Carta della Conciliazione tra i CUG del territorio di competenza della Città Metropolitana di Bari Sottoscrizione convenzioni con Ambiti e/o Comuni	2023-2025	CUG - Direzione Strategica -AGRU	n. convenzioni/ anno (indicatore annuale)

Azione 16

Ricognizione dei bisogni del personale connesse alla cura dei figli minori, familiari anziani o disabili per valutare l'opportuno di sottoscrivere convenzioni con centri sportivi, centri estivi, servizi domiciliari e diurni per disabili e anziani presenti nel territorio			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Stipula di convenzioni con strutture del territorio	2023 - 2025	CUG - Direzione Strategica	n. convenzioni / anno (indicatore triennale)

Azione 17

Valorizzazione dell'attività di Ascolto del personale attraverso il Nucleo di Ascolto e i Circoli di ascolto organizzativo, un'iniziativa finalizzata al cambiamento della percezione che i lavoratori hanno del proprio ambiente di lavoro, all'incremento della motivazione, al miglioramento delle performance lavorative			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Individuare, all'interno delle U.O. lavoratori/lavoratrici motivati ad utilizzare le proprie risorse relazionali, ad acquisire un metodo di facilitazione e a trasferire all'interno del proprio contesto operativo un modello di lavoro centrato sulla valorizzazione delle risorse delle persone al fine di favorire una nuova integrazione tra efficacia operativa e qualità relazionale	2023 - 2025	CUG - Direzione Strategica -AGRU	n. Circoli di Ascolto / n. personale coinvolto (indicatore triennale)

Azione 18

Avvio di iniziative finalizzate all'individuazione e all'abbattimento delle barriere architettoniche che impediscono, limitano o rendono difficoltoso l'utilizzo degli spazi di lavoro da parte di persone con limitata capacità motoria e sensoriale, come persone diversamente abili o persone che per età o eventi occasionali hanno limiti e/o problemi, anche solo temporaneamente, nella regolare fruizione degli ambienti

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
<p>Censimento delle barriere architettoniche esistenti e individuazione dei livelli di priorità. Elaborazione di un programma di interventi per l'attuazione delle azioni individuate.</p> <p>Analisi delle barriere architettoniche e dell'accessibilità nelle varie sedi ASL e programma di miglioramento dell'accessibilità tramite azioni quali la rimozione delle stesse. Attenzione alle necessità anche temporanee di dipendenti con limitata capacità motoria e sensoriale con individuazione delle soluzioni più adatte a ripristinare una situazione di benessere lavorativo e organizzativo.</p>	2023 - 2025	CUG - Direzione Strategica Servizio di Prevenzione e Sicurezza – Servizio Gestione Tecnica	n. sedi sottoposte ad azioni di miglioramento / n. complessivo sedi con barriere architettoniche (indicatore triennale)

Formazione

- Realizzazione di una serie di incontri in tema di conciliazione, flessibilità, lavoro agile, accesso ai permessi e ai congedi.
- Organizzazione di eventi in-formativi:
 - car sharing mobility per lo sviluppo sostenibile
 - presentazione Carta della Conciliazione
 - partecip@aslbari.it
 - predisposizione eventi formativi sul tema della mediazione dei conflitti.

6.4 Il contrasto alle discriminazioni

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

La legislazione comunitaria definisce la discriminazione diretta come la situazione nella quale una persona è trattata meno favorevolmente, in base al sesso, di quanto sia stata o sarebbe trattata un'altra persona in una situazione analoga (Direttiva n. 2006/54). Alla luce di tali definizioni, dunque, è chiaro che per discriminazione diretta si intende ogni condotta con la quale la persona, in ragione del genere, viene fatta oggetto di un trattamento sfavorevole, rispetto alle persone appartenenti all'altro genere. Così, la Corte di

Giustizia UE (sent. 6 marzo 2014, n. 595/12, in RIDL, 2014, II, 936) ha stabilito che costituisce discriminazione diretta l'esclusione di una donna in congedo di maternità da un corso di formazione professionale obbligatorio per ottenere la nomina in ruolo e beneficiare di condizioni d'impiego migliori.

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

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

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

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

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

Non più questioni marginali, dunque, ma assunte nelle agende politiche, in particolare nell'Unione Europea e di conseguenza negli Stati Membri che ne fanno parte, nonché temi ai quali le organizzazioni del lavoro devono porre massima attenzione. Diversi sono i passaggi del percorso che ha condotto a tali acquisizioni, in un significativo intreccio con gli aspetti che riguardano l'ambito lavorativo: esso ancora oggi rappresenta uno degli spazi dove vengono esperite la maggior parte delle discriminazioni per orientamento sessuale e identità di genere, come ha recentemente evidenziato la Commissione Europea nella sua prima strategia per l'uguaglianza LGBTIQ – Unione dell'uguaglianza: strategia per l'uguaglianza LGBTIQ 2020-2025. Va sottolineato come non sempre alla pur fondamentale azione legislativa sia seguita, nel corso degli anni, una effettiva possibilità di applicazione dei principi sanciti negli atti normativi, né tali atti colgono pienamente le esigenze della popolazione LGBTIQ, in particolare in relazione ai diritti nell'ambito del vissuto lavorativo e familiare: sebbene negli ultimi anni, anche nel nostro Paese, diversi importanti passi siano stati fatti in tal

senso, resta fondamentale ancora oggi un’azione che tenti di colmare le lacune lasciate da un quadro normativo che ancora non coglie pienamente la pluralità propria delle esperienze familiari, affettive e genitoriali, in particolare nell’ambito lavorativo dove una consistente gamma di istituti e diritti è legata allo status familiare.

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

Obiettivi:

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

Azione 1

Iniziative per incrementare il welfare aziendale. Si prevedono studi di fattibilità per richiedere la stipula di convenzioni			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
<p>Stipula di convenzioni assicurative aziendali per tutti i dipendenti-</p> <p>convenzioni con i comuni per la gratuità di parcheggio per i lavoratori dediti all'assistenza domiciliare.</p> <p>Attivare la convenzione per lo spid dei dipendenti pubblici</p>	2022-2025	Cug -Direzione strategica	Identificare linee guida operative

Azione 2

Attivazione del Welfare integrativo per la concessione di benefici di natura assistenziale e sociale in favore dei propri dipendenti			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Elaborazione di una proposta di contrattazione integrativa per la concessione di benefici a favore dei dipendenti.	2023-2025	CUG Direzione Strategica AGRU	Approvazione del contratto integrativo aziendale (indicatore triennale)

Azione 3

Diffusione, attraverso i canali digitali istituzionali e spazi dedicati al CUG, di informazioni in materia di benessere lavorativo, salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (opuscoli, letture guidate, sintesi degli orientamenti regionali, nazionali ed internazionali).

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Predisposizione di report, sintesi normativa e informazioni da divulgare	2023-2025	CUG – URP – AGRU- SPPA Direzione Strategica	n. di opuscoli/ letture guidate, ecc./ n. personale coinvolto (indicatore triennale)

Azione 4

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

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Elaborazione Report, Procedimenti Istruttori, accesso Sportello di Ascolto, ecc.	2023 - 2025	CUG - Direzione Strategica Responsabile della Prevenzione della Corruzione (limitatamente alle eventuali segnalazioni di discriminazione tramite il cd. whistleblower, di cui all'art. 54-bis, d. lgs. 165/2011 e al d. lgs. 179/2017).	Numero procedimenti istruttori/numero segnalazioni Sportello Ascolto CUG (indicatore annuale)

Azione 5

Diffusione, anche attraverso i canali digitali istituzionali le azioni positive programmate dalla Rete Nazionale dei CUG

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Presenza d'atto degli accordi stipulati dalla Rete Nazionale dei CUG	2023 - 2025	CUG - Direzione Strategica	Pubblicazione atti e determinazioni in materia (indicatore triennale)

Azione 6

Superare le condizioni con effetti di pregiudizio e discriminazione nella frequenza dei corsi di formazione, nelle procedure di mobilità ovvero nel trattamento economico (partecipazione progetti obiettivo, lavoro straordinario, ecc);

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Monitoraggio delle segnalazioni acquisite agli atti del CUG	2023 - 2025	CUG - Direzione Strategica	numero segnalazioni/U.O. di appartenenza (indicatore annuale)

Azione 7

Realizzare la mappatura delle competenze del personale quale strategia per valorizzare la dimensione dinamica a disposizione dell'organizzazione, ovvero l'apporto professionale dell'individuo, il capitale intellettuale rappresentato dalle conoscenze e competenze possedute dalle persone e dalla capacità individuale di acquisire, governare e applicare tale patrimonio

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Avviare la mappatura al fine di garantire la realizzazione delle performance attese e degli obiettivi strategici pianificati, analizzandone i principali processi aziendali, le modalità operative, i valori e la cultura	2023- 2025	Direzione Strategica AGRU - CUG Direttori S.C.	numero personale mappato/numero complessivo personale aziendale (indicatore triennale)

Azione 8

Incremento dei contatti e delle collaborazioni del CUG con le associazioni e con gli Enti territoriali impegnati nel contrasto alle molestie e alla violenza nei luoghi di lavoro.

Organizzazione di incontri specifici ai quali saranno invitati esperti di settore (Consigliere di Parità Città Metropolitana e Regione Puglia, Componenti Consulta Regionale femminile, rappresentanti dei CAV e delle associazioni attive sul territorio) per illustrare le misure di tutela delle persone vittime di molestie e violenza sul posto di lavoro: modalità di denuncia, accesso al gratuito patrocinio, inserimento in strutture protette, ecc.

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Sottoscrizione accordo con attori presenti sul territorio per organizzazione eventi informativi Organizzazione eventi specifici sul tema della violenza e delle molestie nei luoghi di lavoro	2023 - 2025	CUG - Direzione Strategica	Pubblicazione atti e determinazioni (indicatore annuale) n. eventi formativi / n. complessivo partecipanti (indicatore triennale)

Azione 9

Definizione dei criteri di partecipazione ai Corsi di formazione obbligatori aziendali a distanza/webinar al fine di proporre una integrazione al Regolamento Aziendale per la e eliminare forme di discriminazione implementando l'utilizzo della piattaforma aziendale per i Corsi a distanza in tutte le U.O.

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Elaborazione proposta di integrazione Regolamento Aziendale Formazione Valutazione delle criticità all'utilizzo della piattaforma aziendale per la formazione a distanza	2023- 2025	CUG - Direzione Strategica Coordinamento Scientifico Formazione Ufficio Formazione Unità Analisi Sistema Informatico	Pubblicazione nuovo Regolamento Aziendale per la Formazione a distanza (indicatore annuale)

Azione 10

Prevenire e contrastare le discriminazioni nel mondo del lavoro basate sull'orientamento sessuale e sull'identità di genere, incrementando la conoscenza e la consapevolezza dell'opinione pubblica sul tema dell'inclusione socio-lavorativa delle persone LGBT. Promozione di attività di sensibilizzazione e di in-formative per contrastare l'omo-bi-lesbo-trans-intersex-fobia e favorire lo sviluppo di una cultura delle differenze nella organizzazione.			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
<p>Favorire politiche di diversity management per dare visibilità alla persone LGBT e alle politiche gay friendly</p> <p>Effettuare studi e monitoraggi per conoscere le dimensioni e le caratteristiche reali della discriminazione basata sull'orientamento sessuale e sull'identità di genere a livello aziendale, mediante la rilevazione e raccolta sistematica, analisi ed elaborazione, rappresentazione dei dati, con un particolare focus sulle persone transessuali e trans gender</p> <p>Monitorare l'applicazione della normativa antidiscriminatoria vigente, anche con riferimento alle pronunce giurisdizionali</p>	2023 - 2025	CUG - Direzione Strategica-URP – AGRU – Coordinamento Scientifico Formazione - Ufficio Formazione	<p>n. studi effettuati/x anno</p> <p>n. corsi di in-formazione/ n. partecipanti</p> <p>n. segnalazioni al Nucleo di Ascolto/x anno</p> <p>(indicatori annuali)</p>

Azione 11

Verifica la corretta applicazione delle indicazioni previste dalla Direttiva n. 2/19- Sulle Pari Opportunità – Rimozione delle discriminazioni.			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
<p>Verificare l'assenza di discriminazioni in ambito lavorativo; nei bandi di concorso per il reclutamento del personale e l'applicazione delle pari opportunità; verificare che nel conferimento degli incarichi o nella partecipazione a commissioni i fattori che ostacolano le pari opportunità.</p> <p>Verificare che nell'assegnazione dei corsi gratuiti da parte di Enti esterni (Inail/Inps) non vi siano comportamenti discriminatori e i criteri di assegnazione.</p>	2023 - 2025	Direzione Strategica AGRU - CUG Direttori S.C.	Monitorare l'albo pretorio (indicatore triennale)

Formazione

- Previsione, nell'ambito delle attività di formazione e di aggiornamento rivolte ai dipendenti, di workshop e seminari in tema di discriminazione e di lotta alle molestie e violenza nei luoghi di lavoro.
- Potenziamento piattaforme learning (webinar, focus formativi, brevi aggiornamenti normativi e procedurali, ecc...).
- Organizzazione di eventi in-formativi:
- La violenza di genere: modalità d'intervento
- La Consigliera di Parità e la normativa di contrasto alle molestie e violenze nei luoghi di lavoro

6.5 Un Piano d'azione per lo sviluppo delle pari opportunità nel ciclo della performance

Gli articoli 8 e 9 del Decreto Legislativo n. 150/2009 "Ambiti di misurazione e valutazione della performance organizzativa" - "Ambiti di misurazione e valutazione della performance individuale" introducono, per la prima volta, il principio delle pari opportunità, in una normativa di carattere generale, tra i fattori di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale delle amministrazioni. Gli Organismi indipendenti di valutazione della performance procedono alla verifica dei risultati e delle buone pratiche di promozione delle pari opportunità ai sensi del d.lgs. n. 150/2009, che, tra l'altro, collega il sistema di misurazione e valutazione della performance anche al raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità, e indica, tra i contenuti della Relazione sulla performance, il bilancio di genere. L'OIV, pertanto, è obbligato ad effettuare la ricognizione delle iniziative attuate dall'Ente, nel periodo di osservazione, in tema di pari opportunità, attività dirette a favorire la conciliazione della cura familiare e degli impegni professionali, azioni positive avviate per una cultura organizzativa di genere.

Successivamente, è la delibera CIVIT (ora ANAC) n. 22/2011 "Indicazioni relative allo sviluppo dell'ambito delle pari opportunità nel ciclo di gestione della performance" che determina la modalità attraverso cui sviluppare la dimensione delle "Pari opportunità nel ciclo di gestione della performance".

Nell'ambito del contesto organizzativo vengono individuate quattro principali dimensioni che compongono le pari opportunità: disabilità, razza ed etnia, genere, gruppo sociale.

Le Amministrazioni sono tenute ad individuare obiettivi e/o indicatori relativi alle pari opportunità, obiettivi che possono essere sviluppati in un'ottica di genere e con una prospettiva interna, quando la programmazione degli obiettivi è rivolta al personale, ovvero esterna dal momento che la programmazione degli obiettivi produce effetti verso gli utenti. Nella suddetta delibera le pari opportunità sono intese come "... requisito di uguaglianza in termini di equità ed imparzialità", considerato che si fondano sul paradigma di uguaglianza tra individui, senza distinzione di età, genere e orientamento sessuale, di razza, lingua, etnia o religione e di condizione sociale (disabilità).

Il piano è adottato in considerazione del fatto che gli atti e i comportamenti lesivi della dignità della persona, incluse le molestie sessuali, sono nocivi all'ambiente di lavoro e al corretto ed efficace svolgimento dell'attività dell'Azienda; possono inoltre produrre effetti deleteri sulla salute, la fiducia, e le prestazioni di coloro che ne sono oggetto. L'ASL BA sostiene il principio delle pari opportunità quale criterio fondamentale per la costruzione di un ambiente di lavoro improntato al massimo rispetto della libertà e della dignità personale, a tutela della qualità dell'ambiente di lavoro, e a protezione dei diritti fondamentali (dignità, libertà, uguaglianza) degli uomini e delle donne. A tal fine l'Azienda s'impegna:

- a) a rimuovere ogni ostacolo all'attuazione di questi diritti, in modo da garantire un ambiente di lavoro in cui donne e uomini rispettino reciprocamente l'inviolabilità della persona umana;
- b) a garantire a tutti coloro che operano all'interno dell'Azienda il diritto alla tutela da qualsiasi atto o comportamento che produca effetto pregiudizievole nei rapporti interpersonali e che discrimini, anche in via indiretta, in ragione del sesso, della razza o dell'origine etnica, della religione o delle convinzioni personali, degli handicap, dell'età o delle tendenze sessuali.

6.6 Un Piano d'azione per il Benessere Organizzativo

La promozione della cultura della partecipazione del personale per il raggiungimento del risultato piuttosto che la cultura dell'adempimento può rappresentare un indicatore di efficienza nelle risposte ai bisogni dei cittadini e di riduzione dei comportamenti violenti verso gli operatori socio sanitari.

Il benessere organizzativo nell'azienda può ottimizzare in modo significativo la performance individuale ed organizzativa. Il miglioramento di questa dimensione e, più in generale, la "valorizzazione delle risorse umane", può rappresentare un concreto salto di qualità nell'efficienza dell'intero sistema che necessita di "rileggere" alcune dimensioni della leadership:

- capacità emozionali
- autocontrollo e gestione dello stress, Gestione dei conflitti
- capacità relazionali
- disponibilità ai rapporti interpersonali, Lavorare in gruppo, Comunicazione verbale, Negoziazione, Gestione dei gruppi e delle riunioni, Gestione delle risorse umane, Leadership, Impostazione e conduzione del gioco di squadra, Presentazione di iniziative e opportunità
- capacità gestionali
- programmazione ed Organizzazione del proprio lavoro, Programmazione, Decisione, Controllo, Orientamento ai risultati
- capacità Innovative
- adattabilità/flessibilità, Propensione al nuovo, Creatività, Pensiero prospettico e proattivo.

Dimensioni del Benessere

- Chiarezza degli obiettivi organizzativi (obiettivi chiari ed espliciti, coerenza tra enunciati e prassi operative).
- Circolazione delle informazioni e comunicazione intra-organizzativa circolare.
- Disponibilità all'ascolto attivo del personale.
- Innovazione tecnologica e culturale per aprirsi all'ambiente esterno e all'innovazione tecnologica e culturale.
- Relazioni interpersonali regolari in un ambiente relazionale franco, comunicativo e collaborativo e con livelli tollerabili di stress.
- Equità di trattamento e giustizia organizzativa nell'equità di trattamento, di assegnazione di responsabilità e di promozione del personale.
- Valorizzazione delle risorse umane e delle competenze dei lavoratori, promuovendo l'integrazione tra le diverse professionalità.
- Opportunità di crescita professionale favorendo il processo di responsabilizzazione e la rotazione degli incarichi.
- Creazione di un clima sereno e costruttivo, prevenendo ogni forma di discriminazione e utilizzando efficacemente tutti gli strumenti volti a rispondere alle esigenze di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti.
- Allestimento di un ambiente di lavoro salubre, confortevole e accogliente e prevenzione dei rischi professionali (Comfort dell'ambiente di lavoro).

6.7 Raggiungimento degli obiettivi e risorse necessarie

La Direzione Strategica si impegna a garantire le risorse umane e finanziarie necessarie al funzionamento del CUG e a realizzare gli obiettivi di cui al presente Piano. Data la complessità del P.A.P. e l'impatto organizzativo delle azioni previste per la compiuta realizzazione dello stesso, sarà cura del CUG promuovere intese con le Università, la Consigliera di Parità della Città Metropolitana, della Regione Puglia, della Rete Nazionale dei CUG, i CAV, le Associazioni del Terzo Settore ecc.

6.8 Tempi di attuazione

Gli obiettivi previsti dal Piano hanno un impatto sul medio e lungo periodo ovvero nel triennio di riferimento: 2023-2025

6.9 Monitoraggio e aggiornamento

Indispensabile nel processo avviato è il monitoraggio delle azioni positive programmate. Tale azione dovrà essere assicurata allo scopo di verificare lo stato di avanzamento delle iniziative, misurare il grado di raggiungimento dei vari risultati previsti e rilevare le eventuali criticità riscontrate in sede di attuazione.

Dovrà essere analogamente assicurato il continuo coinvolgimento degli Uffici, degli attori coinvolti nel presente piano, della Consigliera di parità, dell'OIV, nonché delle organizzazioni sindacali.

6.10 Conclusioni

Il Piano delle Azioni Positive si integra con la Risoluzione adottata dall'Assemblea Generale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite il 25 settembre 2015 "Trasformare il nostro mondo: l'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile". Infatti, appare evidente che le finalità del Piano si inseriscono negli obiettivi generali di sviluppo sostenibile (Sustainable Development Goals - SdGs):

- Obiettivo 3. Garantire una vita sana e promuovere il benessere di tutti a tutte le età
- Obiettivo 5. Raggiungere l'uguaglianza di genere
- Obiettivo 8. Promuovere una crescita economica duratura, inclusiva e sostenibile, la piena occupazione e il lavoro dignitoso per tutti
- Obiettivo 9. Costruire una infrastruttura resiliente, promuovere l'industrializzazione inclusiva e sostenibile, sostenere l'innovazione
- Obiettivo 11. Rendere le città e oli insediamenti umani inclusivi, sicuri, resilienti e sostenibili

La definizione da parte della Direzione Strategica di linee programmatiche condivise con il CUG e l'impostazione metodologica e pratica di analisi di reti, favoriranno la prosecuzione e il rafforzamento delle azioni positive attese dal Piano, anche in vista del consolidamento dei risultati ottenuti nel 2021/22.

In tal senso, si rileva anche una propensione delle strutture aziendali a prendere in esame proposte innovative e azioni positive da attuare in via sperimentale. Va altresì sottolineato il rilevante impegno

dedicato alla specifica formazione del personale per l'acquisizione di competenze trasversali, in linea con le direttive del Ministero per la P.A.

In quanto parte di una realtà che si prende cura delle persone, siamo chiamati, tutti e tutte, a proporre alle nuove generazioni una traiettoria diversa da quella del passato, più libera da pregiudizi e stereotipi, capace di accogliere la libertà delle persone apprezzandone la singolarità e l'originalità.

Il Gender Equality Plan è uno strumento pensato per favorire questo cambiamento culturale, con la volontà di continuare a costruire un ambiente di apprendimento e di lavoro franco e comunicativo, in cui si percepisca equità di trattamento e assenza di situazioni discriminanti, che trasmetta a tutta la nostra comunità fiducia, senso di appartenenza, condivisione degli obiettivi, e di conseguenza possibilità di crescita per l'intera organizzazione.

Le azioni progettuali e programmatiche descritte nel documento tendono da un lato a dare continuità e coerenza a politiche già intraprese nella nostra azienda, dall'altro a immaginare, sulla scia dell'esperienza degli ultimi anni, azioni positive in grado di abbattere gli ostacoli che ancora ci separano dalla parità di genere e dalla valorizzazione delle diversità

Sezione IV – MONITORAGGIO

Il monitoraggio della performance viene attuata mediante la predisposizione di report periodici elaborati dal Controllo di gestione e pubblicati trimestralmente sulla Intranet aziendale accessibile da tutti PC collegati alla rete dell'ASL.

Tale reportistica consente di analizzare gli scostamenti tra i risultati raggiunti dalle diverse unità operative nel periodo di riferimento confrontati con quelli dell'anno precedente e, contestualmente, di verificare lo stato di avanzamento del percorso per il perseguimento degli obiettivi operativi.

Il monitoraggio intermedio, svolto dalla Struttura Tecnica Permanente con il supporto del Controllo di gestione, è propedeutico ad una coerente rimodulazione degli obiettivi, avvalendosi della facoltà riconosciuta dal legislatore all'art. 4, comma 2, lett. c), d. lgs. 150/2009, tesa a:

- aggiornare target e indicatori relativi ad obiettivi solo parzialmente inattuabili;
- stralciare dai predetti documenti programmatori gli obiettivi la cui realizzazione sia divenuta totalmente inattuabile;
- integrare i medesimi documenti di programmazione tramite l'inserimento di nuovi obiettivi, azioni ed attività che le articolazioni aziendali sono state chiamate a garantire nel corso dell'anno.

Infine la Relazione sulla performance, quale strumento di monitoraggio e rendicontazione finale, costituisce lo strumento mediante il quale l'Azienda illustra ai cittadini e a tutti gli altri stakeholder interni ed esterni i risultati ottenuti nel corso dell'esercizio di riferimento, concludendo in tal modo il Ciclo della Performance. Il documento si propone, perciò, lo scopo di fornire puntuali elementi di valutazione in ordine all'andamento della gestione aziendale, con riferimento alle dinamiche economiche e funzionali relative al perseguimento degli obiettivi strategici, di mandato, dei piani operativi e degli obiettivi delle singole UU.OO. oltre che alle attività erogate e le strategie perseguite nel corso dell'esercizio.

Per quanto attiene l'ambito dei "Rischi corruttivi e trasparenza" la Relazione annuale del Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza, redatta in base alle indicazioni di ANAC, rappresenta uno strumento di monitoraggio dell'efficacia delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza attuate dall'Azienda.

Le ulteriori attività di monitoraggio relative alle misure di prevenzione della corruzione e a quelle della trasparenza, così come quelle relative all'organizzazione del Lavoro Agile, sono riportate nelle rispettive Sezioni riferite ai "Rischi corruttivi e trasparenza" e "Organizzazione e capitale umano".

ALLEGATI

Al presente P.I.A.O. vengono allegate le seguenti tabelle:

1. Tabella misure anticorruzione
2. Tabella obblighi di pubblicazione