

REGIONE PUGLIA

**AZIENDA SANITARIA LOCALE
DELLA PROVINCIA DI BARI**

**PIANO INTEGRATO
di ATTIVITA' e ORGANIZZAZIONE**

Anni 2024-2026

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>7</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 | 10 |
| 4.4 Prevenzione | 13 |
| 4.5 Dipendenze Patologiche | 15 |
| 4.6 Salute Mentale | 15 |
| SEZIONE II – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE | 17 |
| <u>1</u> <u>VALORE PUBBLICO</u> | <u>17</u> |
| 1.1 Mandato istituzionale e missione | 17 |
| 1.2 Analisi del contesto esterno | 18 |
| 1.3 Analisi del contesto interno | 20 |
| 1.3.1 <i>Programmazione degli investimenti per il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.)</i> | 20 |
| 1.3.2 <i>La gestione del patrimonio immobiliare della ASL BA</i> | 21 |
| 1.3.3 <i>Il nuovo Ospedale del Sud-Est Barese</i> | 23 |
| 1.4 Analisi S.W.O.T. | 25 |
| 1.5 Accessibilità digitale/Procedure da semplificare e re-ingegnerizzare | 26 |
| 1.6 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio 2023 | 28 |
| <u>2</u> <u>PERFORMANCE</u> | <u>31</u> |
| 2.1 Albero della performance | 31 |
| 2.2 Dagli obiettivi strategici pluriennali agli obiettivi operativi annuali | 59 |
| 2.4 Allegati tecnici | 63 |
| <u>3</u> <u>RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA</u> | <u>68</u> |
| PREMESSA | 68 |
| PARTE I IL PROCESSO DI ELABORAZIONE DELLA SEZIONE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | 69 |
| 1. Rilievo anticorruzione del modello organizzativo dipartimentale | 69 |
| 2. Il processo di elaborazione della sezione anticorruzione e trasparenza: soggetti interni ed esterni, ruoli e responsabilità | 69 |
| 3. Valutazione di impatto del contesto esterno ed interno | 72 |
| 3.1 <i>Contesto esterno</i> | 72 |

| | | |
|--|--|------------|
| a. | Principali stakeholder di riferimento in tema di integrità..... | 72 |
| b. | Contesto criminale..... | 73 |
| c. | Nuovo Codice degli Appalti (D.Lgs 36/2023) | 73 |
| d. | Rapporti con gli operatori del privato accreditato: | 74 |
| e. | Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) – Missione 6..... | 74 |
| 3.2 | <i>Contesto interno</i> | 75 |
| a. | Rilevazione interna all’ente | 75 |
| b. | La mappatura dei processi..... | 83 |
| 3.3. | <i>Valutazione di impatto di interno ed esterno</i> | 84 |
| PARTE II | <u>LE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE</u> | 86 |
| 1. | Valutazione dei rischi | 86 |
| 1.1 | <i>Identificazione dei rischi</i> | 86 |
| 1.2 | <i>Analisi e ponderazione dei rischi</i> | 87 |
| 1.3 | <i>Trattamento del rischio</i> | 87 |
| a. | Codice di comportamento dei dipendenti ASL BA..... | 87 |
| b. | Disciplina del conflitto di interessi: obblighi di comunicazione e di astensione– Distinzione tra mal-administration e conflitto di interessi..... | 88 |
| c. | Inconferibilità di incarichi dirigenziali ed incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali; formazione di commissioni di gara e concorso ed assegnazione agli uffici, in caso di condanna penale per reati contro la pubblica amministrazione..... | 91 |
| d. | Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage)..... | 94 |
| e. | Autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali | 94 |
| f. | Rotazione del personale | 95 |
| g. | Tutela del whistleblower | 97 |
| h. | Formazione sui temi dell’integrità e della trasparenza..... | 98 |
| i. | PNRR – attuazione Missione 6 “Salute” | 99 |
| j. | Ulteriori misure trasversali: rapporti con società controllate e partecipate | 100 |
| k. | La formazione | 102 |
| l. | Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio..... | 103 |
| 2 | Risultati monitoraggio misure..... | 104 |
| 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> | 104 |
| | Premessa..... | 104 |
| 1. | Definizione del riparto di competenze per la elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati ed individuazione dei responsabili..... | 105 |
| 2. | Modalità di elaborazione, trasmissione e pubblicazione di dati, informazioni e documenti nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web dell’Azienda | 106 |
| 3. | Modalità di controllo e monitoraggio del corretto adempimento degli obblighi di pubblicità | 107 |
| 4. | Accesso civico e Registro degli accessi..... | 107 |
| PARTE IV | <u>GLI OBIETTIVI STRATEGICI DELL’ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA</u> | 109 |
| SEZIONE III – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO | | 112 |
| <u>1</u> | <u>STRUTTURA ORGANIZZATIVA</u> | <u>112</u> |
| <u>2</u> | <u>ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE</u> | <u>113</u> |
| 2.1 | Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile in ASL Bari..... | 113 |
| 2.2 | Condizionalità e fattori abilitanti | 116 |
| a. | <i>Misure Organizzative, soggetti, processi e strumenti del lavoro agile</i> | 116 |

| | | |
|----------|---|------------|
| | <i>b. Destinatari, autorizzazione, accordo, monitoraggio.....</i> | <i>117</i> |
| | <i>c. Piattaforme tecnologiche.....</i> | <i>118</i> |
| 2.3 | Obiettivi | 119 |
| 3 | <u>RISORSE UMANE NEL TRIENNIO 2021-2023</u> | 121 |
| 4 | <u>LA FORMAZIONE DEL PERSONALE</u> | 123 |
| 5 | <u>PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE</u> | 126 |
| 6 | <u>PIANO DELLE AZIONI POSITIVE</u> | 131 |
| 6.1 | Finalità e obiettivi generali del Piano..... | 132 |
| 6.2 | Pari opportunità..... | 134 |
| 6.3 | Valorizzazione del benessere..... | 135 |
| 6.4 | Il contrasto alle discriminazioni | 137 |
| 6.5 | Un Piano d’azione per lo sviluppo delle pari opportunità nel ciclo della performance..... | 147 |
| 6.6 | Un Piano d’azione per il Benessere Organizzativo..... | 148 |
| 6.7 | Raggiungimento degli obiettivi e risorse necessarie | 149 |
| 6.8 | Tempi di attuazione | 149 |
| 6.9 | Monitoraggio e aggiornamento..... | 150 |
| 6.10 | Conclusioni..... | 150 |
| | SEZIONE IV – MONITORAGGIO | 151 |
| | ALLEGATI | 152 |
| 1. | Tabella misure anticorruzione | 152 |
| 2. | Tabella obblighi di pubblicazione..... | 152 |

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

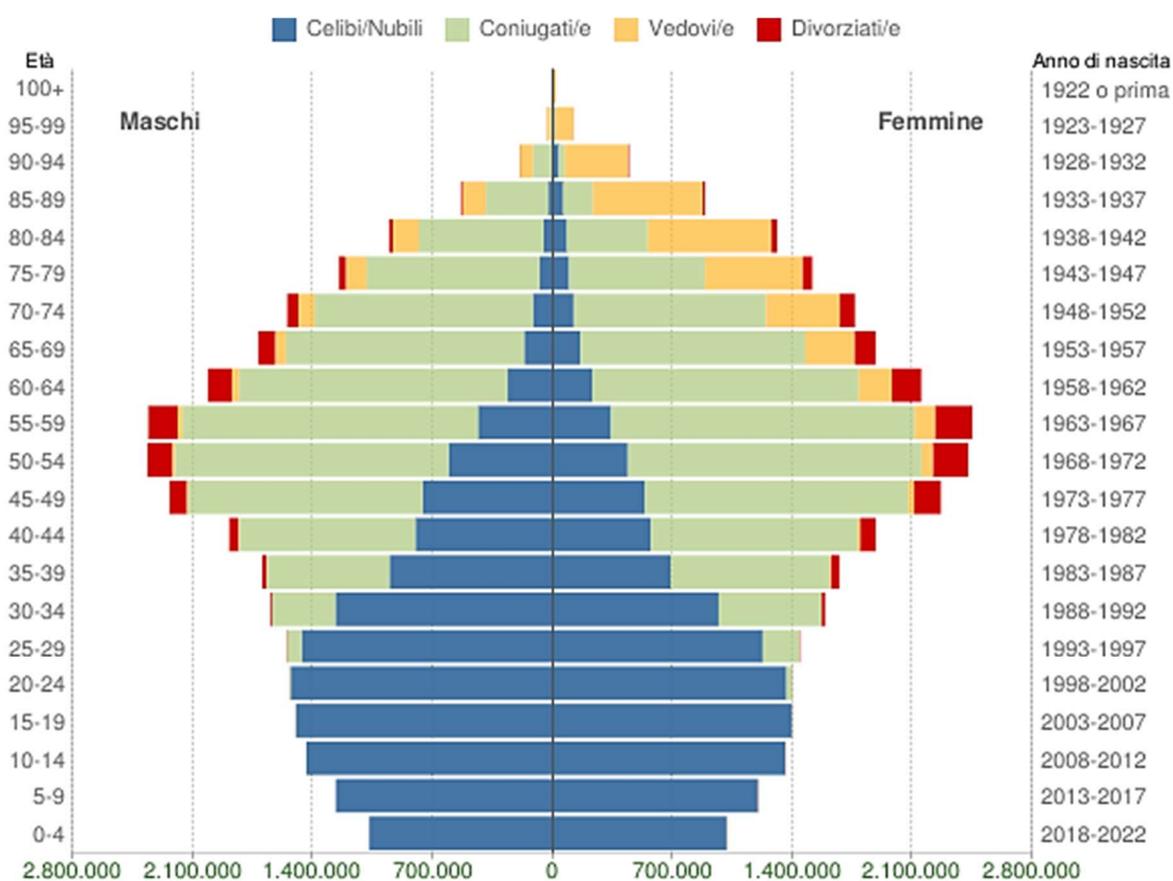
L'Azienda, per la realizzazione della propria *mission*, assume quali principi guida il rispetto della persona e la centralità del cittadino, l'equità, la trasparenza e l'etica professionale, la tutela della privacy, la qualità clinico-professionale e la gestione del rischio individuale e collettivo, 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.1.225.048 abitanti, con una densità pari a n.317,1 abitanti per Km², distribuiti in 41 comuni a loro volta suddivisi in n.12 Distretti Socio Sanitari. La distribuzione della popolazione per fasce di età, al 01/01/2023 è la seguente (Fonte: ISTAT):

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



Popolazione per età, sesso e stato civile - 2023

ITALIA - Dati ISTAT 1° gennaio 2023 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

4.2 Assistenza Ospedaliera

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 2023 sono stati pari a n.1351 così suddivisi:

| Presidio a gestione diretta | 2020 | 2020 (di cui CoVID) | 2022 | 2022 (di cui CoVID) | 2023 |
|---|-------------|---------------------------|-------------|---------------------------|-------------|
| P.O. della Murgia | 265 | 64 | 257 | 64 | 201 |
| P.O. San Paolo (compreso Osp. di Molfetta, Osp. di Corato, Osp. di Terlizzi) | 629 | 108 | 644 | 108 | 536 |
| Osp. San Paolo | 297 | 68 | 312 | 68 | 244 |
| Osp. di Molfetta | 101 | 0 | 101 | 0 | 101 |
| Osp. di Corato | 90 | 0 | 90 | 0 | 90 |
| Osp. di Terlizzi | 141 | 40 | 141 | 40 | 101 |
| P.O. Monopoli | 163 | 0 | 163 | 0 | 163 |
| P.O. Putignano | 249 | 78 | 249 | 78 | 171 |
| P.O. Di Venere (compreso Osp. di Triggiano) | 356 | 56 | 336 | 56 | 280 |
| Osp. Di Venere | 286 | 16 | 286 | 16 | 270 |
| Osp. di Triggiano | 70 | 40 | 50 | 40 | 10 |
| Totale | 1662 | 306 | 1649 | 306 | 1351 |

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.1724 così suddivisi:

| Presidi privati convenzionati | 2020 | 2020 (di cui CoVID) | 2022 | 2022 (di cui CoVID) | 2023 |
|---|-------------|---------------------------|-------------|---------------------------|-------------|
| Santa Maria | 152 | 0 | 152 | 0 | 152 |
| C. di C. Villa Lucia | 180 | 100 | 105 | 0 | 80 |
| C. di C. Anthea | 100 | 0 | 100 | 0 | 100 |
| Totale Gruppo Villa Maria | 432 | 100 | 357 | 0 | 332 |
| C. di C. Monte Imperatore | 123 | 28 | 123 | 28 | 95 |
| CBH Mater Dei | 489 | 30 | 489 | 30 | 489 |
| Totale Presidi privati convenzionati | 1044 | 158 | 969 | 58 | 916 |
| Altre strutture ospedaliere | | | | | |
| ENTE ECCL.OSP.GEN.REG.'MIULLI' | 686 | 108 | 686 | 108 | 578 |
| IRCCS FONDAZIONE 'S. MAUGERI' | 230 | 0 | 230 | 0 | 230 |
| Totale altre strutture ospedaliere | 916 | 108 | 916 | 108 | 808 |
| Totale | 1960 | 266 | 1885 | 166 | 1724 |

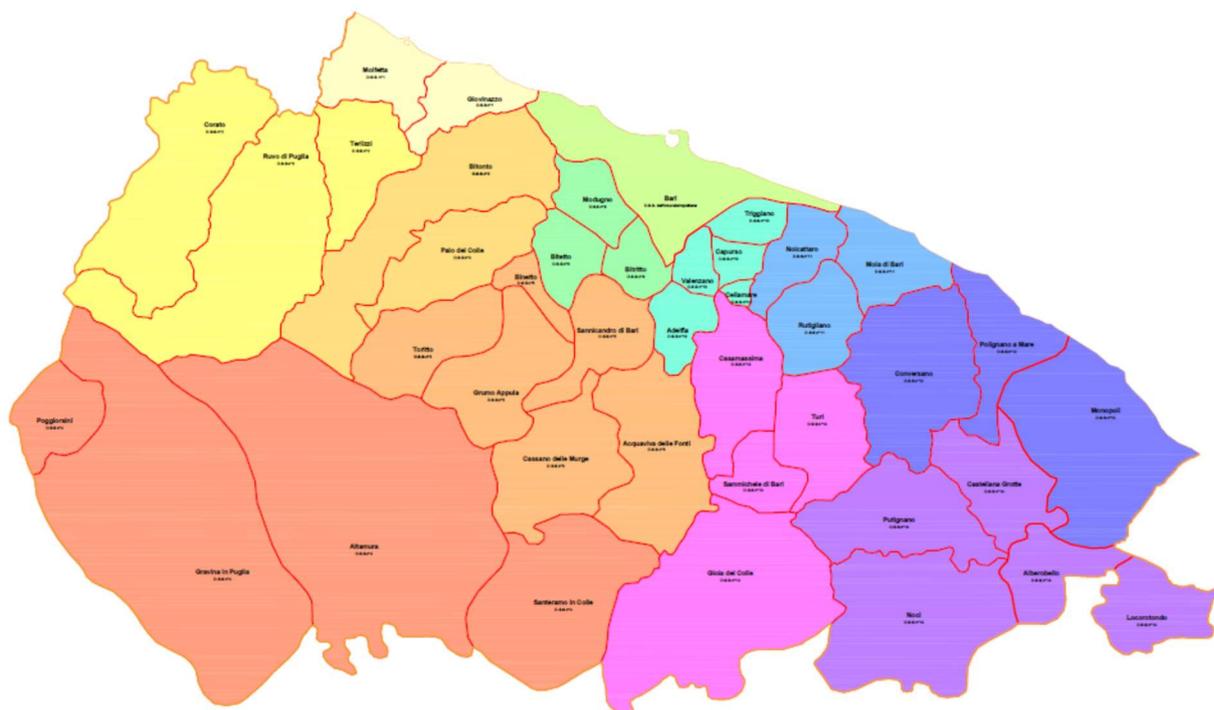
Fonte N.S.I.S.

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

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

4.3 Assistenza Distrettuale

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



| Distretti Socio Sanitari | Comuni Afferenti |
|------------------------------|---|
| DSS 1 - Molfetta | GIOVINAZZO, MOLFETTA |
| DSS 2 - Ruvo | CORATO, RUVO DI PUGLIA, TERLIZZI |
| DSS 3 - Bitonto | BITONTO, PALO DEL COLLE |
| DSS 4 - Altamura | ALTAMURA, GRAVINA IN PUGLIA, POGGIORSINI, SANTERAMO IN COLLE |
| DSS 5 - Grumo Appula | ACQUAVIVA DELLE FONTI, BINETTO, CASSANO DELLE MURGE, GRUMO APPULA, SANNICANDRO DI BARI, TORITTO |
| DSS di Bari (ex DSS 6, 7, 8) | BARI |
| DSS 9 - Modugno | BITETTO, BITRITTO, MODUGNO |
| DSS 10 - Triggiano | ADELFA, 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 GROTTA, LOCOROTONDO, NOCI, PUTIGNANO |

La popolazione residente al 01/01/2023 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 | Totale | |
| DSS n.1 | Giovinazzo | 59 | 46 | 264 | 286 | 836 | 776 | 3.106 | 3.136 | 2.888 | 3.046 | 1.164 | 1.383 | 1.069 | 1.342 | 9.386 | 10.015 | 19.401 | 76.859 |
| | Molfetta | 185 | 203 | 870 | 754 | 2.585 | 2.375 | 9.522 | 9.358 | 8.024 | 8.716 | 3.481 | 3.797 | 3.250 | 4.338 | 27.917 | 29.541 | 57.458 | |
| DSS n.2 | Corato | 181 | 158 | 752 | 713 | 2.362 | 2.126 | 8.423 | 8.273 | 6.992 | 7.382 | 2.405 | 2.741 | 1.887 | 2.684 | 23.002 | 24.077 | 47.079 | 97.617 |
| | Ruvo di Puglia | 91 | 84 | 396 | 349 | 1.054 | 1.147 | 4.296 | 4.125 | 3.539 | 3.683 | 1.340 | 1.508 | 1.181 | 1.601 | 11.897 | 12.497 | 24.394 | |
| | Terlizzi | 95 | 98 | 386 | 401 | 1.206 | 1.118 | 4.755 | 4.588 | 3.941 | 3.951 | 1.546 | 1.622 | 1.059 | 1.378 | 12.988 | 13.156 | 26.144 | |
| DSS n.3 | Bitonto | 206 | 196 | 886 | 838 | 2.621 | 2.458 | 9.596 | 9.253 | 7.897 | 8.407 | 2.938 | 3.134 | 2.105 | 2.747 | 26.249 | 27.033 | 53.282 | 73.894 |
| | Palo del Colle | 77 | 74 | 308 | 341 | 1.058 | 951 | 3.701 | 3.629 | 3.093 | 3.221 | 1.103 | 1.177 | 810 | 1.069 | 10.150 | 10.462 | 20.612 | |
| DSS n.4 | Altamura | 331 | 332 | 1.273 | 1.218 | 3.743 | 3.585 | 13.685 | 13.280 | 9.714 | 10.136 | 3.157 | 3.479 | 2.487 | 3.618 | 34.390 | 35.648 | 70.038 | 139.746 |
| | Gravina in Puglia | 149 | 172 | 751 | 665 | 2.147 | 2.032 | 8.295 | 7.925 | 5.975 | 6.187 | 2.104 | 2.192 | 1.731 | 2.350 | 21.152 | 21.523 | 42.675 | |
| | Poggiorsini | 7 | 2 | 13 | 16 | 49 | 47 | 247 | 215 | 192 | 195 | 65 | 79 | 71 | 81 | 644 | 635 | 1.279 | |
| | Santeramo in Colle | 98 | 82 | 392 | 375 | 1.228 | 1.149 | 4.632 | 4.476 | 3.740 | 3.855 | 1.437 | 1.535 | 1.184 | 1.571 | 12.711 | 13.043 | 25.754 | |
| DSS n.5 | Acquaviva delle Fonti | 77 | 63 | 310 | 265 | 896 | 814 | 3.263 | 3.267 | 2.905 | 3.085 | 1.225 | 1.360 | 1.018 | 1.404 | 9.694 | 10.258 | 19.952 | 66.955 |
| | Binetto | 5 | 10 | 38 | 45 | 122 | 101 | 383 | 372 | 307 | 327 | 112 | 114 | 87 | 104 | 1.054 | 1.073 | 2.127 | |
| | Cassano delle Murge | 53 | 53 | 233 | 230 | 742 | 657 | 2.642 | 2.548 | 2.306 | 2.368 | 901 | 915 | 584 | 840 | 7.461 | 7.611 | 15.072 | |
| | Grumo Appula | 50 | 38 | 182 | 179 | 552 | 519 | 2.284 | 2.038 | 1.847 | 1.837 | 680 | 689 | 554 | 716 | 6.149 | 6.016 | 12.165 | |
| | Sannicandro di Bari | 35 | 36 | 183 | 140 | 475 | 405 | 1.835 | 1.620 | 1.472 | 1.429 | 537 | 534 | 388 | 500 | 4.925 | 4.664 | 9.589 | |
| Toritto | 31 | 36 | 137 | 119 | 350 | 364 | 1.440 | 1.403 | 1.150 | 1.221 | 466 | 463 | 386 | 484 | 3.960 | 4.090 | 8.050 | | |
| DSS di Bari | Bari | 1.083 | 1.000 | 4.320 | 4.008 | 13.307 | 12.662 | 51.439 | 49.508 | 47.239 | 51.673 | 18.113 | 21.187 | 16.800 | 24.397 | 152.301 | 164.435 | 316.736 | 316.736 |
| DSS n.9 | Bitetto | 43 | 46 | 180 | 192 | 620 | 626 | 2.057 | 2.106 | 1.781 | 1.744 | 606 | 673 | 462 | 627 | 5.749 | 6.014 | 11.763 | 59.426 |
| | Bitritto | 49 | 39 | 239 | 197 | 556 | 557 | 1.941 | 1.982 | 1.742 | 1.860 | 631 | 650 | 398 | 488 | 5.556 | 5.773 | 11.329 | |
| | Modugno | 130 | 119 | 512 | 512 | 1.774 | 1.689 | 5.948 | 6.054 | 5.465 | 5.653 | 2.068 | 2.486 | 1.772 | 2.152 | 17.669 | 18.665 | 36.334 | |
| DSS n.10 | Adelfia | 75 | 61 | 237 | 244 | 753 | 698 | 2.764 | 2.730 | 2.534 | 2.721 | 939 | 978 | 773 | 1.011 | 8.075 | 8.443 | 16.518 | 80.809 |
| | Capurso | 57 | 43 | 236 | 218 | 709 | 707 | 2.472 | 2.557 | 2.313 | 2.419 | 899 | 978 | 715 | 916 | 7.401 | 7.838 | 15.239 | |
| | Cellamare | 38 | 21 | 110 | 103 | 303 | 302 | 1.035 | 1.057 | 941 | 990 | 259 | 260 | 168 | 222 | 2.854 | 2.955 | 5.809 | |
| | Triggiano | 76 | 93 | 356 | 394 | 1.169 | 1.097 | 4.228 | 4.302 | 3.978 | 4.275 | 1.495 | 1.657 | 1.170 | 1.607 | 12.472 | 13.425 | 25.897 | |
| | Valenzano | 53 | 54 | 257 | 221 | 768 | 688 | 2.846 | 2.834 | 2.650 | 2.899 | 999 | 1.143 | 844 | 1.090 | 8.417 | 8.929 | 17.346 | |
| DSS n.11 | Mola di Bari | 68 | 59 | 318 | 313 | 1.021 | 933 | 4.010 | 3.780 | 3.758 | 3.909 | 1.500 | 1.617 | 1.389 | 1.765 | 12.064 | 12.376 | 24.440 | 68.681 |
| | Noicattaro | 100 | 100 | 450 | 394 | 1.267 | 1.189 | 4.690 | 4.606 | 3.920 | 4.090 | 1.418 | 1.395 | 1.013 | 1.303 | 12.858 | 13.077 | 25.935 | |
| | Rutigliano | 90 | 80 | 293 | 304 | 863 | 801 | 3.247 | 3.184 | 2.665 | 2.818 | 1.015 | 1.038 | 846 | 1.062 | 9.019 | 9.287 | 18.306 | |
| DSS n.12 | Conversano | 89 | 83 | 417 | 359 | 1.198 | 1.170 | 4.325 | 4.246 | 3.976 | 4.070 | 1.321 | 1.575 | 1.323 | 1.604 | 12.649 | 13.107 | 25.756 | 91.310 |
| | Monopoli | 170 | 144 | 659 | 666 | 2.059 | 1.912 | 7.886 | 7.833 | 7.474 | 7.702 | 2.780 | 3.063 | 2.378 | 3.278 | 23.406 | 24.598 | 48.004 | |
| | Polignano a Mare | 67 | 52 | 280 | 247 | 752 | 733 | 2.933 | 2.972 | 2.724 | 2.779 | 999 | 1.090 | 841 | 1.081 | 8.596 | 8.954 | 17.550 | |
| DSS n.13 | Casamassima | 72 | 72 | 288 | 285 | 1.006 | 899 | 3.291 | 3.320 | 3.038 | 3.106 | 986 | 1.065 | 851 | 1.039 | 9.532 | 9.786 | 19.318 | 64.945 |
| | Gioia del Colle | 93 | 86 | 368 | 350 | 1.197 | 1.069 | 4.335 | 4.061 | 3.943 | 4.183 | 1.621 | 1.814 | 1.460 | 2.035 | 13.017 | 13.598 | 26.615 | |
| | Sammichele di Bari | 10 | 25 | 81 | 69 | 236 | 207 | 931 | 902 | 875 | 917 | 347 | 439 | 428 | 564 | 2.908 | 3.123 | 6.031 | |
| | Turi | 46 | 45 | 198 | 168 | 561 | 611 | 2.089 | 2.132 | 2.023 | 2.081 | 730 | 795 | 646 | 856 | 6.293 | 6.688 | 12.981 | |
| | Alberobello | 41 | 35 | 143 | 139 | 401 | 392 | 1.623 | 1.600 | 1.531 | 1.592 | 651 | 709 | 582 | 829 | 4.972 | 5.296 | 10.268 | |
| DSS n.14 | Castellana Grotte | 69 | 66 | 305 | 287 | 872 | 832 | 3.256 | 3.251 | 2.960 | 3.072 | 1.118 | 1.264 | 908 | 1.265 | 9.488 | 10.037 | 19.525 | 88.070 |
| | Locorotondo | 54 | 52 | 214 | 178 | 646 | 562 | 2.279 | 2.201 | 2.042 | 2.221 | 842 | 905 | 728 | 1.013 | 6.805 | 7.132 | 13.937 | |
| | Noci | 58 | 41 | 244 | 212 | 732 | 688 | 2.998 | 2.897 | 2.785 | 2.972 | 1.151 | 1.246 | 941 | 1.403 | 8.909 | 9.459 | 18.368 | |
| | Putignano | 77 | 59 | 327 | 323 | 1.073 | 1.006 | 4.081 | 3.931 | 4.040 | 4.158 | 1.657 | 1.822 | 1.471 | 1.947 | 12.726 | 13.246 | 25.972 | |
| | Totale | 4.438 | 4.158 | 18.406 | 17.317 | 55.869 | 52.654 | 208.809 | 203.552 | 182.379 | 192.950 | 68.806 | 76.571 | 58.758 | 80.381 | 597.465 | 627.583 | 1.225.048 | |

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.260 strutture a gestione diretta e n.389 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. Neuro Psichiatria Infantile | Assist. disabili psichici | Assit. ai malati terminali | Totale |
| Ambulat. Laborat. | 72 | 36 | 24 | | | | | | | | | 132 |
| Struttura residenz.le | | | | | | 1 | | | | | 2 | 3 |
| Struttura semi resid.le | | | | | 1 | | | | | | | 1 |
| Altro tipo di struttura | 2 | | | 38 | 14 | 17 | 52 | | 1 | | | 124 |
| Totale | 74 | 36 | 24 | 38 | 15 | 18 | 52 | 0 | 1 | 0 | 2 | 260 |

Fonte: N.S.I.S.

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

Per le strutture convenzionate

| Strutture convenzion. | Tipo assistenza | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|------------------|--------------------------------------|----------------------|-------------------------------------|----------------|------------------------|----------------------------|----------------------|----------------------------|------------------------------|----------------------------|------------|
| | Attività clinica | Diagnostica strumentale e per immag. | Attività di laborat. | Assist. Neuro Psichiatria Infantile | Assist. Psych. | Assist. per tossicodip | Vaccinazioni anti COVID-19 | Assist. agli anziani | Assist. ai disabili fisici | Assist. ai disabili psichici | Assit. ai malati terminali | Totale |
| Ambulat. Laborat. | 50 | 23 | 62 | | | | | | | | | 135 |
| Struttura residenziale | | | | 3 | 67 | 9 | | 47 | 15 | 22 | 2 | 165 |
| Struttura semi residenziale | | | | 4 | 17 | 1 | | 10 | | 28 | | 60 |
| Altro tipo di struttura | 8 | | | | | | 21 | | | | | 29 |
| Medico singolo | | | | | | | | | | | | 0 |
| Totale | 58 | 23 | 62 | 7 | 84 | 10 | 21 | 57 | 15 | 50 | 2 | 389 |

Fonte: N.S.I.S.

I centri/ambulatori di riabilitazione convenzionati privati ex art.26, L.n.833/1978 sono n.5, per complessivi n.320 posti letto residenziali e n.149 posti letto semiresidenziali.

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

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 Km².

Denominazione: AREA METROPOLITANA - sede Bari

Comuni: Bari, Modugno, Triggiano, Capurso e Valenzano

Popolazione: 410.364 abitanti circa

Superficie: 198,77 Km².

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 Km².

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:

- a. U.O.C. Igiene e Sanità pubblica (SISP Area Metropolitana)
- b. U.O.C. Igiene e Sanità pubblica (SISP Area Nord)
- c. U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica (SISP Area Sud)
- d. U.O.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPESAL Area Metropolitana)
- e. U.O.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPESAL Area Nord)
- f. U.O.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPESAL Area Sud)
- g. U.O.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN Area Metropolitana)
- h. U.O.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN Area Nord)
- i. U.O.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN Area Sud)
- j. U.O.S.V.D. Sanità Animale (SIAV A Area Metropolitana)
- k. U.O.C. Sanità Animale (SIAV A Area Nord)
- l. U.O.C. Sanità Animale (SIAV A Area Sud)
- m. U.O.C. Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (SIAV B Area Metropolitana)
- n. U.O.C. Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (SIAV B Area Nord)
- o. U.O.C. Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (SIAV B Area Sud)
- p. U.O.S.V.D. Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (SIAV C Area Metropolitana);
- q. U.O.C. Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (SIAV C Area Nord)
- r. U.O.C. Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (SIAV C Area Sud)
- s. U.O.C. Epidemiologia, malattie cronicodegenerative, Registro tumori, ReNCaM e

Centro Screening

- t. U.O.S.V.D. Screening colon retto - Endoscopia Digestiva
- u. U.O.S.V.D. Screening mammario - Radiodiagnostica Senologica
- v. U.O.S.V.D. Screening cervice uterina
- w. U.O.S.V.D. Sezione Provinciale COMIMP
- x. U.O.S.V.D. Igiene Industriale
- y. U.O.S.V.D. Randagismo

4.5 Dipendenze Patologiche

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

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

Il DDP si articola nelle seguenti strutture:

U.O.C. DEL NORD BARESE

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

U.O.C. DEL SUD BARESE

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

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

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

Sezione II – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE e ANTICORRUZIONE

1 Valore pubblico

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

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

1.1 Mandato istituzionale e missione

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

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

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

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

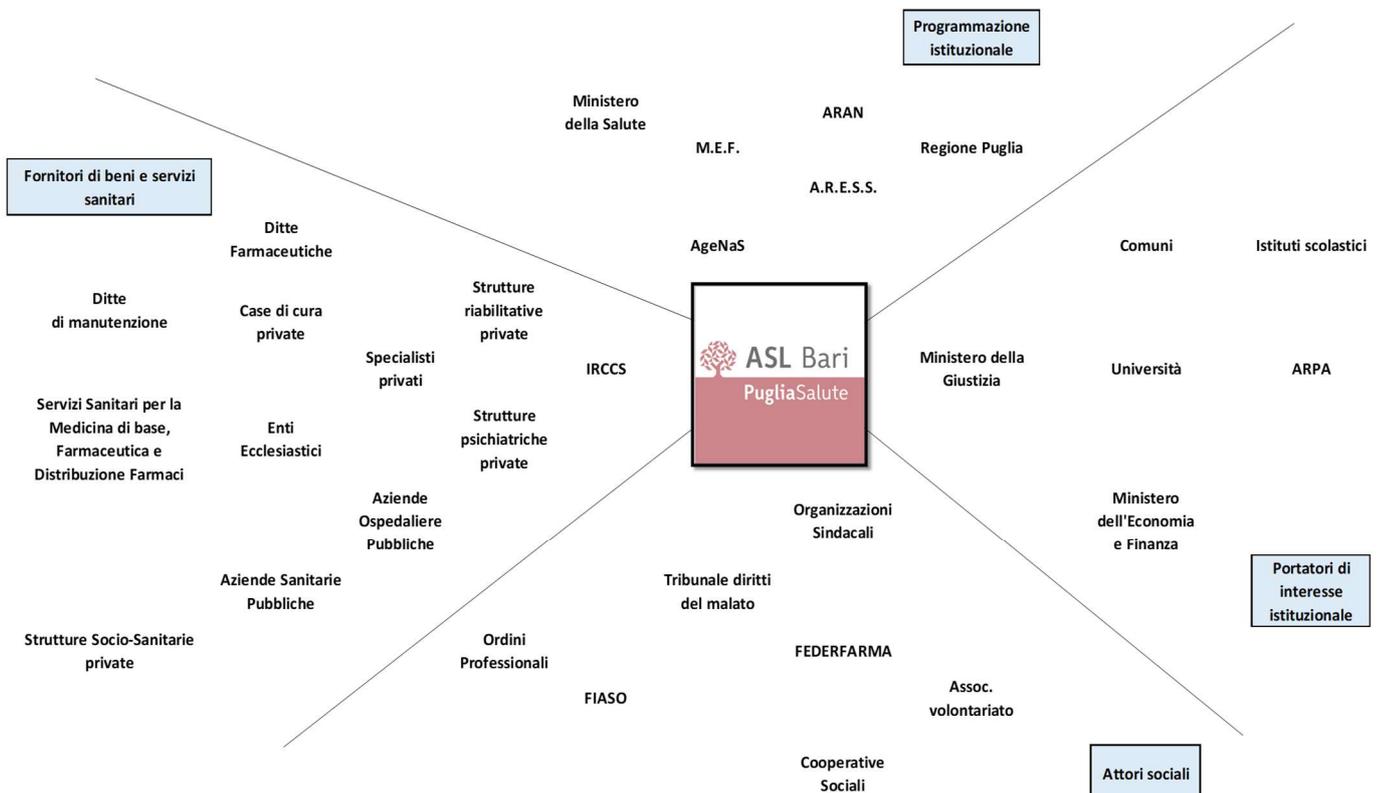
- Unitarietà del disegno organizzativo
- Innovazione gestionale e tecnologica
- Fruibilità del servizio
- Gestione per processi
- Modello professionale basato sulla progressiva realizzazione del governo clinico
- Pianificazione dell'offerta socio-sanitaria e dei luoghi di fruizione
- Continuità dei percorsi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

1.2 Analisi del contesto esterno

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

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

Mappa degli stakeholder esterni ASL



Principali indici demografici del territorio di competenza ASL

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

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

| Periodo | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|--|-------|-------|-------|-------|
| tasso di natalità (per mille abitanti) | 6,8 | 6,8 | 6,7 | .. |
| tasso di mortalità (per mille abitanti) | 12,5 | 11,9 | 12,1 | .. |
| crescita naturale (per mille abitanti) | -5,6 | -5,1 | -5,5 | .. |
| tasso di nuzialità (per mille abitanti) | 1,6 | 3,1 | 3,2 | .. |
| saldo migratorio interno (per mille abitanti) | 0 | 0 | 0 | .. |
| saldo migratorio con l'estero (per mille abitanti) | 1,5 | 2,7 | 4,4 | .. |
| saldo migratorio per altro motivo (per mille abitanti) | -2,6 | -1,1 | .. | .. |
| saldo migratorio totale (per mille abitanti) | -1,1 | 1,6 | 4,4 | .. |
| tasso di crescita totale (per mille abitanti) | -6,7 | -3,5 | -0,6 | .. |
| numero medio di figli per donna | 1,24 | 1,25 | 1,24 | .. |
| età media della madre al parto | 32,2 | 32,4 | 32,4 | .. |
| speranza di vita alla nascita - totale | 82,1 | 82,5 | 82,6 | .. |
| speranza di vita a 65 anni - totale | 20 | 20,4 | 20,4 | .. |
| popolazione 0-14 anni al 1° gennaio (valori percentuali) - al 1° gennaio | 13,0 | 12,9 | 12,7 | 12,4 |
| popolazione 15-64 anni (valori percentuali) - al 1° gennaio | 63,8 | 63,6 | 63,5 | 63,5 |
| popolazione 65 anni e più (valori percentuali) - al 1° gennaio | 23,2 | 23,5 | 23,8 | 24,0 |
| indice di dipendenza strutturale (valori percentuali) - al 1° gennaio | 56,7 | 57,3 | 57,5 | 57,4 |
| indice di dipendenza degli anziani (valori percentuali) - al 1° gennaio | 36,4 | 37,0 | 37,5 | 37,8 |
| indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio | 179,4 | 182,6 | 187,6 | 193,1 |
| età media della popolazione - al 1° gennaio | 45,7 | 45,9 | 46,2 | 46,4 |

Fonte: ISTAT

Indice di dipendenza strutturale

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

Indice di dipendenza strutturale degli anziani

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

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

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

Evidentemente, il profilo demografico e la tendenza epidemiologica rappresentati determinano precisi risvolti economico-finanziari, che devono essere necessariamente tenuti in considerazione nelle attività di pianificazione e programmazione; a titolo esemplificativo ma non esaustivo si rappresenta che, tenendo presente tutte le tipologie di esenzione, il numero di esenzioni da ticket, nell'esercizio 2022, sono passati da

n. 230.030, dell'anno 2021, a n. 207.534 unità per motivi di età e di reddito, e da n. 802.768, del 2021, a n. 737.372 per altri motivi. Va precisato che alcuni cittadini beneficiano di più esenzioni.

1.3 Analisi del contesto interno

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

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

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

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

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

- Terlizzi, PTA Bitonto e Conversano)
- n.2 Gamma Camera (P.O. " Di Venere")
- n.2 Angiografi (P.O. " Di Venere')
- n.10 Ecotomografi (PP.OO. " Di Venere", "San Paolo", "Murgia", Molfetta, Corato, Monopoli, Putignano, PPA Terlizzi, PTA Bitonto e Conversano)
- n.8 Sistemi radiografici digitali (PP.OO. " Di Venere", "San Paolo", "Murgia", Molfetta, Corato)
- l'investimento 1.2 destinato a sviluppare un ospedale sicuro e sostenibile attraverso
 - n.2 interventi di miglioramento ed adeguamento sismico (PP.OO. «Di Venere" e Monopoli)
 - n.4 interventi di miglioramento ed adeguamento sismico (PP.OO. 'Molfetta, Corato, «San Paolo" e Putignano). Questi ultimi interventi sono finanziati con fondi del Piano Nazionale degli investimenti Complementari (Fondi P.N.C.).

1.3.2 La gestione del patrimonio immobiliare della ASL BA

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

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

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

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

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

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

MAPPATURA TECNICO GESTIONALE FABBRICATI E TERRENI

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

al fine di raccogliere e allineare tutte le informazioni già "note" verranno considerate le seguenti banche dati:

- Inventario dei beni immobili utilizzato ai fini economico patrimoniali;
- Elenchi immobiliari in amministrazione Trasparente;
- Dati comunicati al MEF in merito ai beni immobili di proprietà;
- Elenco degli atti rogati a favore e contro l'Azienda;

2. Raccolta e valutazione delle banche presenti presso le precedenti ASL (BA/2, BA/3, BA/4 e BA/5) al fine di verificare con precisione la corretta “fusione dei patrimoni”;
3. Richiesta e gestione dei dati catastali cartografico-censuari provenienti dalla Regione Puglia in convenzione con Sogei - Agenzia delle Entrate (Convenzione Servizi Massivi di Interscambio Dati – Territorio, SMIDT);
4. Acquisizione, decifrazione ed elaborazione della banca dati catastale di ciascun Comune. I database messi a disposizione dagli SMIDT, verranno decriptati secondo i protocolli previsti da Agenzia delle Entrate, ed elaborati attraverso un applicativo specifico per identificare, dal punto di vista censuario e cartografico in ambiente GIS, tutte i cespiti di presenti all’interno del territorio provinciale di pertinenza, con il dettaglio di quelle intestate ad ASL Bari;
5. Ispezioni ipo-catastali tramite portale SISTER: ai fini di approfondire catastalmente le singole situazioni immobiliari e per verificarne la reale titolarità, attraverso le credenziali di accesso al portale SISTER;
6. Definizione della destinazione urbanistica: per ciascun cespite, nella fattispecie i terreni, verrà predisposta opportuna richiesta di Certificato di Destinazione Urbanistica il cui inoltro ai Comuni competenti è a cura dell’Azienda ASL BARI (ipotizzati 27 Enti). Una volta raccolte, le certificazioni faranno parte del fascicolo dell’immobile e andranno a fornire informazioni utili per la gestione tributaria del cespite;
7. Raccolta di tutte le informazioni necessarie ad una corretta descrizione ai fini della comunicazione al MEF sul Portale Tesoro (L.291/2009):
 - riferimenti catastali (foglio, mappale, subalterno, rendita, superficie, ecc.);
 - titolo di proprietà, presenza di diritti gravanti sui terreni (usi civici, enfiteusi);
 - epoca di costruzione e acquisizione;
 - indirizzo, ubicazione;
 - descrizione, reale destinazione d’uso.

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

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

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

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

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

1.3.3 Il nuovo Ospedale del Sud-Est Barese

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

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

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

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

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

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

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

LAVORI DI REALIZZAZIONE OSPEDALE DI MONOPOLI-FASANO

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

Per l'anno 2024 è prevista la conclusione dei lavori e il termine delle attività di collaudo dell'opera.

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

Per quanto attiene alla dotazione degli arredi e delle attrezzature sanitarie e non sanitarie, nell'anno 2024 si procederà all'aggiudicazione di tutte le gare già oggetto di indizione e all'avvio delle opere di allestimento del costruendo ospedale.

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

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

Contemporaneamente alle attività relative agli arredi e alle attrezzature, nel corso dell'anno 2024 verranno realizzate e installate le opere artistiche previste ai sensi della Legge 29.7.1949, n. 717 e s.m.i.

Il bando di concorso per artisti, finalizzato alla realizzazione di opere d'arte destinate all'abbellimento del Nuovo Ospedale di Monopoli-Fasano, è stato già espletato come da atti approvati con Deliberazione del Direttore Generale n. 2064 del 17.10.2023.

INFRASTRUTTURE DI ACCESSO ALL'OSPEDALE DI MONOPOLI-FASANO

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

All'inizio del 2024 verranno eseguite le attività di bonifica bellica terrestre propedeutiche all'avvio dei lavori di adeguamento delle infrastrutture stradali.

Nel corso del 2024, verranno aggiudicati i lavori di realizzazione delle infrastrutture stradali di accesso all'Ospedale di Monopoli-Fasano, già oggetto di indizione di gara.

La fine dei lavori e il collaudo delle opere è prevista per gli inizi dell'anno 2026.

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. (Strengths Weaknesses Opportunities Threats) prevede proprio la costruzione di una matrice che riporta su un sistema assiale le variabili dell'analisi (opportunità-minacce/punti di forza e di debolezza), che combinandosi definiscono il quadro delle condizioni strategiche che l'azienda deve fronteggiare adottando precise scelte strategiche

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

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

| Strengths (Punti di forza) | Weakness (Punti di debolezza) |
|--|---|
| Rinnovo delle attrezzature tecnico-sanitarie con fondi PNRR Percorso Attuativo di Certificazione del Bilancio Aziendale Ridefinizione dell'Organigramma aziendale Attivazione dei Percorsi di tutela per le persone appartenenti all'area della disabilità grave e a quella delle patologie oncologiche | Liste di attesa Resistenza al cambiamento Elevata estensione territoriale di competenza Elevato <i>turnover</i> del personale amministrativo e tecnico Elevato <i>turnover</i> della dirigenza apicale Elevati costi assistenza farmaceutica |
| Attivazione del nuovo Sistema Informativo per il Monitoraggio della spesa del S.S.R. (M.O.S.S.) Costituzione delle Reti assistenziali Regionali Legge 30 dicembre 2023, n.213 - Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026 Sanità digitale Piano Nazionale Ripresa Resilienza (PNRR) - Missione 6: Salute | Ritardo nell'assegnazione degli obiettivi triennali economico-gestionali di salute e funzionamento da parte della Regione Aumento dei costi di acquisizione dei fattori produttivi (beni, servizi e personale) Presenza di strutture pubbliche (Policlinico, IRCCS), private (accreditate e non accreditate) ed E.E. nel territorio di competenza dell'ASL Invecchiamento della popolazione Carezza di Medici Specialisti Migrazione sanitaria |
| Opportunities (Opportunità) | Threats (Minacce) |

1.5 Accessibilità digitale/Procedure da semplificare e re-ingegnerizzare

Risorse Tecnologiche

Il parco delle tecnologie medicali della ASL Bari consta di circa 27.000 apparecchiature con un valore di circa euro 140.000.000,00. Atteso il grado di obsolescenza delle stesse, la spesa sostenuta per la manutenzione delle attrezzature in questione, relativa all'esercizio 2023, è stata di oltre Euro 11.000.000,00 (dato in fase di consolidamento).

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

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

Risorse ICT

Le tecnologie ICT a disposizione sono quantificate in:

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

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 e l'esperienza effettuata nell'utilizzo di scenari di *unified communication* e *collaboration* con l'introduzione di una piattaforma di videoconferenza dedicata si è evoluta verso l'utilizzo della piattaforma Microsoft Office 365 per aumentare la sicurezza dei

documenti e la condivisione degli stessi su una piattaforma cloud; ogni singolo dipendente avrà a disposizione uno strumento per la videocomunicazione per procedere non solo a sedute pubbliche di gare ma anche di riunioni senza spostamenti e formazione.

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

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

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

1. SEZIONE VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

- Sottosezione Valore pubblico: 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 2024, giusta D.D.G.n.2621 del 28/12/2023, è stato redatto tenendo conto della stima dei ricavi ancora provvisori e con le ipotesi di riduzione dei costi formulate sulla base delle attuali normative nazionali e delle disposizioni regionali.

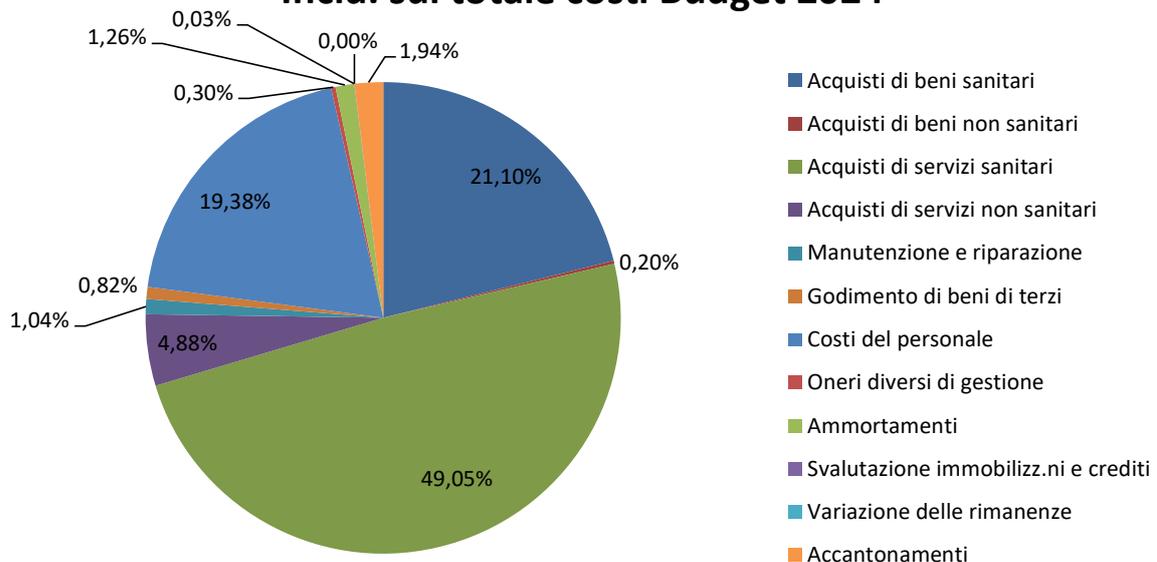
Di seguito è riportato il riepilogo dei dati di bilancio più significativi riferiti al Bilancio di Previsione dell'esercizio 2024, risultato in equilibrio economico finanziario, ed una analisi più dettagliata sugli scostamenti relativi ai soli Costi della produzione:

| Macro-aggregati di bilancio | |
|---------------------------------------|-------------------------|
| | Budget 2024 |
| Valore della Produzione | 2.696.949.335,00 |
| Costi della produzione | 2.661.798.496,00 |
| Altri costi | 35.150.839,00 |
| Totale costi | 2.696.949.335,00 |
| Utile (Perdita) dell'Esercizio | - |

Fonte: Bilancio di previsione 2024

| Macro-aggregati dei Costi della produzione | | |
|--|-------------------------|-------------------------------------|
| | Budget 2024 | Incid. sul totale costi Budget 2024 |
| Acquisti di beni sanitari | 561.728.467,00 | 21,10% |
| Acquisti di beni non sanitari | 5.451.043,00 | 0,20% |
| Acquisti di servizi sanitari | 1.305.668.438,00 | 49,05% |
| Acquisti di servizi non sanitari | 129.829.012,00 | 4,88% |
| Manutenzione e riparazione | 27.691.517,00 | 1,04% |
| Godimento di beni di terzi | 21.696.579,00 | 0,82% |
| Costi del personale | 515.804.966,00 | 19,38% |
| Oneri diversi di gestione | 8.041.828,00 | 0,30% |
| Ammortamenti | 33.635.365,00 | 1,26% |
| Svalutazione immobilizz.ni e crediti | 712.423,00 | 0,03% |
| Variazione delle rimanenze | - | 0,00% |
| Accantonamenti | 51.538.858,00 | 1,94% |
| Totale costi della produzione | 2.661.798.496,00 | 100,0% |

Incid. sul totale costi Budget 2024



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 2024 è stata adottata con D.D.G.n.2386 del 01/12/2023, il Bilancio di Previsione per l'esercizio 2024 è stato adottato con D.D.G.n.2621 del 28/12/2023.

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 2024, redatto sulla scorta delle indicazioni regionali nonché nel rispetto della DGR 412/2023 e successive DGR attuative, presenta una condizione di equilibrio di bilancio e, nelle more della definizione puntuale della quota del Fondo Sanitario Nazionale 2024 per la Puglia, si è tenuto conto delle assegnazioni provvisorie per il Preventivo 2024 comunicate dalla Regione con la citata nota Regione Puglia – Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, Servizio Gestione Sanitaria Accentrata prot. A00_168/PROT/14/12/2023/8693 del 14.12.2023 avente ad oggetto "Bilancio di Previsione 2024 – Indicazioni per l'adozione: Fase 2".

La programmazione per l'anno 2024 continua ad essere influenzata dai provvedimenti e le disposizioni emanate dagli Uffici Regionali negli ambiti, di seguito 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
- rinnovo del contratto del personale dipendente e convenzionato.

Il bilancio di previsione è inoltre influenzato dall'applicazione nel documento in questione delle indicazioni fornite dalla Regione con la citate note prot. A00_168/PROT/06/12/2023/8554 del 6.12.2023, prot. A00_168/PROT/14/12/2023/8693 del 14.12.2023 e prot. A00_168/PROT/19/12/2023/8719 del 19.12.2023, 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 2024, come analiticamente richiamati nella presente relazione e di seguito riepilogati:

1. Previsione di un tetto di spesa per acquisti di ossigeno e farmaci, di Dispositivi medici;
2. Previsione di un tetto di spesa per la spesa farmaceutica convenzionata, con un obiettivo di risparmio rispetto al preconsuntivo 2022 pari a €/mgl 10.860 e rispetto al bilancio 2022 pari a €/mgl 9.121;
3. Nessun budget previsto per gli investimenti con Fondi propri: con le suddette note, infatti, veniva prescritto che "In attuazione della DGR 412/2023 e DGR 1055/2023, preso atto che la Regione è impegnata nella definizione di specifiche linee di finanziamento aggiuntive per gli investimenti, le aziende iscrivono zero quale voce A2 del Conto Economico";
4. Per il personale, con le suddette note veniva prescritto che "Le aziende iscrivono quale costo del personale il costo preconsuntivo 2023, tenendo conto solo delle assunzioni autorizzate (DGR 1428-1437 del 2023).";
5. Per gli Acquisti di Servizi Sanitari da privato, con le suddette note si stabiliva che "le ASL devono, pena non approvazione del bilancio, applicare le DGR regionali in materia di indirizzo e programmazione dei tetti di spesa", in materia di Assistenza Specialistica Privata, Assistenza Riabilitativa privata, Assistenza per prestazioni di salute mentale e autismo, Assistenza servizi Socio Sanitario, Dipendenze Patologiche e Hospice nonché per Assistenza Ospedaliera privata. Alla luce delle considerazioni analitiche riportate nei rispettivi paragrafi di questa relazione, si evidenziano le prevedibili conseguenze negative in termini di continuità assistenziale degli utenti, esponendo questa ASL e la Regione stessa a contenziosi ed azioni legali;
6. Previsione di risparmi per le manutenzioni ordinarie di almeno il 10% rispetto al costo preconsuntivo 2023, pari a €/mgl 3.010, con inevitabili conseguenze sulla operatività nel 2024 e l'impossibilità di assicurare tutti gli interventi urgenti.

Il conto economico presenta una condizione di equilibrio di bilancio programmato, in coerenza con le prescrizioni regionali, fermo restando le considerazioni sopra riportate in riferimento agli obiettivi di razionalizzazione e contenimento della spesa particolarmente sfidanti e che condizionano l'azione programmatoria e gestionale dell'azienda nell'esercizio 2024.

2 Performance

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

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

2.1 Albero della performance

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

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

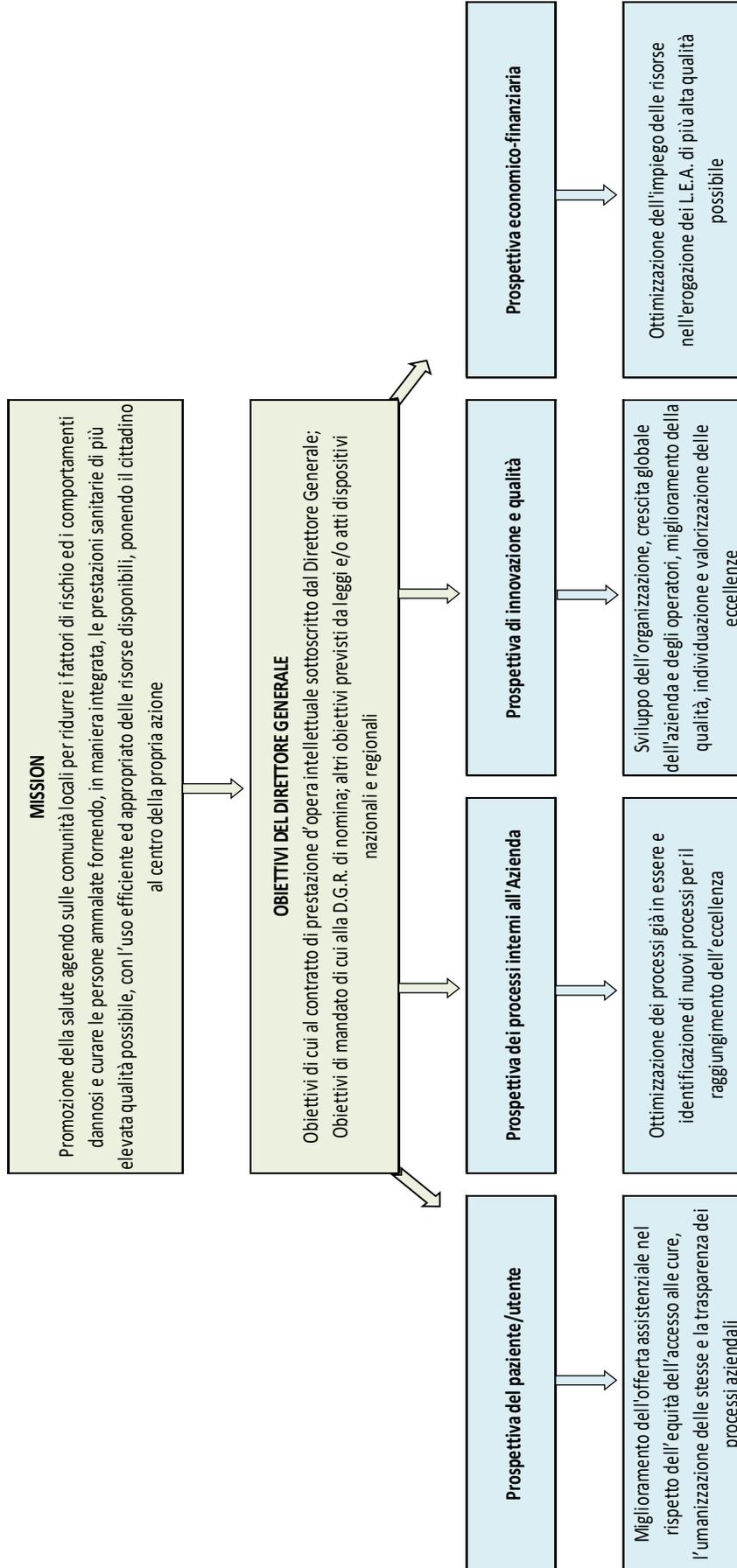
In altri termini, l'albero della performance dimostra come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, al mandato istituzionale ed alla missione.

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

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

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

L'albero della performance nasce dallo schema sotto riportato di obiettivi che la Direzione Generale considera strategici per l'anno 2024, giusta D.D.G.n.2386 del 01/12/2023.



| Dimensione Appropriatezza e qualità | Prospettiva del paziente /utente | Prospettiva dei processi interni all'Azienda | Prospettiva di innovazione e qualità | Prospettiva economico- finanziaria |
|--|-------------------------------------|---|---|---------------------------------------|
| | | <p>Miglioramento appropriatezza chirurgica</p> <p>Miglioramento appropriatezza medica</p> <p>Miglioramento qualità e appropriatezza area materno-infantile</p> <p>Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza</p> <p>Miglioramento qualità di processo</p> <p>Implementazione delle Raccomandazioni e delle attività di monitoraggio nell'ambito del Rischio Clinico</p> <p>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</p> | <p>Miglioramento qualità percepita</p> <p>Miglioramento della qualità globale da sostenere mediante una politica della formazione aziendale adeguata a sviluppare le competenze professionali del personale</p> | |

| Prospettiva economico-finanziaria | Prospettiva di innovazione e qualità | Prospettiva dei processi interni all'Azienda | Prospettiva del paziente/utente | Dimensione Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa |
|---|--------------------------------------|--|---------------------------------|---|
| Attuazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza | | | | |
| Rispetto degli obblighi previsti nel PNRR | | | | |
| Monitoraggio del rispetto dei vincoli di finanza pubblica | | | | |
| Monitoraggio dei tempi di pagamento dei fornitori al fine del rispetto dell'Indice di Tempestività dei pagamenti (ITP) previsto dalla normativa vigente | | | | |
| Qualificazione delle Strutture Pubbliche tramite l'implementazione dei percorsi di qualità di cui ai Manuali del R.R.n.16/2019 | | | | |
| Stipula e rispetto dei contratti con le strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate | | | | |
| Perfezionamento dell'avvio in esercizio del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del S.S.R. (MOSS) | | | | |
| Riqualificazione della spesa per acquisto prestazioni residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari da privato accreditato in relazione all'Assistenza Socio-sanitaria in favore di soggetti non autosufficienti, disabili, persone con disturbi mentali, persone affette da dipendenze patologiche, soggetti in età evolutiva, persone con disturbi dello spettro autistico, persone nella fase terminale della vita, persone cui sono applicate le misure di sicurezza (D.G.R.n.412/2023) | | | | |
| Deflazionamento del Contenzioso | | | | |
| Revisione sistematica delle procedure amministrative (governance aziendale) con l'obiettivo di garantire l'ottimizzazione dei processi nel rispetto dei principi di equità e trasparenza | | | | |
| Realizzazione del Piano degli Investimenti e aggiornamento delle gare | | | | |
| 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 | | | | |
| Potenziamento del sistema relativo alla sicurezza sul lavoro | | | | |
| 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 | | | | |
| Prosecuzione ed ultimazione delle attività per l'avvio in esercizio dell'Ospedale Monopoli-Fasano | | | | |
| Definizione ed adozione dell'Atto Aziendale | | | | |

| Dimensione Assistenza farmaceutica | Prospettiva del paziente/utente | Prospettiva dei processi interni all'Azienda | Prospettiva di innovazione e qualità | Prospettiva economico-finanziaria |
|--|---|--|--------------------------------------|-----------------------------------|
| | | <p>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</p> <p>Pieno utilizzo della piattaforma Edotto per la redazione dei Piani Terapeutici e delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali</p> <p>Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale</p> <p>Misure per il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata, della spesa farmaceutica relativa agli acquisti diretti e della spesa per acquisto di dispositivi medici nel rispetto dei tetti di spesa regionali e di quanto previsto dalla D.G.R.n.412/2023 e successive DD.G.R. applicative.</p> <p>Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA</p> | | |
| Dimensione Assistenza sanitaria territoriale | Potenziamento dell'offerta nell'ambito della salute mentale | <p>Potenziamento dell'offerta nell'Assistenza Sanitaria Territoriale nell'ambito degli obiettivi previsti dal P. N.R.R.</p> <p>Potenziamento delle attività mirate all'integrazione Ospedale-Territorio</p> <p>Qualificazione dell'Assistenza residenziale e semiresidenziale</p> <p>Potenziamento assistenza domiciliare</p> | | |

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

Per la valutazione del grado di raggiungimento degli elencati obiettivi strategici sono stati utilizzati oltre n.4500 indicatori con relativo target focalizzando l'attenzione per il 2024 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. | 42 |
| Innovaz. e qualità | 26 |
| Paziente utente | 19 |
| Processi interni | 365 |
| Totale | 452 |

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 |

| DIMENSIONE | OBIETTIVO | INDICATORE |
|------------|---|---|
| | | Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica |
| | | Report trimestrale sui casi di inappropriata prescrizione dei MMG riscontrati e comunicati alla Direzione Generale e ai Direttori di Distretto |
| | Appropriatezza setting assistenziale | Analisi NGS (Esoma clinico) in epoca prenatale in urgenza (referto entro 10 giorni lavorativi) |
| | | Gestione dei casi difficili in collaborazione con i CSM - Monitoraggio del fenomeno Revolving Door intraaziendale (%nuovo ricovero entro 7 gg e 30gg) |
| | | Monitoraggio del drop out dei primi contatti esitati in presa in carico in un anno |
| | | Monitoraggio del drop out dei primi contatti esitati in presa in carico in un anno nel CSM |
| | | Monitoraggio del drop out dei primi contatti esitati in presa in carico in un anno nella UOSVD |
| | | Monitoraggio e riduzione degli eventi di contenzione meccanica |
| | | N° di gravidanze gemellari monocoriali gestite per valutazione ed eventuale trattamento in caso di complicanze tipiche della condizione |
| | | Offerta di interventi specifici di gruppo per popolazioni di pazienti con doppia diagnosi e rispettive famiglie |
| | | Percentuale aberrazioni genomiche diagnosticate alla diagnosi invasiva mediante prelievo di villi coriali (villocentesi) |
| | | Progetto Esoma - Studio NGS di casi clinici con sospetto per causa genetica |
| | | Report semestrale sui dati di attività |
| | | 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) |
| | Clinical governance | Adeguamento alle Linee Guida Ministeriali per IVG Ambulatoriale |
| | | Elaborazione di due protocolli assistenziali relativi alle principali patologie in carico, sia in regime residenziale che assistenziale |
| | | Elaborazione di procedura per la gestione dell'emergenza in pazienti pediatrici con patologia cronica o rara complessa o in fase terminale |
| | | Elaborazione di progetto formativo teorico-pratico per il personale ADI, MMG e PLS relativo alle attività da svolgere nell'assistenza domiciliare di pazienti con malattia rara |
| | | Elaborazione di protocollo per la gestione dell' Emergenza/Urgenza Cardio-vascolare |
| | | Elaborazione di protocollo per la gestione dell' Emergenza/Urgenza Neuro-vascolare |
| | | Elaborazione di protocollo per la gestione della Sindrome Metabolica rivolto all'inquadramento diagnostico e strategie terapeutiche, nutrizionali e farmacologiche e |

| DIMENSIONE | OBIETTIVO | INDICATORE |
|------------|---------------------------------|--|
| | | sugli stili di vita all'interno dell'Istituto Penitenziario di Bari |
| | | Elaborazione documento di "indicazioni e raccomandazioni di attività di RADIOLOGIA" |
| | | Elaborazione Protocollo di "assicurazione di qualità in TELERADIOLOGIA" |
| | | Elaborazione/revisione procedura aziendale pre-ospedaliera del paziente con ictus |
| | | Implementazione di processo formativo teorico-pratico per i tecnici di Elettrofisiologia e Neurologi dell'adulto in ambito ospedaliero per l'esecuzione e valutazione di EEG in età pediatrica |
| | | Implementazione di un Bundle per Impianto e gestione dell'accesso venoso centrale e periferico nel neonato |
| | | Implementazione di un procedura interna di gestione medico-infermieristica della colonizzazione batterica da patogeni potenziali in TIN. |
| | | Implementazione e/o potenziamento attività di Day Service nefrologici autorizzati dalla Regione Puglia (es. PAC 26, 27, 28, 29, 73; PCB 26) |
| | | Incontri di gruppo con intervento riabilitativo DCA con Like Skill e Cognitive Remediation Realizzazione Therapy a soggetti area DCA restrittiva |
| | | Intervento di sensibilizzazione sul disagio giovanile e gli interventi precoci |
| | | Linee operative interne su azioni integrate CCSSMM e UOSVD Psichiatria Penitenziaria per la gestione del paziente autore di reato (appropriatezza dei PTRI, misure dell'AG e CRAP dedicate) |
| | | 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 operativo per la corretta gestione dei Micobatteri |
| | | Raccolta per una valutazione quantitativa e qualitativa degli eventi di vita stressanti e traumatici infantili tramite questionario autosomministrato agli utenti afferenti all'UOSVD Esordi Psicotici |
| | | Redazione di PDTA/procedura per la presa in carico multidisciplinare del paziente con Disturbo Gioco d'Azzardo (DGA) |
| | | Standardizzazione della modulistica del Consenso informato tra le Radiodiagnostiche ospedaliere e territoriali |
| | | Valutazione della corretta applicazione della procedura interna di Sanificazione delle Incubatrici in TIN mediante esecuzione di esami colturali delle superfici |
| | Efficienza operativa | Controllo di qualità su apparecchiature radiologiche: Numero apparecchiature controllate/apparecchiature installate |
| | | Relazione check list rischi ambientali |
| | Efficienza organizzativa | Elaborazione di una Istruzione Operativa per ogni Area identificata nella Circolare Esplicativa delle Professioni Sanitarie (Risorse Umane, Modelli assistenziali, Richio Clinico, Formazione post-base) |
| | | Percentuale di Unità di sangue eliminate per cause tecniche |

| DIMENSIONE | OBIETTIVO | INDICATORE |
|------------|---|--|
| | | Procedure per l'accesso delle indagini radiologiche in urgenza condivisa con il dipartimento di Emergenza-Urgenza |
| | | Protocollo di gestione dei DPI radiologici (art. 109 comma 6 lettera d D.Lgs 101/2020) |
| | Favorire la realizzazione, a livello locale, delle azioni previste dal PNCAR 2022-2025, in ambito veterinario, con approccio One Health,relativamente a sorveglianza /monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione | Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario |
| | Formazione | 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. |
| | | Conseguimento di almeno 80% dei crediti ECM nel corso dell'anno 2003, di almeno l'80% del Personale |
| | | Eventi formativi per lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione dell'emergenza nei luoghi di lavoro |
| | | Evento formativo sugli Strumenti diagnostici secondo evidenze scientifiche per la diagnosi di GAP |
| | | 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 |
| | | Formazione operatori di settore Alimentare (OSA) |
| | | Formazione sulla sicurezza sul lavoro per il personale della UOC: organizzazione di eventi su nuovi temi |
| | | Implementazione di processo formativo teorico-pratico per i tecnici di Elettrofisiologia e Neurologi dell'adulto in ambito ospedaliero per l'esecuzione e valutazione di EEG in età pediatrica |
| | | Organizzazione corsi di rianimazione neonatale interaziendale con monitor di ventilazione polmonare (Monivent) per personale medico e infermieristico dei centri nascita della ASL Bari |
| | | Organizzazione corsi per la Gestione avanzata delle vie aeree per le UU.OO. dei Presidi Ospedalieri |
| | | Organizzazione corsi per PTC avanzato per personale del 118 e delle UU.OO. Ospedaliere |
| | | organizzazione di almeno 2 (due) corsi di formazione riguardanti la celiachia e le allergie/intolleranze da alimenti destinate agli osa |
| | | 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 |

| DIMENSIONE | OBIETTIVO | INDICATORE |
|------------|-----------|--|
| | | nelle patologie acute e croniche rivolto ai MMG |
| | | Organizzazione di eventi formativi per i Referenti aziendali (referenti distrettuali e farmacisti territoriali) della Rete Malattie Rare |
| | | Organizzazione di eventi formativi per il personale di Comparto attinenti alla programmazione sanitaria |
| | | Organizzazione di evento formativo aziendale – Formazione Continua Interdisciplinare (PL 13 – PNP 20-25) |
| | | Organizzazione di evento formativo rivolto a personale medico e di comparto della ASL |
| | | Organizzazione di evento formativo su Antibioticoresistenza e gestione delle Infezioni ospedaliere |
| | | Organizzazione di evento formativo su tematiche di Medicina di Laboratorio |
| | | Organizzazione di evento formativo su tematiche di Microbiologia e Virologia |
| | | Organizzazione di incontri formativi sul PREMAL per il personale delle Direzioni Mediche |
| | | organizzazione di un corso formativo destinato agli operatori dei servizi di sicurezza alimentare e nutrizionale e agli utenti, riguardo il programma mensattiva (lotta agli sprechi alimentari nella ristorazione collettiva scolastica ed assistenzial |
| | | organizzazione di un corso formativo destinato agli operatori dei servizi di sicurezza alimentare e nutrizionale per favorire rapporti interdisciplinari per la gestione delle attività' previste di ccuu, in un'ottica one health |
| | | organizzazione di un corso formativo destinato agli operatori dei servizi di sicurezza alimentare e nutrizionale per favorire rapporti interdisciplinari per la gestione delle attività' previste di ccuu, in un'ottica one health |
| | | Organizzazione di un evento formativo sulla Medicina di Genere |
| | | Organizzazione evento "Emostasi nell'emorragia cerebrale" |
| | | Organizzazione Evento formativo per il personale medico e infermieristico delle UU.OO. della ASL |
| | | Organizzazione evento La Plasmaferesi nella Miastenia Gravis e nelle Neuropatie Disimmuni: condivisione delle indicazioni e della tecnica" |
| | | Piano di formazione obbligatoria biennale BLS e ALS per le UU.OO. del Dipartimento di Emergenza-Urgenza e per il personale delle Sale Operatorie |
| | | Progetto COM.INC. Comunicare per includere - Corso di Alta Formazione su A.S.D. (seconda edizione) rivolto a vari Stakeholders della cittadinanza attiva (Altamura) - ASL BA |

| DIMENSIONE | OBIETTIVO | INDICATORE |
|------------|--|---|
| | | Progetto formativo interno "I controlli veterinari sui cinghiali abbattuti ed emergenza PSA" |
| | | Promozione corsi di formazione sulla Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 |
| | | Promozione di corsi di formazione base per la Gestione del rischio clinico |
| | | Protocollo gestione malattie veicolate da alimenti |
| | | Realizzazione di almeno 2 interventi (webinar/divulgazione tramite portale asl/incontri in presea sulle malattie trasmesse dagli alimenti e diretti agli OSA) nel corso del 2024 |
| | | Realizzazione di evento formativo dipartimentale in Senologia Clinica |
| | | Realizzazione di un evento esperienziale (con 3 edizioni) "Disturbi del neurosviluppo: autismo, DSA e ADHD dell'adulto - Addestramento all'utilizzo di scale finalizzate alla diagnosi" |
| | | Realizzazione di un evento esperienziale (con 3 edizioni) Interventi di de-escalation e gestione del paziente con comportamento aggressivo |
| | | Realizzazione percorso formativo per personale medico, psicologico e comparto per la presa in carico di pazienti con Disturbi alimentari |
| | | Realizzazione percorso formativo per personale medico, psicologico e comparto per la presa in carico di pazienti con Disturbi alimentari |
| | | Realizzazione percorso formativo per personale medico, psicologico e comparto su nuove dipendenze, DAN, Psicofarmacologia, Altro |
| | | Supervisione dei PTRI e ciclo di incontri con équipes CRAP Autori di reato |
| | Governance aziendale | Attività di audit nell'ambito del Piano di Audit presso le strutture esterne all'Azienda |
| | | Attività di audit nell'ambito del Piano di Audit presso le strutture interne all'Azienda |
| | Governo delle liste di attesa | Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa |
| | | Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa con le Direzioni dei Distretti |
| | | Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa con le Direzioni Mediche di Presidio |
| | Lotta allo Stigma | Effettuazione eventi di lotta allo stigma e/o promozione della salute rivolto a popolazione target a rischio DCA e/o operatori socio-sanitari |
| | | Realizzazione di almeno un evento di sensibilizzazione delle comunità per la lotta allo stigma |
| | Miglioramento della qualità assistenziale | Analisi con Metodologia NGS dei casi di Cardiomiopatia /Aritmia cardiaca in collegamento con il Dipartimento Cardiovascolare della ASL BARI |
| | | Avvio del percorso sperimentale di intervento per la presa in carico precoce di minori di età 18-60 mesi con autismo |

| DIMENSIONE | OBIETTIVO | INDICATORE |
|---|---|---|
| | | Elaborazione di protocollo per la gestione del servizio di counselling fertilità per le coppie desiderose di prole |
| | | Indice di Ricostruzione immediata post-Mastectomia (età <= 55 aa) |
| | | Inizio terapia medica oncologica dalla data della diagnosi conclusiva discussa in MMD |
| | | Osservatorio delle buone prassi TdM e servizi sociosanitari territoriali dell'età evolutiva |
| | | Posizionamento di clip amagnetica per riconoscimento di lesioni tumorali in pazienti arruolate in Breast Unit e candidate alla chemioterapia neoadiuvante |
| | | Redazione di protocollo interno ospedale-territorio di intervento/valutazione nella diagnosi e trattamento DAN |
| | | Revisione del modulo di consenso informato |
| | | Sperimentazione del PDTA per ADHD |
| | Miglioramento della qualità percepita | Realizzazione di un questionario sulla qualità percepita da somministrare ad alunni, genitori e insegnanti al fine di valutare il gradimento degli interventi di prevenzione |
| | Promozione e diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione di misure di contrasto dell'AMR nei percorsi universitari e nell'aggiornamento continuo dei professionisti | Formazione sull'uso appropriato degli antibiotici |
| | Realizzazione di 2 interventi formativi/educativi del dipartimento di prevenzione sulle malattie trasmesse da alimenti e diretti agli osa | realizzazione di almeno 2 interventi (webinar/divulgazione tramite portale asl/incontri in presenza) nel corso del 2024 |
| | Sensibilizzazione dell'utenza alla prevenzione secondaria attraverso l'adesione agli screening oncologici | Organizzazione incontri divulgativi |
| Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione |
| | | Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza |
| | 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'URP per l'aggiornamento del Portale aziendale |
| | | Organizzazione di eventi aziendali |
| | | Riprogettazione del Portale Puglia Salute <<Nuovo Sito ASL BA>> |
| | | 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 |

| DIMENSIONE | OBIETTIVO | INDICATORE |
|------------|---|---|
| | | 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 |
| | Controllo dell'implementazione delle procedure di servizio | Supervisione in campo del personale dirigente e controllo a posteriori dei TDP |
| | Deflazionamento del contenzioso | Monitoraggio delle prestazioni erogate in pronta disponibilità attiva e relativi riposi, ai sensi del d.lgs 66/2003 e legge 133/2008 |
| | Efficienza operativa | Analisi della movimentazione in ingresso/uscita degli utenti dalle strutture sociosanitarie, con indicazione dei relativi periodi di permanenza e di eventuale cambio tipologia di Assistenza con creazione di database, anche anonimizzato |
| | | Collaborazione con STP alla Redazione del PIAO 2024-2026 relativamente alle parti di competenza |
| | | 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 Atti relativi al Progetto screening mammografico giusta D.D.G. 2336/2022 |
| | | Recupero crediti cessione emazie a Case di Cura Private Accreditate, come da disposizioni della Direzione Strategica e degli Uffici Regionali |
| | | Sottoscrizione accordi contrattuali con le Strutture Accreditate in conformità alle disposizioni regionali |
| | | Sottoscrizione accordi contrattuali con le Strutture Sociosanitarie in conformità alle disposizioni regionali |
| | | Utilizzo del software gestionale per la sorveglianza sanitaria presso tutte le sedi e unificazione degli archivi |
| | Efficienza organizzativa | Adempimenti delle circolari dell'Agenzia per la Cybersecurity Nazionale: Aumento della sicurezza delle reti locali mediante l'introduzione della segmentazione |
| | | Adempimenti delle circolari dell'Agenzia per la Cybersecurity Nazionale: Migrazione in Cloud di tutte le piattaforme applicative che prevedono dati sanitari |
| | | Aggiornamento dei DVR , P.E., dei Dipartimenti Territoriali |
| | | Aggiornamento dei DVR , P.E., dei Distretti |
| | | Aggiornamento dei DVR , P.E., dei PP.OO |
| | | Aggiornamento del Regolamento di acquisizione di beni, servizi e lavori sotto soglia comunitaria alla luce dell'entrata in vigore del nuovo codice in materia |

| DIMENSIONE | OBIETTIVO | INDICATORE |
|------------|-----------|--|
| | | Aggiornamento del Regolamento Incentivi, alla luce del nuovo Codice dei Contratti pubblici |
| | | Aggiudicazione delle Apparecchiature del Macro Lotto n. 3 di completamento per il Nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano |
| | | Attivazione della nuova piattaforma GZOOM per valutazione performance individuale |
| | | Audit periodici (con cadenza quadrimestrale) di aggiornamento e controllo dell'attuazione del protocollo aziendale delle procedure amministrative per l'accesso dei pazienti alle Strutture Socio-sanitarie alla luce delle nuove Disposizioni Regionali |
| | | Avvio procedura informatica PTFP |
| | | 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 |
| | | Completamento procedura stabilizzazione del personale nel rispetto della D.G.R. 1437/2023 |
| | | Controlli ispettivi presso le UU.OO. Ospedaliere mediante l'utilizzo di check list validate dal Direttore del Dipartimento Gestione del Farmaco |
| | | Coordinamento nelle attività Dipartimentali per la predisposizione del Piano degli Investimenti anno 2025 |
| | | Elaborazione di un Protocollo Operativo che, partendo dalla mappatura dei processi, vada a definire le attività coordinate dall'Area Patrimonio e del Dipartimento Gestione del Farmaco nell'acquisizione di Farmaci e Dispositivi Medici |
| | | Elaborazione di un Protocollo Operativo che, partendo dalla mappatura dei processi, vada a definire le attività coordinate dell'Area Patrimonio e dell'HTA Ingegneria Clinica nell'acquisizione delle attrezzature sanitarie |
| | | Elaborazione di un Protocollo Operativo che, partendo dalla mappatura dei processi, vada a definire le attività tra AGT, UOC ASSI ed Ingegneria Clinica per la installazione delle nuove apparecchiature e l'esecuzione dei lavori connessi |
| | | Elaborazione di un Protocollo Operativo che, partendo dalla mappatura dei processi, vada a definire le attività tra AGT, UOC ASSI ed Ingegneria Clinica per la installazione delle nuove apparecchiature e l'esecuzione dei lavori connessi |
| | | Elaborazione procedura amministrativa secondo i principi dei Pac aziendali e in relazione all'avvio del MOSS per l'attività del Magazzino Centrale CTO, trasferitosi presso P.O. San Paolo |
| | | Espletamento convocazione a visita del personale di prossima quiescenza ai sensi del DL 81/2008 e s.m.i. |
| | | Espletamento Gare sotto soglia dopo la ricezione dei capitolati tecnici (DDG 2161/2016), in seguito ad assegnazione della Direzione Amministrativa Aziendale |
| | | Espletamento visite obbligatorie del personale neo assunto (visite preventive in fase preassuntiva) |

| DIMENSIONE | OBIETTIVO | INDICATORE |
|------------|-----------|---|
| | | Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne |
| | | Gestione amministrativa e giuridica del personale assegnato all'UOC Medicina Penitenziaria e UOC Cure Palliative |
| | | Gestione dei turni informatizzati presso i DSS |
| | | Implementazione PIAO per la parte di competenza dell'AGRU |
| | | Implementazione procedura di pagamento delle prestazioni attive esclusivamente tramite il sistema PagoPA |
| | | Indizione Avvisi UU.OO.SS Distrettuali |
| | | Indizione procedura di gara e consegna lavori realizzazione infrastrutture stradali per il Nuovo Ospedale Monopoli - Fasano |
| | | Indizione procedure di gara per l'acquisizione delle Apparecchiature medicali ed arredi sanitari per il Nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano |
| | | Indizione procedure di gara per l'acquisizione degli arredi non sanitari per il Nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano |
| | | Intervallo di tempo tra richiesta Documento Unico di Valutazione Rischi da Interferenze e consegna dello stesso alle Strutture competenti |
| | | Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale |
| | | Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi operativi di budget delle UOC E UOSVD al 30 giugno, come da singoli obiettivi assegnati alle UOC e UOSVD |
| | | Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget |
| | | Monitoraggio del rispetto dei vincoli di finanza pubblica in occasione dei CE trimestrali |
| | | Monitoraggio delle attività delle associazioni di volontariato |
| | | Monitoraggio PNRR |
| | | organizzazione di incontri periodici con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari |
| | | P.N.R.R.: realizzazione ed attivazione del 100% delle COT previste |
| | | P.N.R.R.: Supporto al gruppo di lavoro aziendale per le attività richieste dalla Regione |
| | | Predisposizione documentazione tecnica per Attivazione Procedura di Gara per apparati switch, wifi e cablaggi per il completamento e messa in rete del nuovo Ospedale Monopoli-Fasano, previo finanziamento Art. 20 |
| | | 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 |
| | | Produzione di documento per la razionalizzazione del patrimonio immobiliare |
| | | Proposta di piattaforma di contratto integrativo aziendale 2024 - Dirigenza e Comparto |

| DIMENSIONE | OBBIETTIVO | INDICATORE |
|------------|--|---|
| | | Proposta di Regolamento di funzionamento AFT degli MMG |
| | | Proposta di regolamento per graduazione e conferimento incarichi Dirigenza Area Sanità |
| | | Proposta di Regolamento per graduazione e conferimento incarichi Dirigenza PTA |
| | | Raccolta relazioni degli obiettivi operativi di budget delle UOC e UOSVD al 31 dicembre |
| | | Redazione Bilancio di Genere 2022 |
| | | Redazione Bilancio di Genere 2023 |
| | | Redazione documento annuale sul raggiungimento degli obiettivi di budget |
| | | Rispetto dei target di spesa per la Rendicontazione dei Fondi Europei FESR |
| | | Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale |
| | | Trasmissione mensile entro 10 gg. dalla fine del mese di riferimento alla Direzione Amministrativa di Presidio dei dati necessari alla fatturazione mensile da parte delle ditte fornitrici dei servizi di Lavanderia e Mensa |
| | | Attivazione recupero somme nei confronti dei Comuni morosi |
| | | Adozione protocollo operativo per la gestione del contenzioso del lavoro |
| | | Adozione protocollo operativo per la gestione dei provvedimenti monitorati |
| | | Censimento delle attività amministrative trasversali SBL-AGRU e SBL-AGRF ai fini deflattivi del relativo contenzioso |
| | Governance aziendale | Gestione istanze esercizio di diritti e data-breach |
| | | Gestione istanze sperimentazioni cliniche |
| | | Aggiornamento del Regolamento Aziendale in materia di Sperimentazioni Cliniche |
| | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria |
| | | Costo Mat. Diagn. Laboratori / Ricavi da attività sanitaria |
| | | Costo Materiale per emodialisi / Ricavi da attività sanitaria |
| | | Costo Materiale per radiologia / Ricavi da attività sanitaria |
| | | Costo Materiale protesico / Ricavi da attività sanitaria |
| | | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria |
| | Monitoraggio attività libero professionale | Controlli a campione tra risultanze CUP e gestionale presenze (coincidenza tra prenotazioni CUP - fatturazione - timbrature causalizzate) + Controllo corrispondenza prestazioni autorizzate e prestazioni erogate |
| | | Predisposizione CE ALPI 1 Semestre 2024 |
| | | 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 |
| | Monitoraggio della spesa | Monitoraggio della spesa dell'Assistenza Riabilitativa residenziale/semiresidenziale per tossicodipendenti da privato |
| | Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR | Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale |

| DIMENSIONE | OBIETTIVO | INDICATORE |
|--|--|---|
| | | 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 |
| | | Num. giorni necessari per la liquidazione fatture |
| | | Trasmissione bolle caricate in MOSS alla Direzione Amministrativa di Presidio nei modi e tempi utili alla liquidazione entro 40 giorni |
| Assistenza farmaceutica | 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 |
| | | Prescrizione di farmaci aventi brevetto scaduto nei pazienti "naive" nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali |
| | | Spesa farmaceutica convenzionata (al lordo del payback ed al netto del ticket) per popolazione pesata normalizzata OSMED |
| | 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 | 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 |
| 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 |

| DIMENSIONE | OBIETTIVO | INDICATORE |
|------------|---|--|
| | | Analisi Mobilità Passiva Ambulatoriale |
| | | Analisi Mobilità Passiva Ospedaliera |
| | | Relazione sullo Stato di Salute della popolazione della ASL BA |
| | Attuazione Piano Nazionale Alimentazione Animale | n. campionamenti effettuati/tot. campionamenti previsti |
| | Clinical governance | % codici Arancioni presi in carico entro 15 minuti |
| | | % Abbandoni da P.S. |
| | | % Accessi seguiti da ricovero o trasferiti |
| | | % di ricoveri per Gastroenterite |
| | | % Dimissioni volontarie |
| | | % IMA non provenienti da altre Strutture trattati con PTCA entro 2 gg |
| | | % parti cesarei depurati (NTSV) |
| | | % parti vaginali con Episiotomia |
| | | % Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48 ore dal ricovero in regime ordinario in pazienti > 65 anni |
| | | % Ricoveri da P.S. in Reparti chirurgici con DRG Chirurgico alla dimissione |
| | | % ricoveri in regime di urgenza nelle UU.OO. di Area Medica attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza |
| | | Accentramento della diagnostica microbiologica aziendale presso il Laboratorio Provinciale di Microbiologia e Virologia dell'Ospedale Di Venere |
| | | Ambulatorio generale: N. pazienti/mese |
| | | Attività chirurgica per ipertrofia prostatica benigna: N. ricoveri ordinari |
| | | Avvio campagna vaccinale HSV e Antitetanica |
| | | Avvio tecnologia cesm-mammografia con mdc |
| | | Completamento della Rete dei Laboratori della ASL BA secondo il modello Hub-Spoke |
| | | Comprensione ed utilizzo dell'Intelligenza Artificiale Generativa in attività di gruppo con utenti afferenti alla UOSVD Esordi Psicotici |
| | | Degenza Media |
| | | Degenza Media Pre Operatoria |
| | | Gestione dei pazienti a rischio di reazione avversa a mezzo di contrasto |
| | | Importo attività ambulatoriale |
| | | Incremento dei punti di offerta diagnostico-operativa per lo screening |
| | | Indice Chirurgico |
| | | Istituzione ed avvio di progetto di follow-up multidisciplinare dei malati rari seguiti presso UO Epilessia ed EEG Età Evolutiva |
| | | Monitoraggio dei punti nascita secondo la procedura aziendale di implementazione Racc. Ministeriali n. 6 e n.16 adottate nel 2019 |
| | | Monitoraggio e controllo delle procedure aziendali derivanti dalle Raccomandazioni Ministeriali |
| | | 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 |

| DIMENSIONE | OBIETTIVO | INDICATORE |
|------------|-------------------------------------|---|
| | | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n. 7, 12, 17, 18 |
| | | N. di Tracheotomie chirurgiche |
| | | N. prestazioni di Day Service |
| | | Numero di pazienti arruolate per interruzione di gravidanza oltre il 90° giorno di amenorrea |
| | | Numero di pazienti con diagnosi di aborto ritenuto arruolate per procedura farmacologica in day hospital |
| | | Numero di prescrizioni di terapia a domicilio mediante piattaforma EDOTTO |
| | | Numero di prescrizioni di terapia mediante legge 648/96 in proporzione ai day service/day hospital |
| | | Numero inserimento IUD post IVG |
| | | Numero pazienti inviate ai consultori post IVG |
| | | Numero sedute IVG farmacologiche |
| | | Numero sedute IVG farmacologiche per IVG e Aborti spontanei |
| | | Percentuale Colectomie Laparoscopiche con D.M. postop. <3gg |
| | | Percentuale di interventi chirurgia coloretale in laparoscopia |
| | | Peso medio DRG |
| | | Potenziamento attività di II livello |
| | | Potenziamento attività di II livello centro Endoscopia Monopoli |
| | | Potenziamento attività endoscopica presso il P.O. della Murgia: N.prestazioni endoscopiche esterne ed interne |
| | | Potenziamento attività ERCP presso il P.O. della Murgia: N.prestazioni di ERCP |
| | | Potenziamento attività ERCP presso il P.O. San Paolo: N.prestazioni di ERCP |
| | | Prevenzione delle recidive di IVG con contraccezione orale o meccanica predisposta all'atto della dimissione |
| | | Prevenzione e Gestione Integrata dei fenomeni di marginalità e inclusione sociale |
| | | Programma strutturato di Psicoeducazione per familiari di soggetti con DCA in carico alla UOSVD DCA |
| | | Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inapproprietezza e ricoveri con DRG non a rischio inapproprietezza in regime ordinario |
| | | Screening Carcinoma della cervice uterina: potenziamento dell'attività di II livello |
| | | Screening pre-eclampsia |
| | Donazione Organi e/o Tessuti | N. donazioni/N. accertamenti morte cerebrale |
| | Efficienza operativa | Avvio attività di Poligrafia: Numero prestazioni per pazienti esterni |
| | | Avvio della produzione di Emocomponenti ad uso non trasfusionale |
| | | N.ro misure di esposizioni ambientali/N.ro diagnostiche radiologiche |
| | | N.ro schede personali dosimetriche aggiornate/ N.ro schede totali |
| | | Potenziamento Ambulatorio Cefalee: Numero visite |
| | | Potenziamento Ambulatorio Parkinson: Numero visite |

| DIMENSIONE | OBIETTIVO | INDICATORE |
|------------|--|---|
| | | Potenziamento Ambulatorio Potenziali Evocati: Numero prestazioni |
| | | Predisposizione protocollo operativo di accesso alle cure palliative residenziali |
| | | Produzione unità di plasma da destinare alla lavorazione industriale |
| | | Reclutamento delle gestanti con rischio intermedio al test combinato per l'esecuzione del test del DNA fetale. |
| | | Supporto all'OIV e STP per la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget annuale |
| | | Unità di sangue raccolte |
| | Efficienza organizzativa | Definizione di procedura per l'inserimento in Comunità Terapeutica |
| | | Effettuazione esami e refertazione di TC e RM, ove presente entro 72 h. dalla richiesta per pazienti ricoverati |
| | | Elaborazione Procedura di ritiro, conservazione e consegna dei campioni biologici relativi ad esami istopatologici |
| | | Gestione centralizzata e monitoraggio dello stato di avanzamento delle valutazioni sanitarie da parte dei DSS relative alle domande per accedere al Sostegno Familiare e al Patto di cura 2023-2024 |
| | | Gestione centralizzata e standardizzazione delle procedure tese alla gestione del budget per i contributi alle spese sanitarie sostenute dai cittadini con disturbi dello spettro autistico (art. 72 comma 4 L.R. n° 32/2022 e D.G.R. N° 1086/2023) |
| | | Gestione centralizzata e standardizzazione delle procedure tese alla gestione del budget per i contributi erogati ad assistiti aventi diritto agli adattamenti agli strumenti di guida, rif. DGR 455/2022 |
| | | N. prestazioni di visita genetica |
| | | Numero pazienti contattati in televisita |
| | | Numero prestazioni ambulatoriali esterne |
| | | Percorso urgenze: N. pazienti con valutazione neurologica entro 48 ore |
| | | Numero prestazioni ambulatoriali esterne Ambulatorio Terapia del Dolore |
| | Formazione | Accoglienza soggetti DCA in PS ASL BA Realizzazione evento formativo sui DCA per Percorso Lilla in Pronto Soccorso a cura di UOSVD DCA e DEA |
| | Miglioramento della qualità assistenziale | Intervento chirurgico dopo chemioterapia neoadiuvante entro 30 giorni dall'ultimo ciclo di terapia |
| | | N. ricoveri chirurgici con utilizzo di procedure robotizzate su protesi di ginocchio |
| | | Percentuale di parti vaginali con Partoanalgesia |
| | | Percentuale di pazienti avviate a chemioterapia neoadiuvante dopo discussione in MMD |
| | Miglioramento dell'offerta sanitaria | Percentuale di ricoveri di pazienti extra ASL |
| | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | % erogazioni effettive del primo ciclo di terapia rispetto alle prescrizioni. |
| | | Monitoraggio degli eventi di ricovero/ricaduta dopo somministrazione di Long Acting |

| DIMENSIONE | OBIETTIVO | INDICATORE |
|--------------------|---|--|
| | Obblighi informativi | Redazione Report attività I e II livello per gli anni 2021-2022-2023-2024 |
| | Registro regionale delle malformazioni | N° casi comunicati |
| Prevenzione | Attività di vigilanza e controllo (LEA) | Numero di aziende da verificare e controllare sul totale di attività produttive con almeno un dipendente presenti sul territorio di competenza (Fonte INAIL) |
| | Attività di vigilanza e controllo (Obiettivo LEA) | Numero di aziende da verificare e controllare sul totale di attività produttive con almeno un dipendente (n. 14380) presenti nel territorio della ASL BA (rif. LEA) |
| | | numero di aziende da verificare e controllare sul totale di attività produttive con almeno un dipendente (n. 14881) presenti nel territorio della ASL BA (rif. LEA) |
| | Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di controlli ufficiali sulla base di criteri e frequenza stabilita su OSA Registrati | Numero di controlli minimi su OSA registrati ai sensi del Reg. CE 852/04 con tecniche di ispezione o audit / numero di OSA Registrati Reg. CE 852/04 |
| | Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di controlli ufficiali sulla base di criteri e frequenza stabilita su OSA Riconosciuti | Numero di controlli minimi su OSA riconosciuti ai sensi del Reg. CE 853/04 con tecniche di ispezione o audit / numero di OSA Riconosciuti Reg. CE 853/04 (NSG - P 13Z) |
| | Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli su OSA Registrati | Numero di controlli minimi su OSA registrati ai sensi del Reg. CE 852/04 con tecniche di ispezione o audit / numero di OSA Registrati Reg. CE 852/04 |
| | Attuazione Piano Nazionale Alimentazione Animale | n. campionamenti PNAA effettuati/numero campionamenti previsti |
| | Attuazione Piano Nazionale Benessere Animale 2024 | Allevamenti DPA previsti/controllati per la corretta applicazione del benessere animale |
| | Attuazione Piano Nazionale della Farmacosorveglianza 2024 | Allevamenti DPA previsti/controllati per la corretta gestione del farmaco |
| | | Controlli ufficiali presso attività diverse da quelle in cui si allevano animali da produzione di alimenti previsti/controllati |
| | Attuazione Piano Nazionale Residui | n. campionamenti effettuati / tot. campionamenti previsti |
| | Certificazione animali morti | Controlli su invio a smaltimento degli animali morti |
| | Controlli sugli allevamenti | Allevamenti bovini-bufalini-ovicaprini con indirizzo produttivo latte con qualifica sanitaria per Paratubercolosi (PTO) assegnata / totale allevamenti bovini-bufalini-ovicaprini con indirizzo produttivo latte |
| | | Allevamenti controllabili per Aujeszky/totale allevamenti suini soggetti al programma |
| | | Allevamenti controllabili per BR bovina / totale allevamenti bovini soggetti al programma |
| | | Allevamenti controllabili per BR ovi-caprina / totale allevamenti ovi-caprini soggetti al programma |
| | | Allevamenti controllabili per TBC e LEB bovina / totale allevamenti bovini soggetti al programma |
| | | Allevamenti equini controllati/tot. allevamenti equini controllabili |
| | | Allevamenti ovini controllabili per Scrapie classica / totale allevamenti ovini soggetti al programma |
| | | Genotipizzazione del EST (Scrapie) per le quote da rimonta degli allevamenti iscritti a libri genealogici e razze autoctone in via di |

| DIMENSIONE | OBIETTIVO | INDICATORE |
|------------|---|---|
| | | estinzione soggetti al programma, ai fini della salvaguardia del patrimonio genetico ovino |
| | | Monitoraggio, censimento e riallineamento degli allevamenti apistici commerciali 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 |
| | | Cani randagi catturati identificati ed iscritti nel sistema SIRAAF / cani randagi catturati |
| | | Iscrizione in BDR sistema SIRAAF di tutte le Colonie feline conosciute |
| | | Iscrizione nel sistema SIRAAF di tutte le Colonie feline conosciute |
| | Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti | Liv. di copertura di base delle principali attività di controllo per la contaminaz. di alimenti, con partic. riferimento alla ricerca di sostanze illecite, residui di contaminanti, farmaci, fitofarmaci e additivi negli alimenti di origine animale e veget. |
| | 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 |
| | | Report dati Provinciali relativo alla produzione degli SPESAL con il confronto tra le tre aree in rapporto alla dotazione del personale disponibile |
| | 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 |
| | Lotta integrata alle malattie trasmesse da vettori attraverso le buone prassi, le iniziative informative a favore dei cittadini, formative e di approfondimento degli attori coinvolti, il monitoraggio degli indicatori dei relativi obiettivi, in un'ottica di | Persone/operatori a rischio individuate |
| | Mantenimento standard adeguati di sicurezza alimentare | Revisione ed adeguamento delle analisi del rischio degli stabilimenti riconosciuti CE |
| | Miglioramento della qualità assistenziale | Organizzazione di giornate di screening per la prevenzione delle patologie di interesse oculistico (Glaucoma, Retinopatie diabetica e Maculopatia dell'età senile) |
| | | Proporzione di pazienti con carcinoma infiltrante e ascella negativa alla valutazione clinico-strumentale (US/FNAC/CNB) sottoposte a sola biopsia del linfonodo sentinella |
| | | Screening Carcinoma della cervice uterina: Percentuale di adesione della popolazione bersaglio |
| | | Screening Neonatale per la Atrofia Muscolare Spinale |
| | | Utilizzo del Sistema di Sequenziamento NGS per test DNA fetale per la analisi genomica ad ampio spettro (previo counselling) |

| DIMENSIONE | OBIETTIVO | INDICATORE |
|------------|--|---|
| | Miglioramento qualità assistenziale | Percentuale di adesione: % di persone in età target che eseguono il test / donne residenti (ind. LEA/NSG) |
| | | Percentuale di adesione: % di persone in età target che eseguono il test / donne residenti (ind. LEA/NSG) |
| | Obiettivi REACH e CLP ASL Bari 2024 | Piano regionale delle attività di controlli sui prodotti chimici |
| | P..R.P. 2021-2025: PP6 | Formazione incentrata su metodologie efficaci di verifica della valutazione del rischio (da amianto) |
| | P..R.P. 2021-2025: PP7 | Formazione SSL (sicurezza sul lavoro) rivolta agli operatori del settore edile per il contrasto del fenomeno tecnopatico |
| | | Piano mirato di prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali |
| | | Sorveglianza sanitaria efficace |
| | P..R.P. 2021-2025: PP8 | Piano mirato di prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali |
| | | Sorveglianza sanitaria efficace |
| | P.R.P. 2021-2025: PP3 | Promuovere una maggiore adesione dei lavoratori nella fascia di età superiore ai 45 anni alla mappatura del cardiorischio |
| | P.R.P. 2021-2025: PP6 | Formazione incentrata su metodologie efficaci di verifica della valutazione del rischio (attrezzature di lavoro) |
| | P.R.P. 2021-2025: PP7 | Formazione SSL (sicurezza sul lavoro) rivolta agli operatori del settore agricoltura per il contrasto del fenomeno tecnopatico |
| | | Percentuale di cantieri amianto ispezionati sul territorio aziendale rispetto al totale dei piani di lavoro amianto presentati ex art. 256, comma 2 del D.Lgs. 81/08 nell'annualità di riferimento |
| | | Percentuale di cantieri edili ispezionati sul territorio aziendale rispetto al totale dei cantieri notificati ex art. 99 D.Lgs 81/08 sul territorio di competenza nell'anno precedente |
| | | Piano mirato di prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali |
| | | Piano mirato di prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali: Elaborazione e avvio di PMP nel settore agricolo e zootecnico |
| | | Prevenzione delle patologie cancerose cutanee da danno attinico |
| | | Sorveglianza sanitaria efficace |
| | P.R.P. 2021-2025: PP7 / PP8 | Sorveglianza sanitaria efficace |
| | P.R.P. 2021-2025: PP8 | Formazione degli operatori dei Servizi delle ASL su temi prioritari inerenti le metodologie di valutazione e gestione del rischio (cancerogeno, ergonomico, psicosociale), al fine di rendere più efficaci e proattive le attività di controllo e assistenza: |
| | | Piano mirato di prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali (MSK) |
| | | Piano mirato di prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali: Realizzazione e completamento di PMP rischio stress lavoro correlato |
| | | Piano mirato di prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali: verifica dell'applicazione delle buone pratiche nell'ambito dell'attività di |

| DIMENSIONE | OBIETTIVO | INDICATORE |
|------------|---|--|
| | | vigilanza, attività di monitoraggio e verifica PMP |
| | Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP8 | Controlli su sostanze e miscele classificate cancerogene su iniziativa dello SPESAL Area Metropolitana |
| | Potenziamento attività di Sorveglianza e Prevenzione Malattie Infettive Trasmissibili | Informatizzazione su piattaforma GIAVA coorti 1975-1982 |
| | Potenziamento attività di controllo | N. controlli su Piscine Pubbliche o Private espletati / N. richieste di controllo Piscine Pubbliche o Private pervenute |
| | | Numero di scuole dell'infanzia verificate "monitoraggio radon" rispetto al numero delle scuole dell'infanzia che insistono sul territorio |
| | Potenziamento attività di controllo ufficiale sugli Stabilimenti di commercio ingrosso/dettaglio mangimi e determinazione del profilo di rischio | Stabilimenti di commercio ingrosso/dettaglio mangimi (materie prime, mangimi composti) controllati/totale in anagrafica aggiornata |
| | Potenziamento attività di prevenzione vaccinale | Consegna vaccino antinfluenzale nell'anziano ai punti SPOKE entro 10 gg. dalla consegna presso l'HUB aziendale e caricamento sul SISTEMA VaLoRe. |
| | | Copertura vaccinale a 24 m. per ciclo base (NSG-P01C)-N. soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (3 dosi) / N. soggetti della stessa coorte |
| | | Copertura vaccinale a 24 m. per la 1a dose di vaccino anti-MPR (NSG-P02C) - N. soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con 1a dose / N. soggetti della stessa coorte |
| | | Copertura vaccinale anti-HPV (NSG-P05C). Chiamata attiva bambine nel corso del 12°a. di vita. N° inviti / N. bambine della stessa coorte |
| | | Copertura vaccinale anti-meningococcica tetravalente (NSG-P04C) - N. soggetti entro i 24 m. di età vaccinati con ciclo completo / N. soggetti della stessa coorte |
| | | Copertura vaccinale anti-pneumococcica (NSG-P03C) - N. soggetti entro i 24 m. di età vaccinati con ciclo completo / N. soggetti della stessa coorte |
| | Potenziamento 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 zootriche/ 33% del totale delle scorte proprie del veterinario per attività zootriche |
| | Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare | Controllo dei caseifici riconosciuti |
| | | Controllo dei caseifici riconosciuti e registrati |
| | | Controllo dei caseifici riconosciuti e registrati con Check List regionale SEU |
| | | Controllo semestrale dei Centri di imballaggio uova |
| | | Piano di monitoraggio armonizzato sulla resistenza agli antimicrobici (AMR) dei batteri zoonotici e commensali |
| | | Programmazione ed esecuzione di controlli congiunti con il SIAN sulla ristorazione collettiva e socioassistenziale |
| | | Programmazione ed esecuzione di controlli congiunti con il SIAN sulla ristorazione scolastica e socioassistenziale |

| DIMENSIONE | OBIETTIVO | INDICATORE |
|------------|---|---|
| | 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 Cervice Uterina: Applicazione delle procedure di controllo di qualità interno ed esterno previste dal GISCI per il nuovo algoritmo di screening |
| | | 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 |
| | | Screening Carcinoma della mammella: 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 |
| | promozione della sicurezza alimentare | 10 ccuu* (ispezione, audit, campionamento) congiunti presso centri cottura e terminali somministrazione pasti per la ristorazione scolastica ed assistenziale. Tutela consumatori. Sicurezza alimentare utenza sensibile. |
| | Promozione della sicurezza alimentare | 10 ccuu* (ispezione, audit, campionamento) congiunti presso centri cottura e terminali somministrazione pasti per la ristorazione scolastica ed assistenziale. tutela consumatori. sicurezza alimentare utenza sensibile |
| | | Audit su stabilimenti riconosciuti ex Reg. Ce 853/2004 |
| | | Controlli congiunti con SIAV B su ristorazione scolastica e socio assistenziale |
| | | Controlli mirati sull'utilizzo del sale iodato nella ristorazione collettiva e nelle attività di vendita |
| | | controlli mirati utilizzo di sale iodato nella ristorazione collettiva e nelle attività di vendita |
| | | Controlli su attività di deposito produzione e commercializzazione MOCA |
| | | Effettuazione di AUDIT congiunti con SIAV B Nord su ristorazione scolastica e socio assistenziale |
| | | Effettuazione di ispezioni congiunte con SIAV B su ristorazione scolastica e socio assistenziale per sorveglianza e prevenzione della Listeriosi |

| DIMENSIONE | OBIETTIVO | INDICATORE |
|------------------------|---|--|
| | | ispezioni programmate presso OSA nella misura di 238/anno |
| | Promozione e potenziamento sicurezza alimentare | Controllo dei laboratori che eseguono analisi per l'autocontrollo |
| | Promozione sicurezza alimentare | Controlli ufficiali congiunti con il SIAN su ristorazione collettiva e socio assistenziale |
| | 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 |
| | | Rendicontazione semestrale relativa all'utilizzo del sistema informativo CLICK PREVENZIONE suddiviso per area |
| | | 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 | Misurazione agenti fisici in ambienti di lavoro |
| | | Relazione annuale sullo stato di salute dei lavoratori della ASL BA |
| | Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro Piano edilizia | Percentuale di cantieri vigilati rispetto al totale delle notifiche preliminari ex art. 99 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i. nell'annualità precedente rispetto a quella di riferimento; |
| | Sorveglianza BSE dei Bovini di età 48 mesi morti in allevamento | prelievi obex/sul totale prelevabile |
| | Sorveglianza TSE ovini/caprini di età = 18 mesi morti in allevamento | prelievi obex/sul totale prelevabile |
| Sanità digitale | Efficienza organizzativa | Attivazione e completamento del nuovo software di Gestione del Laboratorio dei Laboratori Analisi Hub e Spoke |
| | Sanità digitale | % di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia |
| | | % di prestazioni ambulatoriali con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia |
| | | Completamento attivazione Software di Gestione della Rete Trasfusionale |
| | | Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata |
| | | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse |

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 2024 la Direzione Strategica ha tenuto conto dei seguenti riferimenti normativi:

- a. D.G.R.n.1558 del 13/11/2023, avente ad oggetto *“Definizione e assegnazione degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. biennio 2023-2024”*, con cui l'organo di governo regionale ha individuato ed assegnato gli obiettivi di performance delle Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. tenendo conto
 - degli indicatori individuati dal DM 12 marzo 2019, con cui è stato introdotto il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria;
 - delle priorità strategiche regionali derivanti anche dal Programma Operativo e previsioni normative dei Piani di rientro;
 - degli adempimenti derivanti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)
 - degli obblighi di legge, tra cui quanto stabilito dalla L. 145/2018 - art. 1 – c.865, secondo il quale: *“Per gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale che non rispettano i tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente, le regioni e le province autonome provvedono ad integrare i contratti dei relativi Direttori Generali e dei Direttori Amministrativi inserendo uno specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato. La quota dell'indennità di risultato condizionata al predetto obiettivo non può essere inferiore al 30 per cento.”*;
- b. contratto di prestazione d'opera intellettuale sottoscritto dal Direttore Generale in data 15/02/2022;
- c. D.G.R.n.412/2023 avente ad oggetto *“Analisi e valutazione della spesa sanitaria - L.R. n. 2/2011 - Programma operativo - Misure urgenti di riqualificazione e razionalizzazione della spesa”* e successive DD.G.R. applicative;
- d. altri obiettivi previsti da leggi e/o atti dispositivi nazionali e regionali;

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

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

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

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

La scheda di budget è costituita dai seguenti elementi:

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

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

Gli obiettivi devono essere:

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

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

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

- Definizione del Regolamento del budget operativo: il Regolamento di budget viene elaborato dalla Struttura Tecnica Permanente (S.T.P.) con il supporto della U.O. Controllo di Gestione, su mandato della Direzione Generale, ed adottato con atto deliberativo, nel più ampio quadro del SMVP elaborato dalla stessa Struttura Tecnica Permanente, su mandato della Direzione Generale;
- Apertura fase di negoziazione: la fase di negoziazione ha inizio con incontri tra la Direzione Generale ed i dirigenti apicali (Direttori di Dipartimento Ospedaliero, Direttori di Dipartimento Territoriale, Direttori delle Aree di Gestione ed i Direttori/Dirigenti Responsabili delle UU.OO. di Staff). Durante tali incontri la Direzione Generale, con il supporto della U.O. Controllo di Gestione e della S.T.P., presenta la proposta di budget (liv. II) sulla base degli indirizzi strategici aziendali, come risultanti dagli obiettivi di mandato del Direttore Generale e da quelli annuali assegnati dalla Regione ovvero individuati direttamente dallo Stato (liv. I), con l'invito ad integrarla eventualmente con obiettivi specifici;
- Fase istruttoria: questa fase si sviluppa inizialmente all'interno di ciascuna Macrostruttura, a cura del

Direttore/Dirigente Responsabile, con la finalità di

- illustrare ai Direttori/Responsabili delle Unità Operative afferenti la proposta della Direzione Generale promuovendo il dibattito e la partecipazione attiva;
 - individuare per ciascuna Unità Operativa, d'intesa con i relativi Responsabili, gli eventuali obiettivi integrativi. Tali obiettivi integrativi devono essere in linea con le 4 prospettive precedentemente indicate e coerenti con gli obiettivi regionali e statali assegnati al Direttore Generale e comunque rientranti nella sostenibilità economica e tecnica dell'Azienda. I Direttori di Macrostruttura completano le schede di budget con le eventuali proposte di integrazioni scaturite dal confronto e le trasmettono alla S.T.P.. Successivamente la S.T.P., con il supporto del Controllo di Gestione, effettua l'analisi delle proposte di budget operativo evidenziandone le eventuali incongruenze con la programmazione aziendale e la sostenibilità economica e tecnica.
- Conclusione della negoziazione e formalizzazione delle schede di budget: la Direzione Generale valuta la proposta di budget operativo pervenuta dalle Macrostrutture, ed in particolare le eventuali integrazioni introdotte, sulla base dell'istruttoria predisposta dalla S.T.P. con il supporto del Controllo di Gestione. La negoziazione si conclude, durante uno specifico incontro, con l'intesa tra il Direttore Generale e i Direttori/Dirigenti Responsabili di Macrostruttura e la sottoscrizione del documento di budget (scheda di budget). Copia delle schede sottoscritte viene pubblicata sulla Intranet aziendale all'indirizzo <http://10.14.192.211/wordpress/cdg/cdg-sb/> raggiungibile da un computer collegato alla rete aziendale.
 - Formalizzazione del budget operativo delle UU.OO.: il Direttore/Dirigente Responsabile di Macrostruttura formalizza le schede di budget sottoscritte con il Direttore Generale alle UU.OO. afferenti.
 - Comunicazione interna della negoziazione dei budget operativi: i Direttori/Dirigenti Responsabili delle Unità Operative hanno il compito di:
 - informare i collaboratori assegnati alla Unità Operativa dell'esito della negoziazione
 - documentare l'avvenuta comunicazione tramite l'invio di verbale al Controllo di Gestione
 - predisporre il relativo Piano Operativo, che illustra, ripartisce ed assegna gli obiettivi di lavoro a tutto il personale della Unità Operativa, sia della dirigenza che del comparto. Tale documento, atto dirigenziale di programmazione annuale, è sottoscritto dal Direttore/Dirigente Responsabile, che ne dà comunicazione a tutto il personale assegnato alla U.O., ed inviato alla S.T.P.
 - Monitoraggio intermedio e rimodulazione eventuale obiettivi di budget operativo: i Direttori/Dirigenti Responsabili destinatari degli obiettivi di budget possono richiedere, nelle ipotesi riportate di seguito, la rimodulazione della scheda di budget operativo inoltrando formale richiesta alla Struttura Tecnica Permanente, supportata dall'U.O. Controllo di Gestione, che provvederà a inoltrare, entro il mese di settembre, le proposte di rimodulazione alla Direzione Strategica per le opportune valutazioni e determinazioni, da approvarsi entro il mese di ottobre.

La scansione temporale per la negoziazione del budget operativo e la rendicontazione di fine anno del raggiungimento degli obiettivi è quella descritta nel citato S.M.V.P. che prevede, tra l'altro, che i Direttori dei DSS, i Direttori di Area, i Direttori Amministrativi dei Presidi Ospedalieri, i Direttori/Responsabili delle UU.OO. di Staff trasmettano alla Struttura Tecnica Permanente una relazione sul raggiungimento di ogni singolo

obiettivo assegnato con osservazioni in merito a quelli eventualmente non raggiunti. La S.T.P., con il coordinamento del Controllo di Gestione, riceve le suddette relazioni, predisponendo 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 li trasmette al Direttore Generale.

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

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

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

2.4 Allegati tecnici

Scheda di budget

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

Schede di valutazione individuale del personale dell'Area di Comparto

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

ASL Bari



Stampa schede valutazione dipendenti

SCHEDA VALUTAZIONE INDIVIDUALE CATEGORIA BS/DS

| | |
|------------------------|--|
| Valutato | |
| Struttura | |
| Valutatore Ia Istanza | |
| Valutatore IIa Istanza | |

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

| Commenti | |
|-------------------------|--|
| Commento del valutatore | |
| Commento del valutato | |

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

SCHEDA VALUTAZIONE INDIVIDUALE CATEGORIA A - B

| | |
|---------------------------|--|
| Valutato | |
| Struttura | |
| Valutatore Ia Istanza | |
| Valutatore IIa Istanza | |

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

| Commenti | |
|----------------------------|--|
| Commento del valutatore | |
| Commento del valutato | |

Schede di valutazione individuale del personale dell'Area della Dirigenza

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

ASL Bari



Stampa schede valutazione dipendenti

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

| | |
|------------------------|--|
| Valutato | |
| Struttura | |
| Valutatore Ia Istanza | |
| Valutatore IIa Istanza | |

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

| Commenti | |
|-------------------------|--|
| Commento del valutatore | |
| Commento del valutato | |

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

ASL Bari



Stampa schede valutazione dipendenti

**SCHEDA VALUTAZIONE DIRIGENTI NON TITOLARI
DI UO**

| | |
|---------------------------|--|
| Valutato | |
| Struttura | |
| Valutatore Ia Istanza | |
| Valutatore IIa Istanza | |

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

| Commenti | |
|-------------------------|--|
| Commento del valutatore | |
| Commento del valutato | |

3 Rischi corruttivi e trasparenza

Premessa

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

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

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

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

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

Particolare attenzione è stata indirizzata:

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

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

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

e sub-processo.

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

Parte I Il processo di elaborazione della sezione anticorruzione e trasparenza

1. Rilievo anticorruzione del modello organizzativo dipartimentale

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

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

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

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

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

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

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

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

dell'aggiornamento della Sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Valutazione di impatto del contesto esterno ed interno

3.1 Contesto esterno

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

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

a. Principali stakeholder di riferimento in tema di integrità

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

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

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

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

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

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

b. Contesto criminale

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

https://direzioneinvestigativaantimafia.interno.gov.it/wp-content/uploads/2023/09/DIA_secondo_semestre_2022Rpdf.pdf

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

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

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

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

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

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

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

d. Rapporti con gli operatori del privato accreditato:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Case di Comunità:

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

Ospedale di Comunità:

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

Ospedale Sicuro e Sostenibile:

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

Grandi apparecchiature:

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

3.2 *Contesto interno*

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

a. Rilevazione interna all'ente

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

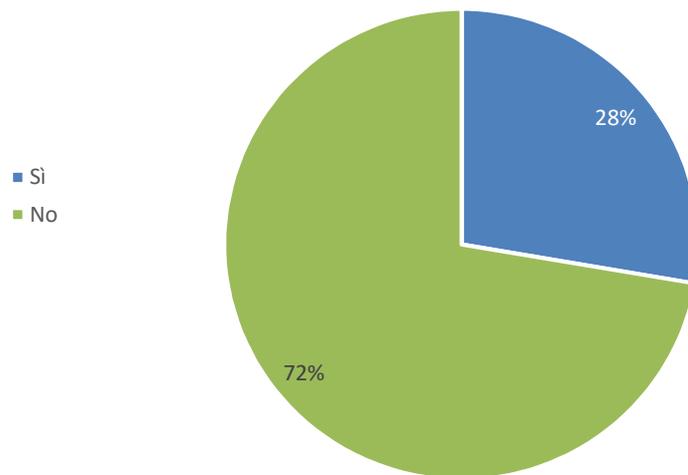
Nel più ampio contesto della partecipazione al Forum per l'Integrità in Sanità, il RPCT ed il Direttore Generale hanno dato avvio, contestualmente informandone tutti i dipendenti, alla somministrazione di un questionario finalizzato ad una prima raccolta, in forma anonima, di dati relativi alla percezione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

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

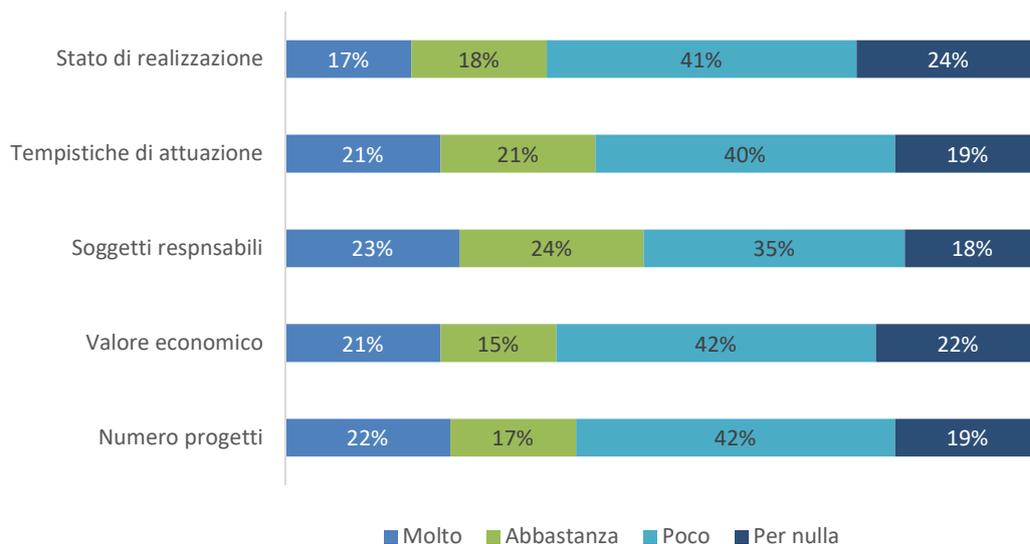
contesto aziendale meno permeabile alla cattiva amministrazione rispetto a quanto avviene a livello sia regionale che nazionale. A questa rilevazione è stato dato spazio anche alla gestione dei fondi PNRR.

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

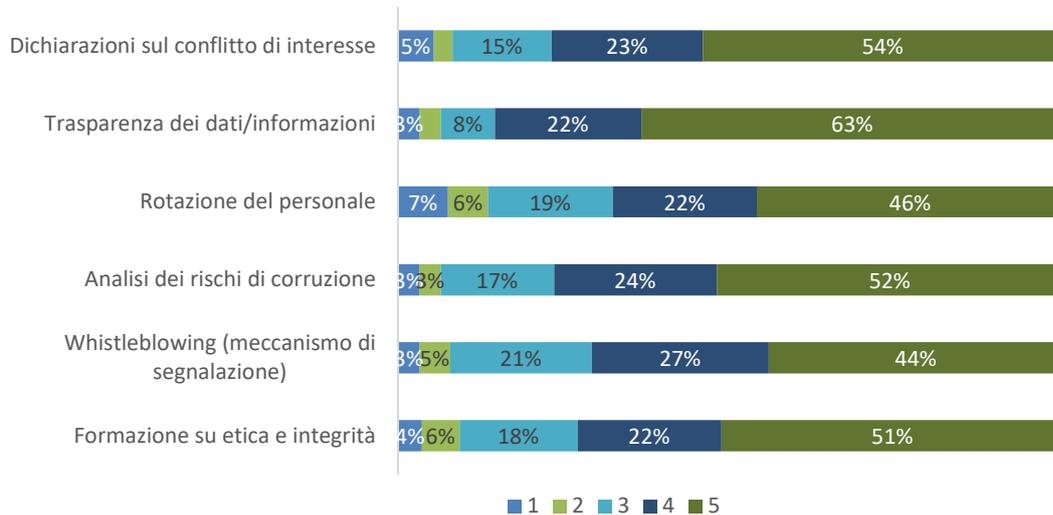
1. È a conoscenza se il suo ufficio/settore è coinvolto nella gestione dei fondi PNRR assegnati al suo ente?



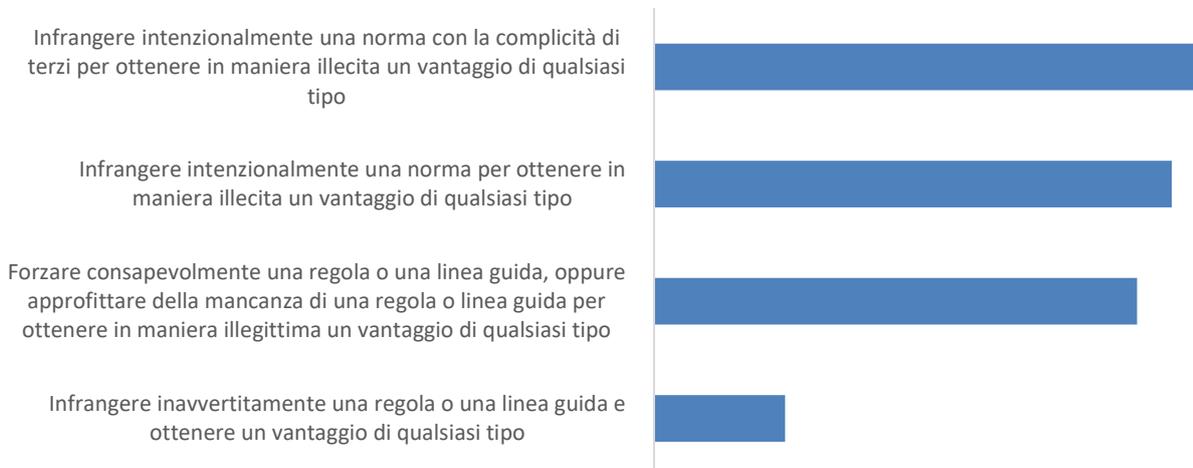
2. Se sì, può indicare quanto conosce i seguenti elementi dei progetti PNRR?



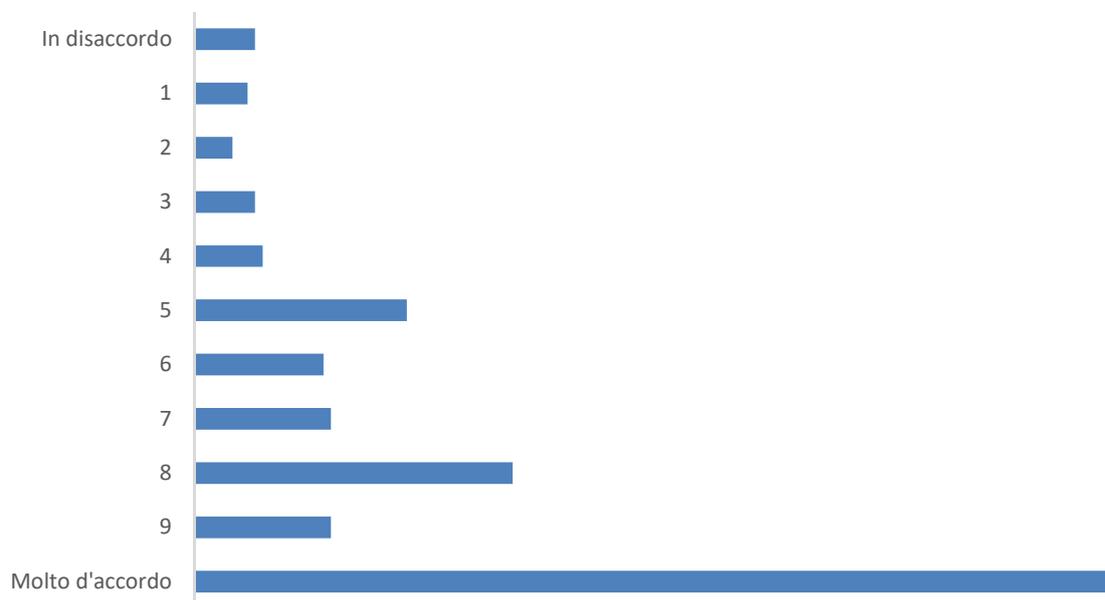
3. Quanto ritiene rilevanti le seguenti misure per tutelare i progetti PNRR?



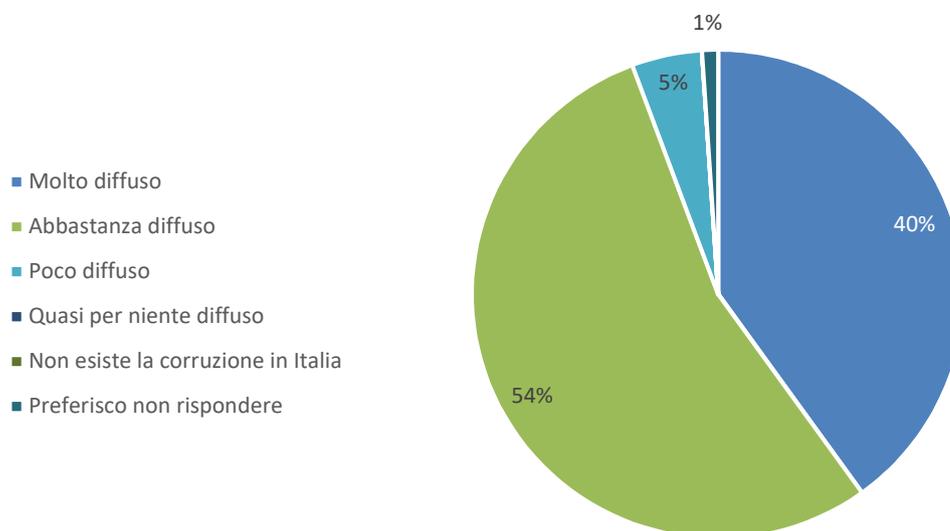
4. Quali delle seguenti situazioni configurano secondo lei un episodio di "corruzione" nella P.A.?



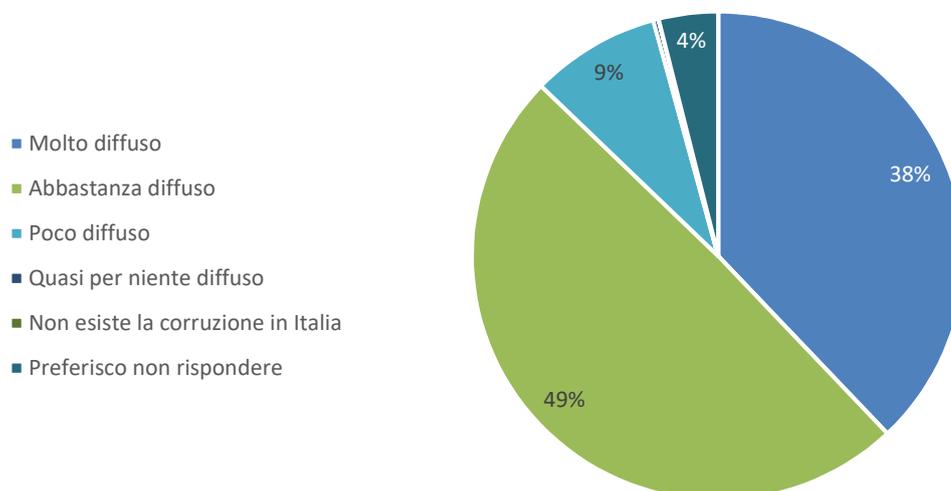
5. Quanto è d'accordo o in disaccordo con la seguente affermazione: "Come cittadino, sono personalmente danneggiato dalla corruzione nella mia vita quotidiana"



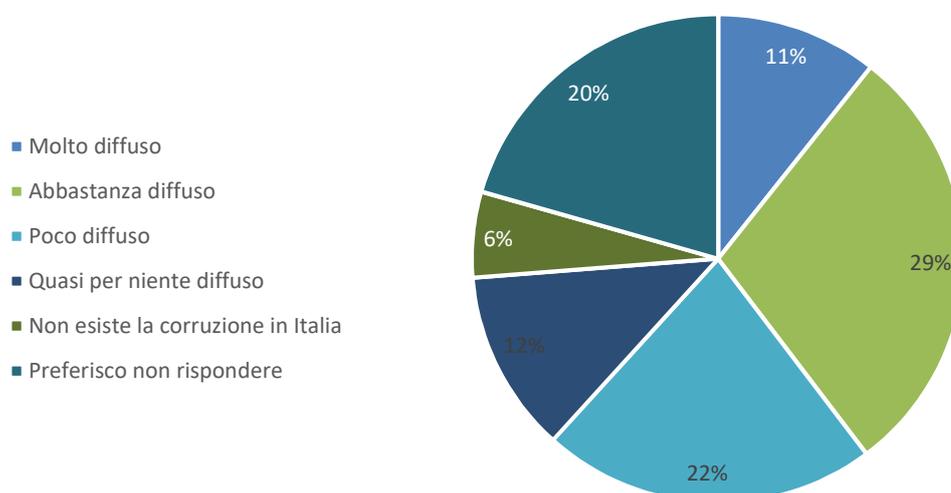
6. Secondo lei, quanto è diffuso il fenomeno della corruzione in ITALIA?



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



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

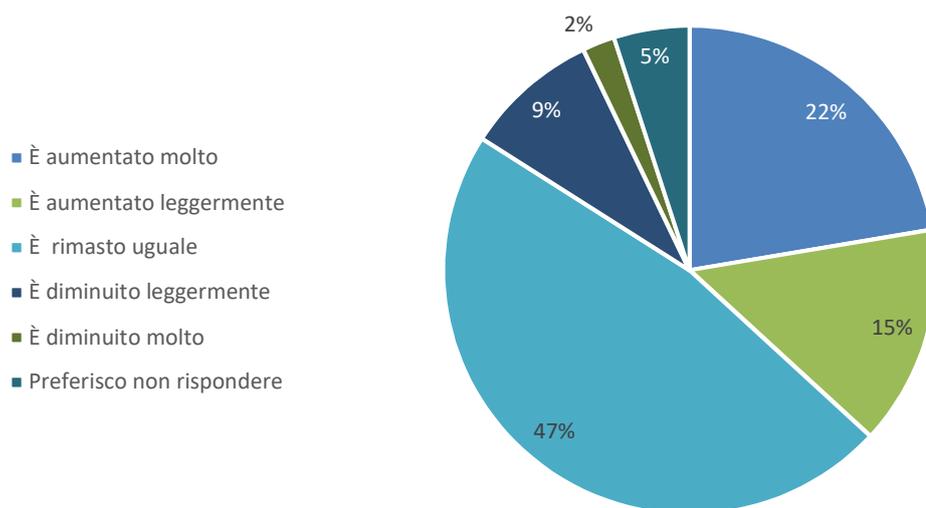


Raggruppamento 3 grafici precedenti



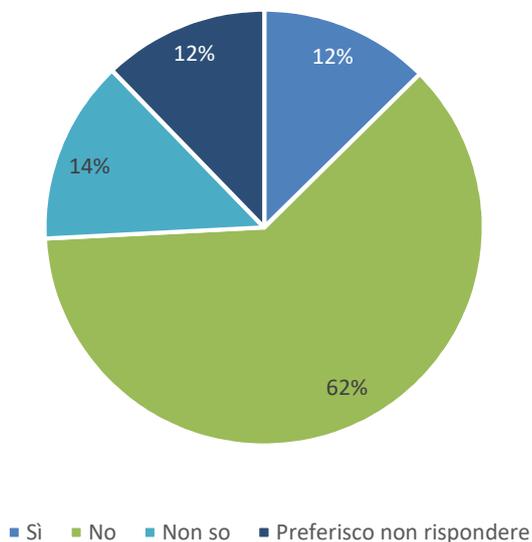
- Molto diffuso
- Abbastanza diffuso
- Poco diffuso
- Quasi per niente diffuso
- Non esiste la corruzione in Italia
- Preferisco non rispondere

9. Negli ultimi tre anni, direbbe che il livello di corruzione in ITALIA...



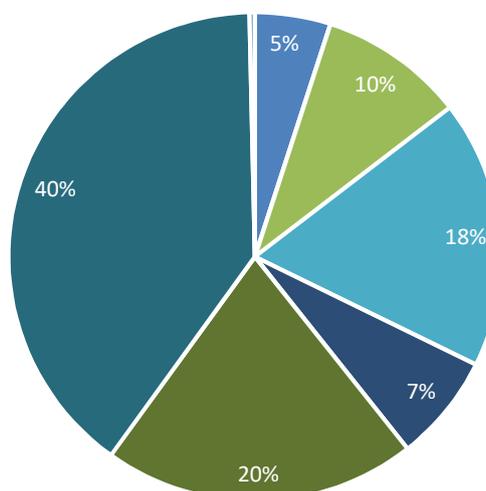
- È aumentato molto
- È aumentato leggermente
- È rimasto uguale
- È diminuito leggermente
- È diminuito molto
- Preferisco non rispondere

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



11. Conosce il PIAO (Piano Integrato delle Attività e Organizzazione) del suo ente?

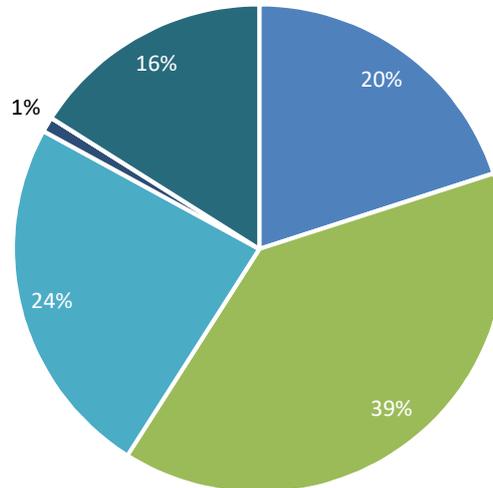
- L'ho letto e lo conosco molto bene
- Ho letto e conosco bene la parte che riguarda la mia area/struttura
- L'ho letto lo conosco in modo generico
- L'ho guardato e lo conosco poco
- Lo conosco pochissimo
- Non l'ho mai guardato
- Altro



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

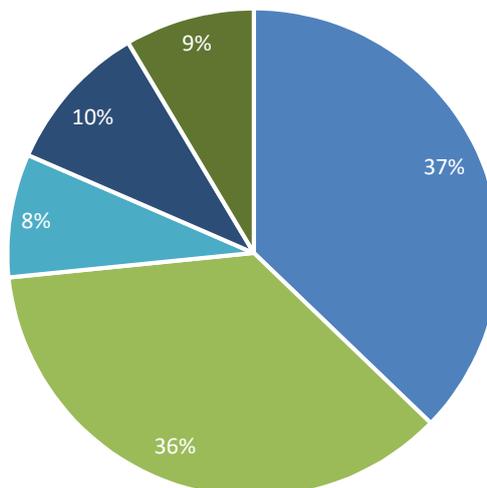
12. Ritieni che il PIAO...

- Abbia migliorato molto l'attività e l'organizzazione dell'ente
- Abbia un po' migliorato l'attività e l'organizzazione dell'ente
- Non abbia comportato particolari cambiamenti nell'attività e nell'organizzazione dell'ente
- Abbia un po' peggiorato l'attività e l'organizzazione dell'ente
- Abbia peggiorato molto l'attività e l'organizzazione dell'ente
- Non ne ho idea



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

- L'ho letto e lo conosco molto bene
- L'ho letto e lo conosco in modo generico
- L'ho guardato e lo conosco poco
- Lo conosco pochissimo
- Non l'ho mai guardato



b. La mappatura dei processi

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

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

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

| | |
|-----------------------|--|
| AREA | |
| PROCESSO | |
| RESPONSABILE PROCESSO | |
| EVENTO CORRUTTIVO | |

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

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

3.3. Valutazione di impatto di interno ed esterno

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

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

Nel corso del 2024 si proseguirà con l'aggiornamento della mappatura dei seguenti processi:

| STRUTTURA | PROCESSO DA MAPPARE |
|--|---|
| FORMAZIONE | Formazione a distanza |
| STRUTTURA BUROCRATICO LEGALE | Conferimento incarico all'esterno per attività difensiva o per rilascio parere legale in fase giudiziale/stragiudiziale |
| PROFESSIONI SANITARIE | E' in corso di definizione l'individuazione del processo da mappare |
| UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO | Gestione rapporti con il pubblico |
| AREA FARMACEUTICA TERRITORIALE | Ispezioni farmacie |
| DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA TERRITORIALE - DISTRETTI SOCIO SANITARI | Prestazioni sanitarie per assistiti in assistenza domiciliare |
| AREA GESTIONE RISORSE UMANE | Attività libero professionale |
| AREA GESTIONE TECNICA | Liquidazione incentivi funzioni tecniche art 45 c.4 D.Lgs 36/2023 |
| CDG/AGRF | Percorso attuativo certificabilità - procedure amministrativo contabili: contabilità analitica separata alpi |
| AREA SERVIZIO SOCIO SANITARIO | Liquidazione fatture per prestazioni strutture socio sanitarie con determina |
| PRESIDI OSPEDALIERI (AREA NORD E AREA SUD) | Donazioni di apparecchiature tecnologiche finalizzate all'acquisizione di materiale di consumo senza le ordinarie procedure di gara e donazioni liberali avente ad oggetto somme di denaro. |
| DDP e DSM | Inserimento utenti in strutture private accreditate |
| DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE | Rimborso cure termali e/o climatiche - legge regionale n. 9 del 12 aprile 2000 |
| UFFICIO SPERIMENTAZIONI CLINICHE | Studi clinici e osservazionali |
| MEDICINA DEL LAVORO, SORVEGLIANZA SANITARIA E RADIOPROTEZIONE MEDICA | Emissione giudizio di idoneità per paziente sottoposto a visita |
| OIV/STP | Premialità e valorizzazione del merito, partecipazione a progetti di performance |
| AFFARI GENERALI | Proposta di presa visione/prova |

| STRUTTURA | PROCESSO DA MAPPARE |
|-----------|--|
| UOSE | E' in corso di approfondimento l'individuazione del processo da mappare |
| UVARP | Controlli su appropriatezza prestazioni erogate c/o C.d.C. e strutture private accreditate |
| UOGRC | Liquidazioni prestazioni sanitarie erogate dalle strutture private accreditate |
| AGP | Procedure di acquisizione di beni – progettazione procedura di gara |

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

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

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

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

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

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

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

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

Parte II Le misure di prevenzione della corruzione

1. Valutazione dei rischi

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

VALUTAZIONE DEL RISCHIO



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

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

1.1 Identificazione dei rischi

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

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

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

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

1.2 Analisi e ponderazione dei rischi

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

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

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

1.3 Trattamento del rischio

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

a. Codice di comportamento dei dipendenti ASL BA

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

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

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

| | |
|----------------------|--|
| Obiettivo 1 | Aggiornamento del Codice di Comportamento |
| Azione da realizzare | <i>Attività di predisposizione del nuovo Codice di Comportamento aggiornato al DPR 81/2023</i> |

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

| | |
|----------------------|---|
| Obiettivo 2 | Applicazione del Codice di Comportamento |
| Azione da realizzare | <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) oggetto di revisione a seguito dell'intervenuto DPR 81/2023.

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

Tuttavia, la situazione di conflitto rilevante per il legislatore, non è il comportamento dell'agente che sia effettivamente pregiudizievole per l'interesse 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:

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.

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

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

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

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

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

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

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

Si procederà costantemente alla verifica dell'eventuale ricorrere di rapporti di parentela, affinità, *coniugio* ovvero, comunque, rilevanti ai fini del rispetto delle previsioni in tema di conflitto di interesse, con riferimento a tutto il personale medico e sanitario e all'attività di acquisizione, aggiornamento e pubblicazione delle dichiarazioni relative al mancato ricorrere di situazioni di conflitto di interesse, rilasciate da soggetti esterni che collaborino o prestino consulenza in favore dell'Azienda. È il caso, per lo più, dei professionisti legali officiati del patrocinio in controversie giudiziarie o, comunque, incaricati di consulenza legale in favore dell'Ente, dei professionisti contabili esterni, incaricati della consulenza di carattere fiscale-tributaria innanzi all'Agenzia delle Entrate, 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 approvvigionamento;
- l'obbligo di sottoscrizione di specifica dichiarazione circa l'assenza di interessi personali alla specifica procedura di approvvigionamento, da parte di tutti i dipendenti/professionisti che partecipino alla redazione dei capitolati di gara, alle commissioni valutatrici, alla definizione del fabbisogno aziendale, ovvero che vengano individuati quali direttori dell'esecuzione dell'appalto;
- l'obbligo, per ogni atto determinativo e/o deliberativo, di sottoscrizione di specifica attestazione dei firmatari tutti relativa al mancato ricorrere di situazioni di conflitto di interessi, come di seguito indicato: "Tutti i firmatari del presente atto attestano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, alla Parte II, par. 1, lett. c) della vigente Sezione anticorruzione e trasparenza – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, d. lgs. 165/2001".

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

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

- l'obbligo di sottoscrizione di specifica dichiarazione circa l'assenza di interessi personali, da parte dei richiedenti e beneficiari di ingresso di beni/tecnologie sanitarie in prova/visione/donazione/comodato;
- l'obbligo di acquisizione di dichiarazione relativa all'inesistenza di situazioni di conflitto di interessi ed incompatibilità, rilasciata dai MMG ammessi alla fruizione, con borsa di studio, della Scuola Regionale di formazione specifica in Medicina Generale;
- l'obbligo di sottoscrizione ed aggiornamento annuale di apposito documento di integrità, con inclusa dichiarazione in tema di conflitto di interessi, da parte di ogni operatore del Dipartimento di Prevenzione, impegnato in attività di vigilanza ed ispezione, da parte dei dipendenti del SIAV B e C del medesimo Dipartimento, di tutti i dipendenti 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, risulta 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 scarsa 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-amministrativa¹, 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,

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

ancora, alla UOC Neuro Psichiatria Infantile e dell'Adolescenza);

- Direzione Medica di P.O., in ragione dei compiti di gestione agli stessi attribuiti;
- Direzione DSS, in ragione dei compiti di gestione agli stessi attribuiti dalla legge.

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

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

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

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

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

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

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

svolgimento di gare da aggiudicarsi secondo il criterio dell'o.e.p.v.), nonché la UOC Neuro Psichiatria Infantile e dell'Adolescenza.

| Obiettivo | Garantire il rispetto delle norme relative all'inconferibilità e all'incompatibilità degli incarichi |
|----------------------|---|
| Azione da realizzare | <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.

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

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

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

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

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

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

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

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

Obiettivo

Garantire la rotazione del personale nelle aree ad elevato rischio corruttivo

Azione da realizzare

Programmare la rotazione (o le eventuali misure alternative), valutandone l'impatto sull'intera struttura.

Rotazione straordinaria

Anche per il triennio 2023-2025, il RPCT e la Direzione Strategica, con il supporto dell'AGRU e della SBL, oltre che delle Macrostrutture di volta in volta interessate, in quanto assegnatarie delle risorse umane

eventualmente coinvolte da fatti penali ovvero disciplinari rilevanti, assicureranno la corretta attuazione dell'istituto della rotazione straordinaria obbligatoria.

A tale scopo, la presente Sezione:

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

| | |
|----------------------|---|
| Obiettivo | Garantire la rotazione del personale nelle aree ad elevato rischio corruzione |
| Azione da realizzare | <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.

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

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

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

| Obiettivo | Garantire la tutela dei dipendenti che segnalano illeciti |
|----------------------|---|
| Azione da realizzare | <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> 3. <i>Predisposizione del regolamento aziendale sulle gestione delle segnalazioni Whistleblowing</i> |

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

h. Formazione sui temi dell'integrità e della trasparenza

Nel corso del 2024 nell'ambito delle attività del 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:

- I principi e i valori dei dipendenti pubblici
- I rischi di corruzione nel settore sanitario
- Il ruolo del dipendente nella strategia di prevenzione
- La tutela del dipendente che segnala (cd *whistleblowing*)

Saranno garantite inoltre le attività formative di cui al successivo punto K).

| | |
|----------------------|--|
| 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*
- *Dirigenti medici della Direzione sanitaria aziendale*

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

| | |
|----------------------|--|
| Obiettivo | Rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi del PNRR |
| Azione da realizzare | <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> |

k. La formazione

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

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

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

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

La formazione come prevenzione della corruzione.

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

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

L'importanza di delineare idonei interventi formativi.

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

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

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

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

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

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

| Obiettivo | Realizzazione di percorsi formativi trasversali suddivisi per aree di competenza |
|----------------------|--|
| Azione da realizzare | <i>Monitoraggio sulla realizzazione dei percorsi formativi</i> |

1. Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio

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

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

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

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

| | |
|----------------------|--|
| Obiettivo | Segnalazione delle cd. operazioni sospette di riciclaggio e/o finanziamento al terrorismo internazionale |
| Azione da realizzare | <i>Monitoraggio e valutazione circa il ricorrere degli indici di anomalia elencati dalle Istruzioni UIF (Unità di Informazione finanziaria per l'Italia)</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 "general" 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, dalla successiva delibera ANAC n. 1310/2016 e dal PNA 2022 di cui completa il procedimento di attuazione.

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

In particolare, basti il richiamo:

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

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

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

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

- a. l'elaborazione e trasmissione dei dati e delle informazioni;
- b. la pubblicazione dei dati e delle informazioni, anche tramite la collaborazione – a seguito di richiesta – dell'URP (ad eccezione delle sottosezioni "*Bandi di gara e contratti*", "*Bandi di concorso*" e "*Sovvenzioni, contributi ed altri vantaggi economici*", alimentate direttamente, rispettivamente, da tutte le Macrostrutture che 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*").

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

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

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

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

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

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

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

Con la [delibera n. 601 del 19 dicembre 2023](#), l’Autorità Nazionale Anticorruzione ha aggiornato e integrato la [delibera n. 264 del 20 giugno 2023](#) riguardante la trasparenza dei contratti pubblici.

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

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

L’anzidetta scelta di decentramento (conseguenza dell’arricchimento del catalogo di dati, informazioni e documenti, soggetti a pubblicazione obbligatoria, per effetto dell’entrata in vigore del d. lgs. 97/2016, unitamente alla marcata settorialità di taluni ed al brevissimo termine previsto per la loro pubblicazione,

oltre che alla complessità organizzativa dell'Azienda) risponde altresì alla necessità di programmare ed assegnare – con il concomitante ciclo della *performance* – puntuali obiettivi di trasparenza per ciascun Direttore/Responsabile di Macrostruttura, in conformità all'obbligo previsto dall'art. 10, c. 3, d. lgs. 33/2013.

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

Deve rimarcarsi come, al coinvolgimento ed alla responsabilizzazione di ogni singola Macrostruttura interna all'Azienda, chiamata ad elaborare, pubblicare e trasmettere dati, documenti ed informazioni oggetto di trasparenza, si 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 2024, approvati unitamente al P.I.A.O., si conferma la previsione specifica di un obiettivo in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza (*"Attuazione della Sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO"*), oltre alla presenza di un obiettivo strettamente correlato alla prevenzione della corruzione (*"Revisione sistematica delle procedure amministrative (governance aziendale) con l'obiettivo di garantire l'ottimizzazione dei processi nel rispetto dei principi di equità e trasparenza"*) e di numerosi obiettivi che – benché apparentemente di interesse esclusivamente sanitario – risultano idonei a contenere rischi corruttivi e, pertanto, tradotti in specifiche misure di prevenzione della corruzione secondo quanto riportato nella tabella, allegata sub 1) al presente P.I.A.O.

Obiettivi operativi di budget 2024 rilevanti anche ai fini di prevenzione della corruzione:

| Obiettivo |
|---|
| Attuazione della Sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO |
| 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 |
| Graduazione, conferimento e graduazione incarichi |
| 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 dalla Sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO, a seguito del procedimento di definizione delle stesse descritto ai precedenti parr. ed oggetto di elencazione puntuale alla tabella delle misure anticorruzione, allegata sub 1) alla presente Sezione;
- b. sia il corretto rispetto degli obblighi di trasparenza di cui tanto al d. lgs. 33/2013 quanto agli ulteriori provvedimenti normativi che abbiano introdotto obblighi di pubblicazione, secondo quanto previsto dalla Sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO e di cui all'allegata tabella sub 2) alla presente Sezione.

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

1. viene ulteriormente estesa la platea dei Direttori/Responsabili destinatari degli obiettivi in materia

di integrità, a seguito dell'adozione dei primi provvedimenti attuativi della nuova macrorrganizzazione 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 2024, infatti, tutti i Direttori/Responsabili assegnatari dei due obiettivi predetti saranno valutati dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), anche con riferimento alle puntuali attività poste in essere per l'attuazione delle misure di trattamento del rischio e la pubblicazione obbligatoria di atti/dati/documenti, inerenti le materie di competenza.

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

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

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

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

Sezione III – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

1 Struttura organizzativa

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

- le strutture dei Dipartimenti Territoriali di Prevenzione, della Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche distribuite nel territorio aziendale;
- n.12 Distretti Socio Sanitari in cui è suddiviso il territorio dell’ASL;
- n.5 Presidi Ospedalieri a gestione diretta articolati in n.7 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, n.1512 del 03/08/2022 e n.462 del 02/03/2023, 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
- Cyber Sicurezza
- Sanità digitale

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 Trasfusionale
- Dipartimento Gestione del Farmaco
- Dipartimento delle Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero

e nei seguenti Dipartimenti Territoriali:

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

2 Organizzazione del lavoro agile

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

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

Da ultimo, la Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 29 dicembre 2023 ha introdotto importanti novità in materia di lavoro agile, eliminando l'obbligatorietà dello stesso in favore dei lavoratori fragili, per i quali, al contrario, sarà necessario la stipula di un accordo individuale, così come previsto per tutti i lavoratori. Detto accordo individuale potrà, altresì, prevedere la deroga al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza.

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 2023 - dicembre 2023, ha fatto registrare i seguenti risultati sulla base dei dati elaborati dal Controllo di Gestione e dall'U.O.A.S.S.I. e riguardanti i dipendenti dell'Azienda rilevati nell'anno 2023:

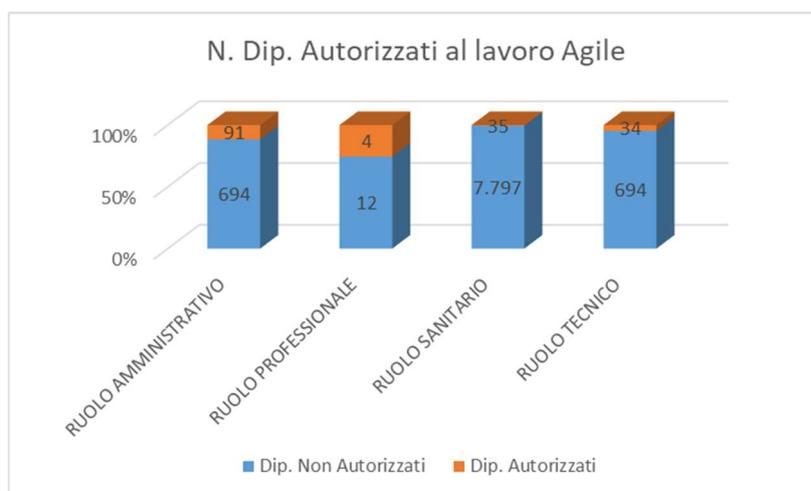
| 2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|----------------------|----------------------|--------------|--------------|--------------------------------------|-----------|------------|---------------------------------|------------|------------|---|---------------|---------------|---|--------------|--------------|---|------------|------------|
| RUOLO | Comparto - Dirigenza | n. Dipendenti ASL Ba | | | n. Dipendenti ASL Ba in Lavoro Agile | | | % n. Dipendenti in Lavoro Agile | | | Tot. Giornate lavorative dei Dipendenti che hanno effettuato Lavoro Agile | | | Giornate lavorative effettive in Lavoro Agile | | | % Giornate lavorative in LA/Giornate lavorative | | |
| | | F | M | Tot. | F | M | Tot. | F | M | Tot. | F | M | Tot. | F | M | Tot. | F | M | Tot. |
| RUOLO AMMINISTRATIVO | COMPARTO | 388 | 273 | 661 | 60 | 21 | 81 | 15% | 8% | 12% | 15.060 | 5.271 | 20.331 | 3.023 | 1.233 | 4.256 | 20% | 23% | 21% |
| | DIRIGENZA | 17 | 17 | 34 | 8 | 2 | 10 | 48% | 12% | 30% | 2.008 | 502 | 2.510 | 185 | 26 | 211 | 9% | 5% | 8% |
| | Tot. Parz | 404 | 290 | 694 | 68 | 23 | 91 | 17% | 8% | 13% | 17.068 | 5.773 | 22.841 | 3.208 | 1.259 | 4.467 | 19% | 22% | 20% |
| RUOLO PROFESSIONALE | COMPARTO | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 100% | 100% | 100% | 251 | 251 | 502 | 127 | 130 | 257 | 51% | 52% | 51% |
| | DIRIGENZA | 3 | 7 | 10 | 1 | 1 | 2 | 38% | 14% | 21% | 251 | 251 | 502 | 5 | 4 | 9 | 2% | 2% | 2% |
| | Tot. Parz | 4 | 8 | 12 | 2 | 2 | 4 | 55% | 25% | 34% | 502 | 502 | 1.004 | 132 | 134 | 266 | 26% | 27% | 26% |
| RUOLO SANITARIO | COMPARTO | 4.135 | 1.697 | 5.831 | 19 | 1 | 20 | 0% | 0% | 0% | 4.769 | 251 | 5.020 | 929 | 22 | 951 | 19% | 9% | 19% |
| | DIRIGENZA | 1.133 | 833 | 1.966 | 12 | 3 | 15 | 1% | 0% | 1% | 3.012 | 753 | 3.765 | 621 | 83 | 704 | 21% | 11% | 19% |
| | Tot. Parz | 5.268 | 2.530 | 7.797 | 31 | 4 | 35 | 1% | 0% | 0% | 7.781 | 1.004 | 8.785 | 1.550 | 105 | 1.655 | 20% | 10% | 19% |
| RUOLO TECNICO | COMPARTO | 221 | 465 | 686 | 15 | 15 | 30 | 7% | 3% | 4% | 3.765 | 3.765 | 7.530 | 1.058 | 711 | 1.769 | 28% | 19% | 23% |
| | DIRIGENZA | 3 | 5 | 8 | 3 | 1 | 4 | 100% | 20% | 50% | 753 | 251 | 1.004 | 9 | 48 | 57 | 1% | 19% | 6% |
| | Tot. Parz | 224 | 470 | 694 | 18 | 16 | 34 | 8% | 3% | 5% | 4.518 | 4.016 | 8.534 | 1.067 | 759 | 1.826 | 24% | 19% | 21% |
| Totale Complessivo | | 5.900 | 3.297 | 9.196 | 119 | 45 | 164 | 2% | 1% | 2% | 29.869 | 11.295 | 41.164 | 5.957 | 2.257 | 8.214 | 20% | 20% | 20% |

Fonte: Controllo di Gestione

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

In riferimento alla colonna “% n. Dipendenti autorizzati al lavoro agile”, la tipologia di personale maggiormente coinvolta nell’espletamento del lavoro agile è quella relativa al Ruolo Amministrativo (13% del totale del numero dei dipendenti di riferimento), e, anche se con una bassa incidenza relativamente al numero assoluto di dipendenti, quello Professionale (Comparto 100% del totale del numeri di dipendenti di riferimento; Dirigenza 21% del totale del numero dei dirigenti di riferimento) nonché alla Dirigenza Tecnica (50% 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 2023. Nel dettaglio, i dipendenti del comparto sanitario e i dirigenti medici che hanno svolto la propria attività in regime di lavoro agile sono risultati inferiori all’1% del totale del numero dei dipendenti di riferimento. La differenza di percentuale del personale dei ruoli amministrativo, professionale e 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.

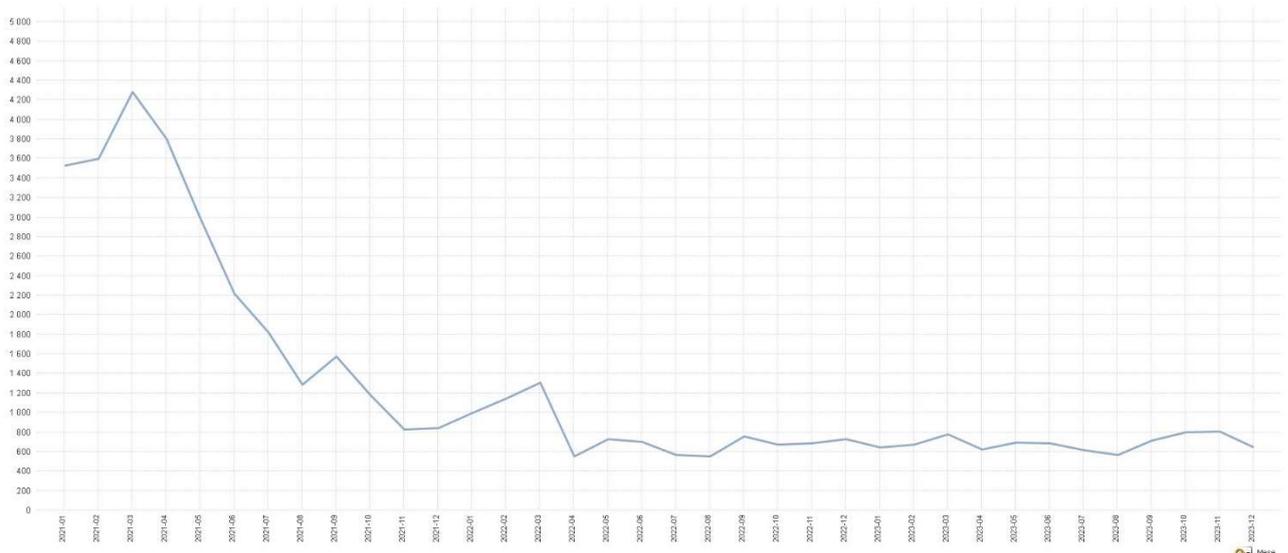


Fonte: Controllo di Gestione

Da una più approfondita analisi dei dati sopra riportati, emerge che nel ruolo amministrativo il personale che ha fatto più ricorso al lavoro agile è stato quello di sesso femminile (17% rispetto al 8% di quello maschile); anche nel ruolo sanitario, professionale e tecnico sono le lavoratrici ad aver usufruito della modalità in lavoro agile in una percentuale maggiore rispetto a quella dei dipendenti di sesso maschile.

- Per quanto attiene alla colonna “% Giornate lavorative Dip. Autorizzati in LA/ Giornate lavorative”, emerge che sono state svolte in lavoro agile rispettivamente il 20% delle giornate lavorative dovute dal personale amministrativo, il 26% da quello professionale, il 21% dal personale del ruolo tecnico e il 19% dal personale del ruolo sanitario.
- Complessivamente la percentuale di personale autorizzato al lavoro agile è stata pari al **2%**. Più precisamente il personale che ha fatto più ricorso al lavoro agile è stato quello di sesso femminile (2% rispetto al 1% di quello maschile). Il ricorso a tale modalità di lavoro ha riguardato il **20%** del totale delle giornate lavorative, garantendo la disposizione della prevalenza del lavoro presso la sede lavorativa.

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



Fonte: Controllo di Gestione

Dal grafico si evince come il numero di giornate lavorative effettuate in LA si sia sostanzialmente stabilizzato ottenendo un andamento stabile dal 2022 in poi. Rispetto al 2021, infatti, il ricorso alla prestazione di lavoro in modalità agile è nettamente diminuito allontanandosi dal picco avutosi 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 progressivamente negli anni e più precisamente, si è avuta una riduzione del 61% nel 2022 rispetto al 2021 e del 14% nel 2023 rispetto al 2022.

| Anno | n. Medio Dip. Autorizzati al LA | Riduzione % |
|------|---------------------------------|-------------|
| 2020 | 419 | |
| 2021 | 310 | -26% |
| 2022 | 121 | -61% |
| 2023 | 104 | -14% |

Fonte: Controllo di Gestione

2.2 Condizionalità e fattori abilitanti

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

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

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

L'Azienda, con il supporto del Comitato Unico di Garanzia, in riferimento alla mappatura dei processi e delle attività effettuabili in modalità agile, avviava già nel 2021 una ricognizione¹ 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.

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

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

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

b. Destinatari, autorizzazione, accordo, monitoraggio

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

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

- a) possibilità di delocalizzare, almeno in parte, le attività allo stesso assegnate, senza che sia necessaria la costante presenza fisica nella sede di lavoro;
- b) possibilità di utilizzare strumentazioni tecnologiche idonee allo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro;
- c) possibilità di monitorare e valutare i risultati conseguiti;
- d) possibilità per il dipendente di godere di autonomia operativa nell’espletare i compiti affidatigli dal dirigente di riferimento e della possibilità di organizzare l’esecuzione della propria prestazione lavorativa.

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

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

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

c. Piattaforme tecnologiche

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

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

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

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

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 sicurezza¹.

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

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

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

Nello specifico, intende monitorare le seguenti dimensioni:

| DIMENSIONI | | INDICATORI di performance organizzativa |
|-------------|-----------------------|--|
| EFFICIENZA | Produttiva | Diminuzione assenze : $[(\text{Giorni di assenza/giorni lavorabili mese A anno X} - \text{Giorni di assenza/giorni lavorabili mese A anno X-1})/\text{Giorni di assenza/giorni lavorabili mese A anno X-1}]$ 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 | n. di pratiche, n. utenti serviti, n. di <i>task</i> portati a termine; n. di pratiche in lavoro agile/n. pratiche totali, n. utenti serviti in lavoro agile/ n. utenti serviti, n. <i>task</i> portati a termine in lavoro agile/ n. <i>task</i> totali. |
| EFFICACIA Qualitativa | qualità del lavoro effettuato tramite la valutazione da parte del Direttore/responsabile o rilevazioni di <i>customer satisfaction</i> sia esterne che interne |
| EFFICIENZA Temporale | tempi di completamento pratiche/servizi/procedimenti, rispetto scadenze; |

Si specifica, inoltre, che il “Sistema di misurazione e valutazione delle performance” dell’ASL Bari di cui alla D.D.G. n. 209/2023 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 2021-2023

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

Il numero medio del personale dipendente in servizio presso l'Azienda Sanitaria Locale di Bari nel corso del 2022 è stato pari a n.9.205 unità e nel corso del 2023 è stato pari a n.9.197 unità.

Per l'anno 2023 vanno aggiunti n.849 Medici di Medicina Generale (MMG), n.157 Pediatri di libera scelta (PLS), n.235 medici specialisti ambulatoriali interni, n.286 medici di continuità assistenziale, n.20 psicologi convenzionati, n.20 veterinari convenzionati, n.92 medici del Servizio di Emergenza Territoriale e n.12 medici della Medicina dei Servizi.

Il totale degli operatori aziendali nel 2023 è stato quindi pari a n.10.868.

| Area/Liv.Assist. | 2021 | | | | | 2022 | | | | | 2023 | | | | | | |
|---------------------------|--------------|--------------|----------------|--------------|--------------|--------------|-------------|----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|----------------|--------------|--------------|--------------|
| | Ruolo Sanit. | Ruolo Tecn. | Ruolo Profess. | Ruolo Amm.vo | TOT. | Ruolo Sanit. | Ruolo Tecn. | Ruolo Profess. | Ruolo Amm.vo | Ruolo Socios | TOT. | Ruolo Sanit. | Ruolo Tecn. | Ruolo Profess. | Ruolo Amm.vo | Ruolo Socios | TOT. |
| Direzione e Aree di Gest. | 116 | 197 | 11 | 207 | 531 | 103 | 181 | 13 | 199 | 8 | 504 | 121 | 173 | 11 | 215 | 8 | 528 |
| Prevenzione | 420 | 28 | 1 | 80 | 529 | 482 | 27 | 1 | 70 | 2 | 582 | 476 | 27 | 1 | 64 | 2 | 570 |
| Assistenza Ospedaliera | 3.912 | 917 | - | 175 | 5.004 | 3.870 | 304 | - | 160 | 648 | 4.982 | 3.869 | 280 | - | 157 | 657 | 4.963 |
| Assistenza Territoriale | 2.436 | 437 | - | 297 | 3.169 | 2.451 | 224 | - | 252 | 212 | 3.138 | 2.449 | 214 | - | 258 | 214 | 3.136 |
| TOTALE AZIENDA | 6.883 | 1.579 | 12 | 759 | 9.233 | 6.906 | 736 | 14 | 680 | 869 | 9.205 | 6.916 | 693 | 12 | 694 | 882 | 9.197 |

Numero medio di personale in servizio nel corso dell'anno

Fonte: Controllo di gestione

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

| 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 2023, come dato da confermare, si evidenzia un ulteriore incremento del personale di sesso femminile in valore assoluto ed in percentuale.

| Anno | 2021 | | 2022 | | 2023 | |
|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Donne | 5.819 | 63,0% | 5.859 | 63,7% | 5.900 | 64,2% |
| Uomini | 3.414 | 37,0% | 3.346 | 36,3% | 3.297 | 35,8% |
| Totale | 9.233 | 100,0% | 9.205 | 100,0% | 9.197 | 100,0% |

Fonte: Controllo di gestione

Riepilogo per età

Rispetto all'analisi per età del personale dipendente, di seguito rappresentata, si rileva che la classe di età maggiormente popolata nel 2023, come dato da confermare, è quella dai 50 ai 59 anni con una percentuale pari al 32% del totale.

Il personale dipendente appartenente alla fascia d'età al di sopra dei 50 anni per il 2023 è quasi pari al 50%, di cui quasi il 18% al di sopra dei 60 anni.

| Anno | 2021 | | 2022 | | 2023 | |
|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|
| Decade | N. | % | N. | % | N. | % |
| 20-29 | 682 | 7,4% | 592 | 6,4% | 482 | 5,2% |
| 30-39 | 1.773 | 19,2% | 1.911 | 20,8% | 1.988 | 21,6% |
| 40-49 | 2.139 | 23,2% | 2.153 | 23,4% | 2.154 | 23,4% |
| 50-59 | 2.954 | 32,0% | 2.922 | 31,7% | 2.938 | 32,0% |
| >60 | 1.685 | 18,3% | 1.627 | 17,7% | 1.634 | 17,8% |
| Totale | 9.233 | 100,0% | 9.205 | 100,0% | 9.197 | 100,0% |

Fonte: Controllo di gestione

Riepilogo per Tipo rapporto di lavoro

L'analisi del personale dipendente relativamente al tipo di rapporto di lavoro evidenzia un'ulteriore diminuzione dell'incidenza del personale amministrativo sul totale del personale dipendente a favore del personale sanitario e socio-sanitario tra il 2022 ed il 2023.

| Qualifica | 2021 | | | 2022 | | | 2023 | | |
|------------------------------------|-------------|---------------|--------------|-------------|---------------|--------------|-------------|---------------|--------------|
| | Determinato | Indeterminato | Totale | Determinato | Indeterminato | Totale | Determinato | Indeterminato | Totale |
| Dirigenti Medici | 138 | 1.498 | 1.636 | 136 | 1.543 | 1.679 | 89 | 1.610 | 1.699 |
| Dirigenti Sanitari non Medici | 67 | 199 | 266 | 61 | 194 | 254 | 9 | 261 | 270 |
| Pers. Comparto Infermieri | 544 | 3.132 | 3.676 | 523 | 3.133 | 3.657 | 120 | 3.527 | 3.647 |
| Pers. Tecnico Sanitario | 2 | 369 | 371 | 12 | 346 | 358 | 28 | 343 | 371 |
| Altro Pers. Di comparto | 61 | 874 | 935 | 52 | 907 | 958 | 1 | 929 | 930 |
| Totale Ruolo Sanitario | 812 | 6.072 | 6.883 | 783 | 6.123 | 6.906 | 246 | 6.670 | 6.916 |
| Dirigenti Tecnici | | 8 | 8 | | 8 | 8 | | 8 | 8 |
| Personale di Comparto Tecnico | 3 | 1.568 | 1.571 | 3 | 726 | 728 | 3 | 683 | 686 |
| Totale Ruolo Tecnico | 3 | 1.576 | 1.579 | 3 | 734 | 736 | 3 | 691 | 693 |
| Dirigenti Prof.li | | 11 | 11 | | 11 | 11 | | 10 | 10 |
| Personale di Comparto Prof.le | | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 |
| Totale Ruolo Professionale | - | 12 | 12 | 1 | 13 | 14 | 1 | 11 | 12 |
| Dirigenti Amm.vi | | 30 | 30 | | 32 | 32 | | 34 | 34 |
| Personale di Comparto Amm.vo | 73 | 656 | 729 | 71 | 577 | 649 | 34 | 626 | 660 |
| Totale Ruolo Amministrativo | 73 | 686 | 759 | 71 | 609 | 680 | 34 | 660 | 694 |
| Personale di Comparto Socio-sanit. | | | 0 | | 869 | 869 | | 882 | 882 |
| Totale Ruolo Socio-sanit. | 0 | 0 | 0 | 0 | 869 | 869 | 0 | 882 | 882 |
| TOTALE AZIENDA | 887 | 8.346 | 9.233 | 858 | 8.347 | 9.205 | 284 | 8.913 | 9.197 |

Numero medio di personale in servizio nel corso dell'anno

Fonte: Controllo di gestione

4 La formazione del personale

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

In quest'ottica - con DDG n. 1622/2022 – è stato adottato il “Regolamento per la Formazione”, così come elaborato e proposto dall'UOC Medicina Forense, Gestione Rischio Clinico, Sistema Qualità e Formazione. In considerazione di quanto previsto dal suddetto Regolamento, l'UOS Formazione - in collaborazione con il Comitato Tecnico Scientifico - ha elaborato anche per il 2024 il Piano Aziendale (DDG 2551/2023), 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.

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:

| N. | AREA - DESCRIZIONE | TOTALE OBIETTIVI | TOTALE EDIZIONI |
|----|--|------------------|-----------------|
| 1 | ASPETTI RELAZIONALI (LA COMUNICAZIONE INTERNA, ESTERNA, CON PAZIENTE) E UMANIZZAZIONE DELLE CURE | 6 | 15 |
| 2 | CONTENUTI TECNICO-PROFESSIONALI (CONOSCENZE E COMPETENZE) SPECIFICI DI CIASCUNA PROFESSIONE, DI CIASCUNA SPECIALIZZAZIONE E DI CIASCUNA ATTIVITÀ ULTRASPECIALISTICA. MALATTIE RARE | 7 | 14 |
| 3 | PRINCIPI, PROCEDURE E STRUMENTI PER IL GOVERNO CLINICO DELLE ATTIVITÀ SANITARIE | 1 | 2 |
| 4 | INTEGRAZIONE INTERPROFESSIONALE E MULTIPROFESSIONALE, INTERISTITUZIONALE | 1 | 3 |
| 5 | APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI SANITARIE NEI LEA. SISTEMI DI VALUTAZIONE, VERIFICA E MIGLIORAMENTO DELL'EFFICIENZA ED EFFICACIA | 2 | 2 |
| 6 | SICUREZZA ALIMENTARE E/O PATOLOGIE CORRELATE | 2 | 2 |
| 7 | APPLICAZIONE NELLA PRATICA QUOTIDIANA DEI PRINCIPI E DELLE PROCEDURE DELL'EVIDENCE BASED PRACTICE (EBM - EBN - EBP) | 6 | 12 |
| 8 | FARMACO EPIDEMIOLOGIA, FARMACOECONOMIA, FARMACOVIGILANZA | 8 | 17 |
| 9 | DOCUMENTAZIONE CLINICA. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura | 68 | 122 |
| 10 | SANITÀ VETERINARIA | 9 | 9 |

| N. | AREA - DESCRIZIONE | TOTALE OBIETTIVI | TOTALE EDIZIONI |
|----|---|------------------|-----------------|
| 11 | SICUREZZA NEGLI AMBIENTI E NEI LUOGHI DI LAVORO E PATOLOGIE CORRELATE, RADIOPROTEZIONE | 18 | 127 |
| 12 | FRAGILITA' (MINORI, ANZIANI, TOSSICO-DIPENDENTI, SALUTE MENTALE) TUTELA DEGLI ASPETTI ASSISTENZIALI E SOCIO-ASSISTENZIALI | 6 | 12 |
| 13 | LA COMUNICAZIONE EFFICACE INTERNA, ESTERNA, CON PAZIENTE. LA PRIVACY ED IL CONSENSO INFORMATO | 6 | 19 |
| 14 | IMPLEMENTAZIONE DELLA CULTURA E DELLA SICUREZZA IN MATERIA DI DONAZIONE TRAPIANTO | 1 | 4 |
| 15 | LINEE GUIDA - PROTOCOLLI - PROCEDURE | 25 | 50 |
| 16 | ARGOMENTI DI CARATTERE GENERALE: INFORMATICA E LINGUA INGLESE SCIENTIFICA DI LIVELLO AVANZATO. NORMATIVA IN MATERIA SANITARIA : I PRINCIPI ETICI E CIVILI DEL SSN | 8 | 11 |
| 17 | EMERGENZA/URGENZA | 24 | 150 |
| 18 | GESTIONE DEL RISCHIO, GOVERNO CLINICO, MEDICINA LEGALE | 3 | 9 |
| 19 | NORMATIVE, PROCEDURE GIURIDICO/AMMINISTRATIVE | 47 | 65 |
| 20 | MEDICINA DI GENERE | 1 | 1 |
| 21 | MANAGEMENT E PROGRAMMAZIONE | 6 | 11 |
| 22 | PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE | 15 | 16 |
| 23 | VIOLENZA SULLE DONNE E SUGLI OPERATORI SANITARI | 2 | 3 |
| 24 | BENESSERE ORGANIZZATIVO | 5 | 8 |
| | TOTALE | 277 | 689 |

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

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

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

- al personale sanitario, fornendo il libero accesso ad alcune importanti banche dati online attraverso cui consultare articoli/riviste scientifiche di carattere anche internazionale (ClinicalKey);
- al personale del comparto per il quale è stata indetta – con DDG n. 2552 del 22.12.2023 -

procedura di selezione per l'accesso al beneficio delle "150 ore individuali" di diritto allo studio da fruire nell'anno solare 2024, giusto art. 62 del CCNL relativo al Personale del Comparto Sanità del 02.11.2022;

- favorendo l'accesso alle borse di studio INPS per Master di I e II livello e a corsi di formazione professionale ValorePA;

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

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

Nel 2023 sono stati avviati ai corsi di formazione Syllabus sulle competenze digitali n. 2047 dipendenti, tutti afferenti ai DD.SS.SS. aziendali. Entro il 2025 sarà avviato, alla suddetta formazione, il restante personale in servizio, attualmente pari a circa n. 9.200 unità

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 quest'ultimo 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 D.M. 24.06.2022 che, unitamente al D.P.R. n. 81 del 24.06.2022, recante *“Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano Integrato di Attività e Organizzazione”*, pubblicato in G.U. n. 151 del 30.06.2022, completa il quadro normativo necessario per la piena operatività del PIAO, Piano Integrato di Attività e Organizzazione, previsto dall'art. 6 del D.L. 80/2021, che ha introdotto lo strumento;

In particolare, l'art. 1 del D.P.R. 81/2022 abroga, in quanto assorbiti nelle apposite sezioni del 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 della Asl di Bari, come indicato dalla Regione Puglia, verte ancora sul triennio 2021/2023, da ultimo approvato con D.G.R. 1024 del 08.08.2023 e recepito dall'Azienda Sanitaria con D.D.G. 2265 del 17.11.2023.

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

La Asl di Bari ha altresì adottato, in maniera preliminare, il PTFP 2022/2024 con D.D.G. 1601 del 04.08.2023 e lo ha aggiornato, sempre in via preliminare, con D.D.G. 2470 del 12/12/2023. Nella D.G.R. 1024 di approvazione del PTFP 2021/2023 la Regione Puglia ha indicato alcune prescrizioni/raccomandazioni che devono essere risolte nella predisposizione di un aggiornamento al PTFP 2022/2024 e si è in attesa dell'emanazione, da parte di Regione Puglia, di linee guida sul tema.

Il documento redatto dalla ASL BA, giusta D.D.G. 2265/2023, 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 27.07.2018;
- l'art. 35, comma 4, del D.Lgs. 165/2001;
- l'art. 36, comma 1, del D.Lgs. 165/2001;
- il D.Lgs. 75/2017 e il D.L. 35/2019;

- la L. 234/2021;
- il D.L. 80/2021 e il D.L. 36/2022;
- le circolari del Ministero della semplificazione e della pubblica amministrazione 3/2017 e 1/2018;
- le *“Linee guida regionali per l’adozione dei Piani triennali del Fabbisogno di personale (PTFP) delle Aziende ed Enti del S.S.R. ai sensi degli artt. 6 e 6 ter del D.Lgs. 165/2001 e delle linee di indirizzo ministeriali approvate con D.M. 08/05/2018”*, approvate con D.G.R. 2416 del 21.12.2018 e conseguenti integrazioni di cui alla D.G.R. 2452/2019;
- la D.G.R. 896/2021, recante oggetto *“Art. 2, co. 71 della L. 191/2009 - art. 11, D.L. 35/2019 convertito in L. 60/2019 - modifica D.G.R. 2293/2018 - Rideterminazione e riparto tetto di spesa del personale delle Aziende ed Enti S.S.R.”*;
- la D.G.R. 1492/2022, recante oggetto *“Relazione in materia di gestione del personale del S.S.R. e di Sanitaservice - Ricognizione - Presa d’atto Documento Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome 22/154/CR7a/C7”*;
- la D.G.R. 1818/2022, recante oggetto *“Avvio procedure di stabilizzazione del personale del S.S.R. ai sensi dell’art. 20, comma 1, D.Lgs. 75/2017 e art.1, comma 268, lett. B), primo periodo, L. 234/2021. Ulteriori disposizioni in materia di personale. Modifica e integrazione della D.G.R. 1896/2021”*;

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

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

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

Esso risulta, per l’ambito ospedaliero, rispettoso dei valori di FTE minimi e massimi stabiliti in sede di Tavolo Tecnico ministeriale per la verifica degli adempimenti regionali, nella seduta del 29.03.2018 e 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. 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. 462/2023, attualmente vigente, nel rispetto del piano di riordino ospedaliero di cui al Regolamento Regionale n. 23/2019 e del numero massimo di strutture complesse di cui alla D.G.R. 1603/2018, recante *"Parametri standard regionali per l'individuazione di strutture semplici e complesse, posizioni organizzative e coordinamenti per il personale delle Aziende ed Enti del S.S.R. ex art. 12, co. 1, lett. b) Patto per la Salute 2010-2012. Modifica Allegato 1 alla D.G.R. 3008/2012 in adeguamento alla rete ospedaliera ex R.R. n. 7/2017 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 2021/2023 sono sostenibili, come da allegato A) alla D.D.G. 2265/2023, in quanto, una volta definite le procedure in questione, le stesse risulteranno perlopiù finanziate attraverso il passaggio da una categoria all'altra;
- le informazioni relative alle assunzioni delle categorie protette previste ai sensi della legge 68/89.

Si riporta, di seguito, il riepilogo per profilo professionale dell'ultimo PTFP 2021/2023, approvato con D.D.G. 2265 del 17.11.2023 alla quale si rinvia per l'analisi più dettagliata dello stesso.

| PROFILI | ANNO 2021 | ANNO 2022 | ANNO 2023 |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|
| Assistente Amministrativo | 355 | 355 | 355 |
| Assistente Tecnico | 17 | 17 | 17 |
| Ausiliario Specializzato | 337 | 337 | 337 |
| Coadiutore Amministrativo | 163 | 163 | 163 |
| Coadiutore Amministrativo Esperto | 112 | 112 | 112 |
| Collaboratore Amministrativo | 160 | 160 | 160 |
| Collaboratore Amministrativo Esperto | 28 | 28 | 28 |
| Collaboratore Professionale Assistente Sociale | 168 | 168 | 168 |
| Coll. Prof. Sanit. Assistente Sanitario | 73 | 73 | 73 |
| Coll. Prof. Sanit. Audiometrista | 6 | 6 | 6 |
| Coll. Prof. Sanit. Dietista | 25 | 25 | 25 |
| Coll. Prof. Sanit. Esperto Fisioterapista | 2 | 2 | 2 |
| Coll. Prof. Sanit. Esperto Infermiere | 41 | 41 | 41 |
| Coll. Prof. Sanit. Esperto Tecnico di Laboratorio Biomedico | 4 | 4 | 4 |
| Coll. Prof. Sanit. Fisioterapista | 471 | 471 | 471 |
| Coll. Prof. Sanit. Infermiere | 3.384 | 3.384 | 3.384 |
| Coll. Prof. Sanit. Logopedista | 138 | 138 | 138 |
| Coll. Prof. Sanit. Ortottista | 13 | 13 | 13 |
| Coll. Prof. Sanit. Ostetrica | 182 | 182 | 182 |
| Coll. Prof. Sanit. Tecnico della Fis. Card. e Perfusionazione Card. | 4 | 4 | 4 |
| Coll. Prof. Sanit. Tecnico della Prev. Ambiente e nei Luoghi di Lavoro | 161 | 161 | 161 |
| Coll. Prof. Sanit. Tecnico dell'educ. e riab. psichiatrica e psicosociale | 94 | 94 | 94 |
| Coll. Prof. Sanit. Tecnico di Laboratorio Biomedico | 159 | 159 | 159 |
| Coll. Prof. Sanit. Tecnico di Neurofisiopatologia | 17 | 17 | 17 |
| Coll. Prof. Sanit. Tecnico di Radiologia Medica | 201 | 201 | 201 |
| Coll. Prof. Sanit. Tecnologo alimentare | 3 | 3 | 3 |
| Coll. Prof. Sanit. Terapista Occupazionale | 109 | 109 | 109 |
| Collaboratore Professionale Spec. Comunicazione Istituzionale | 2 | 2 | 2 |
| Collaboratore Tecnico Professionale | 38 | 38 | 38 |
| Commesso | 55 | 55 | 55 |
| Dirigente Amministrativo | 34 | 34 | 34 |
| Dirigente Analista | 6 | 6 | 6 |
| Dirigente Architetto | 1 | 1 | 1 |
| Dirigente Avvocato / Procuratore Legale | 5 | 5 | 5 |
| Dirigente Ingegnere | 7 | 7 | 7 |
| Dirigente Medico | 1.848 | 1.848 | 1.848 |
| Dirigente Professioni Sanitarie | 23 | 23 | 23 |

| PROFILI | ANNO 2021 | ANNO 2022 | ANNO 2023 |
|--|---------------|---------------|---------------|
| Dirigente Sanitario Biologo | 48 | 48 | 48 |
| Dirigente Sanitario Farmacista | 64 | 64 | 64 |
| Dirigente Sanitario Fisica sanitaria | 2 | 2 | 2 |
| Dirigente Sanitario Psicologo | 142 | 142 | 142 |
| Dirigente Sociologo | 2 | 2 | 2 |
| Dirigente Veterinario | 66 | 66 | 66 |
| Infermiere generico esperto | 11 | 11 | 11 |
| Operatore Socio Sanitario | 817 | 817 | 817 |
| Operatore Tecnico | 165 | 165 | 165 |
| Operatore Tecnico Addetto Assistenza | 5 | 5 | 5 |
| Operatore Tecnico Specializzato | 69 | 69 | 69 |
| Operatore Tecnico Specializzato Autista di Ambulanza | 82 | 82 | 82 |
| Operatore Tecnico Specializzato Esperto | 66 | 66 | 66 |
| Programmatore | 21 | 21 | 21 |
| Puericultrice Esperta | 15 | 15 | 15 |
| Totale complessivo | 10.021 | 10.021 | 10.021 |

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 2024-2026, 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 P.A. centrali e locali;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

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.

6.4 Il contrasto alle discriminazioni

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

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

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

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

L'individuazione di una discriminazione indiretta costituisce, pertanto, un compito delicato, poiché comporta un'approfondita valutazione dell'atto discriminatorio nel contesto di riferimento, al fine di

verificare se un comportamento che appaia, ad un primo esame, legittimo, nasconda, in realtà, una forma di ingiustificata differenziazione.

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

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

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

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

Obiettivi:

- sensibilizzazione sui temi specifici delle discriminazioni e della violenza nei luoghi di lavoro;
- promozione della informazione sulla normativa antidiscriminatoria;
- sviluppo nella gestione del personal della cultura di genere, della valorizzazione della diversità, della prevenzione e contrasto ad ogni forma di discriminazione;
- garanzia dei diritti delle persone LGBTIQ nella organizzazione;
- introduzione nel sistema di valutazione della performance di Direttori S.C. e Dirigenti S.S. di

indicatori concernenti le abilità comunicative e relazionali, l'orientamento ai valori delle pari opportunità, della valorizzazione delle differenze e del benessere organizzativo.

Obiettivo 1

Divulgare, attraverso i canali digitali istituzionali, le direttive comunitarie, nazionale, regionali, aziendali, le buone prassi dirette a garantire le pari opportunità, il contrasto ad ogni forma di discriminazione, il benessere organizzativo, la promozione della cultura organizzativa, il rispetto e la valorizzazione delle differenze di genere, per costruire un clima sereno e positivo che valorizzi il rispetto e le differenze. Diffondere le azioni positive programmate dalla Rete Nazionale dei CUG (sito istituzionale, mail, pagina dedicata al CUG e ai gruppi di lavoro), in tema di benessere lavorativo e sintesi degli orientamenti nazionali e regionali.

| Processo | Tempi di attuazione | Responsabile | Monitoraggio/Indicatore |
|--|---------------------|----------------------------------|---|
| Individuare una modalità comunicativa efficace e chiara, (sito istituzionale, mail, pagina dedicata al CUG e ai gruppi di lavoro)Diffondere opuscoli, brochure e articoli di settore | 2024-2026 | CUG – URP – Direzione Strategica | n. opuscoli/articoli divulgati e n. iniziative promozionali realizzate (indicatore triennale) |

Obiettivo 2

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

| Processo | Tempi di attuazione | Responsabile | Monitoraggio/Indicatore |
|---|---------------------|----------------------------------|---|
| <p>Publicazione Bando interno per acquisire manifestazioni d'interesse.</p> <p>Prevedere un iter dedicato per il rientro guidato, nei luoghi di lavoro, del personale con problemi familiari e/o di salute, riprogettando le attività necessarie ad accompagnare la ripresa lavorativa anche mediante modalità flessibili di orario</p> | 2024– 2026 | Direzione Strategica -CUG – AGRU | <p>Publicazione del provvedimento (indicatore triennale)</p> <p>n. processi di accompagnamento moduli formativi realizzati per i Direttori S.C. e Dirigenti S.S. (indicatore triennale)</p> |

Obiettivo 3

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

| Processo | Tempi di attuazione | Responsabile | Monitoraggio/Indicatore |
|---|---------------------|--|---|
| Definizione di modalità condivise di operatività con Comitato Scientifico, Formazione, Responsabili Scientifici, Corsi di formazione obbligatori aziendali e AGRU -Settore Concorsi | 2024- 2026 | CUG– AGRU (Settore Concorsi) Comitato Scientifico Ufficio Formazione Responsabile della Prevenzione della Corruzione (limitatamente al divieto di discriminazione del cd. whistleblower) | n. di Corsi obbligatori con almeno una relazione sui temi d'interesse CUG / numero complessivo Corsi aziendali. n. di concorsi con almeno una materia d'interesse CUG nelle prove-d'esame/numero complessivo Concorsi, n. due Corsi organizzati dal CUG da parte dei Direttore S.C. e Dirigenti S.S./numero totale Corsi obbligatori aziendali (indicatori triennali) |

Obiettivo 4

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

| Processo | Tempi di attuazione | Responsabile | Monitoraggio/Indicatore |
|--|---------------------|---|--|
| Formazione Gruppo di Lavoro d'intesa con SPPA, SSS e avvio attività di valutazione dei rischi connessi al genere | 2024 - 2026 | SSPA – Servizio Sorveglianza Sanitaria e Radioprotezione Medica - CUG | Aggiornamento procedure aziendali (indicatore triennale) |

Obiettivo 5

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

| Processo | Tempi di attuazione | Responsabile | Monitoraggio/Indicatore |
|---|---------------------|---|--|
| Programmazione di incontri di rete periodici con partecipazione Assemblea e Gruppi di Lavoro Rete Nazionale CUG | 2024- 2026 | CUG - Direzione Strategica U.O. anzidette | n. di partecipanti / n. di incontri (indicatore annuale) |

Obiettivo 6

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

| Processo | Tempi di attuazione | Responsabile | Monitoraggio/Indicatore |
|--|---------------------|---|--|
| Adozione deliberazione Codice di Condotta e pubblicazione Avviso per acquisizione manifestazioni d'interesse | 2024 - 2026 | AGRU - Direzione Strategica CUG – URP - UPD | Pubblicazione Regolamento Codice di Condotta Conferimento incarico Consigliere/a di fiducia (indicatori triennali) |

Obiettivo 7

Definizione della procedura per la gestione dei rapporti Amministrazione – CUG e, nello specifico, CUG – SSPA, OIV (anche tramite la Struttura Tecnica Permanente di supporto di cui all'art. 14, d. lgs. 150/2009), RPCT, AGRU e altre U.O. aziendali. E' opportuno condividere con l'Amministrazione un documento condiviso per regolare il flusso e i soggetti coinvolti in base alle diverse materie di competenza del CUG e alle sue 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 | 2024 - 2026 | Direzione Strategica - CUG | n. di incontri con Direzione Strategica e Strutture Interne (indicatore triennale) |

Obiettivo 8

Definizione dei criteri di partecipazione ai Corsi di formazione obbligatori aziendali anche a distanza/webinar al fine di proporre una integrazione al Regolamento Aziendale per la Formazione e eliminare forme di discriminazione.

| Processo | Tempi di attuazione | Responsabile | Monitoraggio/Indicatore |
|---|---------------------|---|---|
| Elaborazione di una proposta di integrazione al Regolamento Aziendale per la Formazione. Valutazione delle criticità relative all'utilizzo della piattaforma aziendale per la formazione a distanza. | 2024 - 2026 | CUG -Direzione Strategica CTS Formazione UOS Formazione UOASSI | Pubblicazione del nuovo Regolamento Aziendale per la Formazione a distanza (indicatore triennale) |

Obiettivo 9

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

| Processo | Tempi di attuazione | Responsabile | Monitoraggio/Indicatore |
|---------------------------|---------------------|---|---|
| Aggiornamento annuale PAP | 2024 - 2026 | Direzione Strategica - CUG – (anche tramite la Struttura-Tecnica Permanente di supporto di cui all'art. 14, d. lgs. 150/2009) | Pubblicazione entro il 31 gennaio sul sito aziendale (indicatore annuale) |

Obiettivo 10

Verifica la corretta applicazione delle indicazioni previste dalla Direttiva n. 2/19- Sulle Pari Opportunità – Rimozione delle discriminazioni.

| Processo | Tempi di attuazione | Responsabile | Monitoraggio/Indicatore |
|---|---------------------|---|---|
| Verificare l'assenza di discriminazioni in ambito lavorativo; nei bandi di concorso per il reclutamento del personale e l'applicazione delle pari opportunità; verificare che nel conferimento degli incarichi o nella partecipazione a commissioni i fattori che ostacolano le pari opportunità. Verificare che nell'assegnazione dei corsi gratuiti da parte di Enti esterni (Inail/Inps) non vi siano comportamenti discriminatori e i criteri di assegnazione. | 2024-2026 | Direzione Strategica AGRU - CUG Direttori S.C. | Monitorare l'albo pretorio (indicatore triennale) |

Obiettivo 11

Predisposizione del 4° 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 disegualianze 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 4° Bilancio di genere (indicatore annuale) |

Obiettivo 12

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

| Processo | Tempi di attuazione | Responsabile | Monitoraggio/Indicatore |
|-----------------------------------|---------------------|---|--|
| Organizzazione incontri periodici | 2024 - 2026 | CUG - Direzione Strategica – Direttori S.C. e Dirigenti S.S., Rischio Clinico | n. di partecipanti/n. di incontri informativi (indicatore annuale) |

Obiettivo 13

Orientare la raccolta ed elaborazione statistica dei dati relativi al Personale (Format 1 – Direttiva n.2/2019) in merito alla distribuzione degli incarichi, progressioni di carriera, fruizione di istituti contrattuali riferiti alla conciliazione di vita/lavoro e mobilità. Implementare il Portale 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/ | 2024-2026 | Direzione Strategica - CUG – AGRU – Controllo di Gestione | Individuazione U.O. e/o funzionario delegato (indicatore triennale) aggiornamento e monitoraggio degli indicatori statistici e banca dati tempestività ed inoltro al CUG di dati e informazioni per il loro più efficace e produttivo (indicatori triennali) |

Obiettivo 14

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

| Processo | Tempi di attuazione | Responsabile | Monitoraggio/Indicatore |
|---|---------------------|--------------------------------|---|
| Elaborazione di una proposta di Integrazione al Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance. | 2024-2026 | CUG -Direzione Strategica AGRU | Recepimento di un nuovo Regolamento Aziendale relativo al Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (indicatore triennale) |

Obiettivo 15

Monitorare lo stato del benessere dei dipendenti attraverso Ricerca-Azione (focus group/questionari) potenziando gli spazi interni alla ASL BA per ricavare un'area per palestre, mense, luoghi per la pausa pranzo, spazi per la socializzazione, la conciliazione e per l'allattamento al seno. Gli Spazi dovrebbero diventare un importante veicolo di informazione e promozione culturale rispetto ai temi della conciliazione vita-lavoro

| Processo | Tempi di attuazione | Responsabile | Monitoraggio/Indicatore |
|--|---------------------|---|---|
| Individuazione di spazi di condivisione e analisi della fattibilità di una "zona comfort" con previsione di specifiche istruzioni operative che consentano l'ideale gestione delle aree Promozione di azioni informative/sensibilizzazione | 2024 - 2026 | CUG -Direzione Strategica – Area Tecnica - OIV – AGRU e Strutture Aziendali | n. di spazi comfort/ n. di spazi complessivi, elaborazione Report documento di definizione delle aree di intervento e delle azioni positive, predisposizione di linee guida/istruzioni operative (indicatore triennale) |

Obiettivo 16

Iniziative per incrementare il welfare aziendale. Si prevedono studi di fattibilità per richiedere la stipula di convenzioni assicurative aziendali per tutti i dipendenti e convenzioni con i comuni per la gratuità di parcheggio per i lavoratori dediti all'assistenza domiciliare. Attivare la convenzione per lo SPID dei dipendenti pubblici.

| Processo | Tempi di attuazione | Responsabile | Monitoraggio/Indicatore |
|---|---------------------|---------------------------|------------------------------------|
| Stipula di convenzioni assicurative aziendali per tutti i dipendenti, convenzioni con i comuni per la gratuità di parcheggio per i lavoratori dediti all'assistenza domiciliare. Attivare la convenzione per lo spid dei dipendenti pubblici. | 2024-2026 | Cug -Direzione strategica | Identificare linee guida operative |

Obiettivo 17

Costituzione di uno sportello di counselling/psicologico a supporto al lavoratore. Progetto obiettivo

| Processo | Tempi di attuazione | Responsabile | Monitoraggio/Indicatore |
|--|---------------------|-------------------------|--|
| Mira all'identificazione di specifiche difficoltà personali sostenendo-orientando-e mobilitando le risorse personali | 2024 - 2026 | CUG Direzione sanitaria | Identificare spazi e linee guida operative |

Obiettivo 18

Realizzare politiche volte *all'active ageing*, attraverso il contributo delle Associazioni Sportive, Culturali e di Promozione Sociale che manifesteranno interesse a supportare i lavoratori nel processo di cambiamento orientato verso un corretto stile di vita. Sottoscrizione della Carta della Conciliazione e convenzioni con Ambiti/Comuni per beneficiare di tariffe agevolate- iscrizioni minori asili nido- personale della ASL BA.

| Processo | Tempi di attuazione | Responsabile | Monitoraggio/Indicatore |
|---|---------------------|----------------------------|---|
| Prevedere iniziative di prevenzione dei tumori, realizzando eventi di informazione al personale anche in ottica di genere e con indicazioni di stili di vita virtuosi per prevenirli Partecipare-alle-campagne-di prevenzione, -positivamente realizzate a livello regionale e Nazionale. Proseguire le campagne informative sulla salute e sicurezza anche attraverso la realizzazione degli opuscoli sulle buone prassi | 2024 - 2026 | CUG - Direzione Strategica | numero lavoratori coinvolti/ numero-giornate (indicatore-triennale) |

Obiettivo 19

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

| Processo | Tempi di attuazione | Responsabile | Monitoraggio/Indicatore |
|--|---------------------|--|--|
| <p>Favorire politiche di diversitymanagement per dare visibilità alla-persone-LGBT e alle politiche gay friendly</p> <p>Effettuare studi e monitoraggi per conoscere le dimensioni lecaratteristiche-reali-della discriminazione-basata sull'orientamento sessuale e sull'identità di genere a livello aziendale, -mediante-la rilevazione-e-raccolta sistematica, analisi ed elaborazione, rappresentazione dei dati,con un particolare focus sullepersone transessuali e transgender.</p> <p>Monitorare l'applicazione della normativa antidiscriminatoria vigente, anche con riferimento alle pronunce giurisdizionali</p> <p>Monitoraggio-delle-segnalazioni acquisite agli atti dal CUG</p> | 2024 - 2026 | CUG - Direzione Strategica-URP – AGRU – CoordinamentoScientifico 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 triennali)</p> |

Obiettivo 20

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

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

| Processo | Tempi di attuazione | Responsabile | Monitoraggio/Indicatore |
|---|---------------------|----------------------------|--|
| <p>Sottoscrizione accordo con attori presenti sul territorio per organizzazione eventi formativi.</p> <p>Organizzare incontri/eventi specifici sul tema della violenza e delle molestie nei luoghi di lavoro.</p> <p>Partecipazione Assemblea e Gruppi di Lavoro Rete Nazionale CUG</p> | 2024 – 2026 | CUG - Direzione Strategica | <p>Pubblicazione atti e determinazioni (indicatore annuale)</p> <p>n. eventi formativi / n. complessivo partecipanti (indicatore triennale)</p> <p>e</p> |

Obiettivo 21

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

Migliorare la "lettura dell'organizzazione" affinando la raccolta e l'analisi dei dati relativi al personale suddivisi per genere, età e disabilità in termini di posizioni contrattuali, qualifiche, anzianità di servizio, accesso a strumenti utili alla conciliazione, titoli di studio, distribuzione territoriale. Studio di azioni specifiche di tutoraggio e procedure per il trasferimento di competenze del personale in uscita anche attraverso la sperimentazione di affiancamenti.

| Processo | Tempi di attuazione | Responsabile | Monitoraggio/Indicatore |
|--|---------------------|--|--|
| <p>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</p> <p>Assicurare la produzione di dati e informazioni necessari alla definizione del Piano triennale delle azioni positive.</p> <p>Avvio attività di tutoraggio.</p> | 2024- 2026 | Direzione Strategica AGRU - CUG Direttori S.C. | Numero personale mappato/numero complessivo personale aziendale (indicatore triennale) |

Obiettivo 22

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

| Processo | Tempi di attuazione | Responsabile | Monitoraggio/Indicatore |
|---|---------------------|---|---|
| <p>Elaborazione-Report</p> <p>Procedimenti Istruttori, accesso Sportello di Ascolto, ecc.</p> | 2024 - 2026 | CUG - Direzione Strategica Responsabile della Prevenzione della Corruzione (limitatamente alle eventuali segnalazioni di discriminazione a danno del cd. whistleblower, di cui all'art. 54-bis, d. lgs. 165/2011 e al d. lgs. 179/2017). | Numero procedimenti istruttori/numero segnalazioni Sportello Ascolto CUG (indicatore annuale) |

Obiettivo 23

Ricognizione dei bisogni del personale connesse alla cura dei figli minori, familiari anziani o disabili per valutare l'opportunità di sottoscrivere convenzioni con centri sportivi, centri estivi, servizi domiciliari e diurni per disabili e anziani presenti nel territorio.

| Processo | Tempi di attuazione | Responsabile | Monitoraggio/Indicatore |
|--|---------------------|----------------------------|--|
| <p>Stipula di convenzioni costruttive del territorio</p> | 2024 - 2026 | CUG - Direzione Strategica | n. convenzioni / anno (indicatore triennale) |

Obiettivo 24

| Valorizzazione dell'attività di Ascolto del personale attraverso il Nucleo di Ascolto e i Circoli di ascolto organizzativo, un'iniziativa finalizzata al cambiamento della percezione che i lavoratori hanno del proprio ambiente di lavoro, all'incremento della motivazione, al miglioramento delle performance lavorative | | | |
|---|---------------------|----------------------------------|--|
| Processo | Tempi di attuazione | Responsabile | Monitoraggio/Indicatore |
| Individuare, all'interno delle U.O. lavoratori/lavoratrici motivati ad utilizzare le proprie risorse relazionali, 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 | 2024 - 2026 | CUG - Direzione Strategica -AGRU | n. Circoli di Ascolto / n. personale coinvolto(indicatore triennale) |

Obiettivo 25

| Implementazione incontri Tavolo Tecnico Paritetico composto dal Responsabile SPPA ASL BA, un Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, il Responsabile Servizio di Sorveglianza Sanitaria e Radioprotezione, Presidente e Referente CUG | | | |
|---|---------------------|---|---|
| Processo | Tempi di attuazione | Responsabile | Monitoraggio/Indicatore |
| Implementazione metodologia INAIL nella valutazione dello stress lavoro correlato e prevenzione infortuni sul lavoro | 2024 - 2026 | CUG - SPPA Direzione Strategica Responsabile Servizio di Sorveglianza Sanitaria | n. di spazi comfort/ n. di spazi complessivi (indicatore annuale) predisposizione di linee guida/istruzioni operative (indicatore triennale) |

Obiettivo 26

| Promozione della cultura della salute e della sicurezza di genere attraverso il perfezionamento dei moduli formativi e di aggiornamento obbligatori, previsti dal d.lgs. 81/08 e s. m. i., con le informazioni su ruolo, compiti e attività del CUG in merito ai temi di competenza del Comitato (diversità, discriminazioni e loro effetti su salute e sicurezza). Inserire nell'analisi dei rischi anche il "rischio emergente" delle molestie e della violenza fisica e psichica nei luoghi di lavoro | | | |
|--|---------------------|------------------------------------|---|
| Processo | Tempi di attuazione | Responsabile | Monitoraggio/Indicatore |
| Partecipazione-dei/delle componenti CUG ai Corsi obbligatori sulla sicurezza sullavoro in qualità di formatori Definizione Accordo CUG eSPPA | 2024- 2026 | SPPA – Direzione Strategica CUG | n. di componenti CUGformatori/ n. di moduli obbligatori sulla sicurezza sul lavoro(indicatore annuale) |

Obiettivo 27

| Adozione di strategie atte a favorire la conciliazione tempi di vita, così da rispondere al meglio alle esigenze dei lavoratori con figli minori o anziani bisognosi di assistenza e, in generale, di tutti coloro che, nell'ambito del contesto familiare, svolgono lefunzioni di care giver | | | |
|---|---------------------|------------------------------------|--|
| Processo | Tempi di attuazione | Responsabile | Monitoraggio/Indicatore |
| Partecipazione bandi pubblici, nazionali e regionali, per finanziare iniziative di Conciliazione | 2024 - 2026 | CUG - AGRU Direzione Strategica | n.progetti/n.progettifinanziati (indicatore triennale) |

Obiettivo 28

Diffusione attraverso la formazione aziendale, anche a distanza, delle competenze digitali a favore di tutti i lavoratori/lavoratrici affinché possano partecipare 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. | 2024 - 2026 | CUG - Direzione Strategica CTS Formazione UOS Formazione UOASSI | Numero complessivo degli operatori formatori (indicatore triennale) |

Obiettivo 29

Avviare il Progetto "Car Sharing Mobility" al fine di realizzare una piattaforma di collaborazione tra i lavoratori per la mobilità condivisa

| Processo | Tempi di attuazione | Responsabile | Monitoraggio/Indicatore |
|--|---------------------|------------------------------------|--|
| Predisposizione deliberazione e gestione fasi del progetto Affidamento Servizio | 2024 - 2026 | CUG - SPPA Direzione Strategica | numero lavoratori coinvolti / U.O. pubblicazione deliberazione D.G. dia affidamento servizio (indicatore triennale) |

Comunicazione

- Previsione, nell'ambito delle attività di in-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: 2024-2026

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 2022/23.

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