

RELAZIONE DELL'OIV SUL FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE, TRASPARENZA E INTEGRITÀ DEI CONTROLLI INTERNI PER L'ANNO 2022.

(art.14, comma 4, lettera a) del d.lgs. 150/2009)



INDICE

- 1. Presentazione
- 2. Attività dell'OIV
- 3. Infrastruttura di Supporto
- 4. Performance Organizzativa
- 5. Performance individuale
- 6. Processo di attuazione del ciclo della performance
- 7. Prevenzione della corruzione e trasversalità con i temi della trasparenza
- 8. Definizione e gestione degli standard di qualità
- 9. Proposte di miglioramento del ciclo di gestione della Performance



1. Presentazione

Il D.Lgs 150/09 all'art.14, comma 4, lett.a) prevede che l'Organismo indipendente di Valutazione della performance monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso, anche formulando proposte e raccomandazioni ai vertici amministrativi.

La relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione è redatta dall'OIV in conformità a quanto previsto dall'art.6, comma 1, lettera a) della Legge Regionale 4 gennaio 2011, n. 1 recante "Norme in materia di ottimizzazione e valutazione della produttività del lavoro pubblico e di contenimento dei costi degli apparati amministrativi nella Regione Puglia", che individua tra i compiti dell'OIV il monitoraggio del funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli e l'elaborazione di una relazione annuale sullo stato delle stesso.

Con la Delibera n. 4/2012 la CIVIT ha fornito le linee guida relative alla redazione della Relazione degli O.I.V. sul funzionamento del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni ai sensi dell'art. 14, comma 4, lettera a) del D. Lgs. n. 150/2009 nonché relative all'Attestazione dell'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità ai sensi dell'art. 14, comma 4, lettera g) del decreto ("Attestazione").

Alla Delibera n. 4 del 2012 ha fatto seguito nel corso del 2013 la delibera n. 23, nella quale specifica attenzione è data alla Relazione annuale sul funzionamento del Sistema di



valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni, quale principale momento di sintesi del monitoraggio effettuato da parte dell'OIV.

Con la presente relazione, in conformità all'art.14, comma 4, lettera a) del D.Lgs. n. 150/2009, si intende analizzare la messa a punto ed il grado di applicazione nell'Amministrazione degli strumenti e delle misure previste dal Decreto con particolare riguardo agli aspetti relativi alla misurazione e alla valutazione della performance, alla trasparenza, nonché all'integrazione tra i diversi sistemi di controllo interno.

La finalità, pertanto, è quella di evidenziarne le criticità ed i punti di forza, al fine di presentare proposte per svilupparlo e integrarlo ulteriormente.

La predisposizione della presente relazione rappresenta, pertanto, un momento di verifica della corretta applicazione da parte delle amministrazioni delle linee guida, delle metodologie e delle indicazioni della CIVIT/ANAC, tenendo anche conto del monitoraggio sul sistema di misurazione e valutazione della performance, sul Piano della Performance e sul Programma Triennale per la prevenzione e repressione della corruzione e per la trasparenza.

Nella Relazione l'OIV riferisce sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni, nell'ambito del ciclo della performance 2022, mettendone in luce gli aspetti significativi.

La presente relazione è ispirata ai principi di trasparenza, attendibilità, ragionevolezza, evidenza e tracciabilità, verificabilità dei contenuti e dell'approccio utilizzato.

L'operato dell'OIV è guidato dai principi di indipendenza e di imparzialità.



La Relazione è trasmessa all'Organo d'indirizzo politico – amministrativo ed inoltre pubblicata in formato aperto sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione Trasparente".

2. Attività dell'OIV

L'OIV, nel corso dell'anno 2022, ha assolto molteplici adempimenti previsti dalla normativa vigente di seguito sinteticamente riportati:

Validazione della Relazione sulla Performance anno 2021

Ai sensi dell'art. 14 comma 4, lett. c) del D.lgs. n. 150/2009 e s.m.i., in data 27 luglio 2022, l'OIV ha validato la Relazione sulla performance anno 2021.

Attestazione assolvimento obblighi di pubblicazione

L'OIV, in applicazione del D.lgs. n.33/2013 e della delibera ANAC n.201/2022, ha ottemperato alla verifica di rilevazione degli obblighi di pubblicazione al 30 maggio 2022, pubblicando sulla sez. Amministrazione Trasparente la scheda di sintesi sulla rilevazione effettuata.

È stata eseguito anche il monitoraggio degli obblighi di pubblicazione al 31 ottobre 2022, delle sezioni non risultate complete e aggiornate nella prima verifica, procedendo alla pubblicazione della griglia di monitoraggio sulla sez. Amministrazione Trasparente.



Ulteriori attività

Con verbale del 15 aprile 2022, a seguito di relazione conclusiva di valutazione dei progetti aziendali da parte della STP (nota prot. n. 29257 del 15/4/2022), l'OIV ha attestato il raggiungimento degli obiettivi previsti in suddetti progetti.

3. Infrastruttura di supporto

Per lo svolgimento delle proprie funzioni l'Organismo Indipendente di Valutazione si è avvalso, ex art.14, comma 9 del D. Lgs.150/2009, di una Struttura Tecnica Permanente per la Misurazione e Valutazione della Performance, la cui composizione è stata aggiornata con deliberazione n. 101 del 31 gennaio 2021, successivamente modificata con deliberazioni n. 778 del 23/06/2022 e n. 920 del 14/07/2022, intesa come l'insieme di mezzi e soggetti che rendono possibile l'acquisizione, la selezione, l'analisi, l'interpretazione e la diffusione dei dati, garantendone la tracciabilità e l'attendibilità.

La Struttura Tecnica Permanente svolge un ruolo di interfaccia tecnica tra O.I.V. (Organismo Indipendente di Valutazione) e dirigenti nell'ambito del processo di misurazione e valutazione, interagendo con le diverse strutture e, in particolare, con quelle coinvolte nella pianificazione strategica e operativa, nella programmazione economico-finanziaria e nei controlli interni.

Al riguardo si rappresenta un adeguato supporto fornito dalla Struttura a questo OIV a decorrere dalla data di insediamento.



4. Performance Organizzativa

La Asl BT ha strutturato un sistema di misurazione e valutazione della performance articolato in valutazione organizzativa ed individuale.

La performance organizzativa è il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un'entità (individuo, gruppo di individui, unità organizzativa, organizzazione) attraverso la propria azione, apporta al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi ed alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita.

Nello specifico la performance organizzativa esprime il risultato che un'intera organizzazione, con le sue singole articolazioni consegue al fine del raggiungimento di determinati obiettivi (esiti ed oucome) e, in ultima istanza, della soddisfazione dei bisogni dei cittadini, nonché della corretta allocazione delle risorse pubbliche.

La misurazione e valutazione della performance organizzativa concernono gli ambiti richiamati all'art.8 del D.lgs.150/2009, per quanto applicabile alle Aziende Sanitarie Locali.

L'art. 7, comma 1, del D. Lgs. n. 150/2009, così come modificato dal D. Lgs. n. 74/2017, prevede che le amministrazioni pubbliche valutano annualmente la performance organizzativa e individuale. A tal fine adottano e aggiornano annualmente, previo parere vincolante dell'Organismo Indipendente di Valutazione, il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance ASL BT è stato redatto in conformità a quanto previsto dal D. Lgs. 150/2009, così come novellato dal D. Lgs. 74/2017,



nonché dagli indirizzi impartiti dal Dipartimento della Funzione Pubblica (Linee Guida n. 2/2017, n. 4/2019 e n. 5/2019).

La Direzione si è posta, in particolare, l'impegno di far evolvere la valutazione del personale da mero adempimento burocratico a strumento di motivazione del personale e di supporto nel raggiungimento degli obiettivi strategici.

La ASL BT con deliberazione n. 434 del 29/04/2022 e successiva deliberazione n. 816 del 30/06/2022 ha adottato il Piano Integrato di Attività e Organizzazione PIAO 2022-2024 ASL BT e, in tale ambito, ha proceduto all'approvazione del Piano della Performance per gli anni 2022 – 2024, ai sensi dell'art. 10 del D. Lgs. n. 150 del 27 ottobre 2009, così come modificato dagli artt. 3 e ss. 10 del D. Lgs. n. 74 del 27 maggio 2017. Nell'ambito dello stesso Piano si è provveduto, per il medesimo arco temporale, alla pianificazione degli obiettivi strategici, per macro aree di attività, quale strumento idoneo ad incidere con reale e misurabile efficacia sull'organizzazione e sul funzionamento dell'Azienda.

Nel Piano della Performance adottato è espressamente prevista la facoltà della Direzione Aziendale di verificare la validità della linea strategica tracciata ad inizio triennio e, eventualmente, rivederla nell'ottica del miglioramento continuo dell'organizzazione.

Al fine di consentire il perseguimento delle finalità istituzionali, la strategia aziendale è formulata in maniera coerente con quanto previsto in sede di Pianificazione Sanitaria Nazionale e Regionale e con gli obiettivi economico – gestionali dalle stesse prefissati.



Nello specifico come appurato nel corso delle interlocuzioni con il responsabile del Controllo di Gestione dott. Francesco Nitti, si riepilogano di seguito le attività svolte in occasione della contrattazione degli obiettivi di budget 2022:

- Con nota mail del 28 gennaio 2022 della UOC Controllo di Gestione è stata trasmessa a tutti i Direttori/Dirigenti Responsabili una prima bozza degli obiettivi da assegnare a ciascuna Struttura;
- Con nota mail del 14 marzo 2022 della UOC Controllo di Gestione si è proceduto alla trasmissione degli Obiettivi di Budget anno 2022 ed alla contestuale convocazione, giusta nota prot. n. 19501/2022, degli incontri tra la Direzione Generale ASL BT ed i Dipartimenti aziendali, al fine della sottoscrizione delle schede di Budget;
- Con nota mail del 7 luglio 2022 della UOC Controllo di Gestione è stato richiesto alle Strutture di dare seguito all'obiettivo N1.2 sub 3 prevedente l'invio della Relazione contenente l'autoverifica dello stato di realizzazione degli obiettivi assegnati al 1 semestre 2022;
- Con nota mail del 7 luglio 2022 della UOC Controllo di Gestione è stata avviata l'attività di assegnazione degli Obiettivi Individuali, così come espressamente previsto nell'obiettivo di budget N1.2 Azione sub 2;
- Con nota mail del 30 dicembre 2022 della UOC Controllo di Gestione è stata trasmessa alla Direzione Strategica la relazione che analizza l'andamento provvisorio delle



performance registrate dalla ASL BT nel corso del 2022, propedeutica anche alla programmazione degli obiettivi da assegnare per l'anno 2023;

- Con nota mail del 11/01/2023 della UOC Controllo di Gestione è stata effettuata la richiesta alle Strutture di relazione/rendicontazione delle attività effettuate per il conseguimento degli obiettivi 2022;
- Con successiva corrispondenza tra la UOC Controllo di Gestione e le Strutture aziendali, è stata curata l'attività istruttoria (anche mediante interlocuzioni ed invio di controdeduzioni) finalizzata al calcolo della % di raggiungimento di ciascun obiettivo assegnato ed alla conseguente definizione della performance organizzativa di ciascuna Struttura;
- Con nota prot. n. 47313 del 14 giugno 2023 la Direzione Generale ASL BT Area Gestione Personale ha comunicato alle Strutture Aziendali interessate le modalità operative per la valutazione della performance individuale del personale in servizio per l'anno 2022, tenuto conto del Sistema di Valutazione e Misurazione della Performance aziendale.

Alla luce di quanto innanzi riportato si ritiene che, lo spazio strategico per la ASL BT risulta ben definito dalla formulazione degli obiettivi recepiti dal piano di performance aziendale, che è elaborato in coerenza con i contenuti delle normative vigenti, generali e di settore, nazionali e regionali, nonché con la Programmazione Sanitaria Nazionale e Regionale.



5. Performance Individuale

La performance individuale esprime il contributo individuale, fornito in termini di risultato e di modalità di raggiungimento degli obiettivi.

La valutazione della "performance individuale" è fortemente integrata con quella organizzativa ed è finalizzata alla promozione ed alla crescita delle capacità e delle competenze delle risorse umane impiegate nei processi e nelle attività trasversali aziendali. La valutazione della performance individuale è declinata secondo tre dimensioni:

- 1. il contributo individuale ai risultati della gestione;
- 2. le conoscenze e le capacità/abilità agite;
- 3. le competenze tecniche che caratterizzano ciascuna professione.

In parallelo a questi due concetti di performance, si sviluppa il sistema premiante aziendale, che ha lo scopo di promuovere il miglioramento continuo delle prestazioni erogate e dei risultati conseguiti nell'anno, agendo sulla leva motivazionale, che si articola sia rispetto ai risultati gestionali sia rispetto agli obiettivi individuali ed ai percorsi di formazione e di crescita professionale.

In relazione al punto 1. a decorrere dall'anno 2022 il SMVP introduce l'assegnazione obbligatoria di almeno un **obiettivo individuale** a tutto il personale dirigenziale (dirigenza Sanitaria e dirigenza PTA), al personale titolare di incarico di funzione/coordinamento ed al



personale inquadrato nel profilo di Collaboratore amm.vo prof.le /Collaboratore amm.vo prof.le senior. Per i restanti profili professionali l'assegnazione di specifici obiettivi individuali è facoltativa. La assegnazione degli obiettivi individuali è effettuata dagli stessi soggetti cui compete la valutazione.

La UOC Controllo di Gestione predispone e sottopone ai Responsabili di Struttura un applicativo excel che consente la individuazione e la assegnazione degli obiettivi individuali ai soggetti destinatari, nonché la successiva verifica del raggiungimento degli stessi, con quantificazione della valutazione che verrà riportata nella scheda di valutazione di ciascun dipendente nella specifica area Obiettivi individuali e/o di gruppo. La individuazione ed assegnazione degli obiettivi individuali dovrà essere discussa con i destinatari, che sottoscrivono per accettazione la scheda degli obiettivi assegnati. Per i dipendenti per i quali non è previsto l'obbligo della assegnazione di almeno un obiettivo individuale e per i quali non si è altresì optato alla assegnazione facoltativa di obiettivi individuali, tale Area di valutazione verrà sostituita da una valorizzazione sintetica, espressa dal valutatore, compresa nel range 1 – 100 (dove 1 rappresenta il contributo minimo e 100 il contributo massimo), che sintetizza il contributo del dipendente al raggiungimento degli obiettivi assegnati.

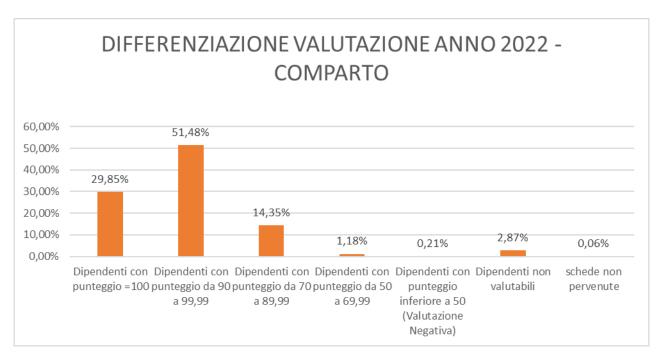
La valutazione della performance individuale è estesa a tutti i dipendenti con contratto a tempo indeterminato e determinato ed ha periodicità annuale. Essa è effettuata dal dirigente diretto conoscitore dell'attività del valutato (valutatore di prima istanza) ed all'atto di predisposizione



della presente relazione, risultano pervenute la quasi totalità delle schede relative all'anno 2022 con punteggi differenziati come riportato nella seguente tabella:

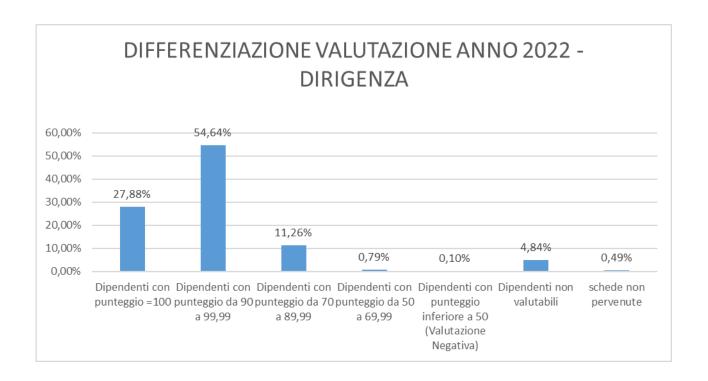
COMPARTO	N.	%
Dipendenti con punteggio =100	988	29,85%
Dipendenti con punteggio da 90 a 99,99	1704	51,48%
Dipendenti con punteggio da 70 a 89,99	475	14,35%
Dipendenti con punteggio da 50 a 69,99	39	1,18%
Dipendenti con punteggio inferiore a 50 (Valutazione Negativa)	7	0,21%
Dipendenti non valutabili	95	2,87%
schede non pervenute	2	0,06%
	3310	100,00%





DIRIGENZA	N.	%
Dipendenti con punteggio =100	282	27,88%
Dipendenti con punteggio da 90 a 99,99	553	54,64%
Dipendenti con punteggio da 70 a 89,99	114	11,26%
Dipendenti con punteggio da 50 a 69,99	8	0,79%
Dipendenti con punteggio inferiore a 50 (Valutazione Negativa)	1	0,10%
Dipendenti non valutabili	49	4,84%
schede non pervenute	5	0,49%
	1012	100,00%





6. Processo di attuazione del ciclo della Performance

Il ciclo della Performance per l'anno 2022 che si conclude con la rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi, sebbene non facilitato dall'emergenza epidemiologica da Covid–19 si è regolarmente



concluso con l'approvazione della Relazione Sulla Performance 2022 approvato dall'azienda con deliberazione n. 1169 del 30/06/2023.

Il rispetto dei termini fissati dalla vigente normativa è di fatto il risultato di una costante attenzione dell'Azienda all'intero ciclo i cui momenti fondamentali sono di seguito riportati:

- gli obiettivi annuali di performance, in correlazione con il budget, sono stati programmati e assegnati entro marzo 2022;
- stanti le novità introdotte dall'art. 6 del D. L. 80/2021 (convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113) prevedente che le pubbliche amministrazioni entro il 31 gennaio di ogni anno adottino il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) destinato ad assorbire una pluralità di atti di programmazione, e dal D.L. n. 228/2021 che stabilisce che, in sede di prima applicazione, il PIAO è adottato entro il 30 aprile 2022, con deliberazione n. 434 del 29/04/2022, successivamente aggiornata con deliberazione n. 816 del 30 giugno 2022, la ASL BT ha adottato il Piano Integrato delle Attività e Organizzazione PIAO 2022-2024 ASL BT;

nell'ambito del PIAO, è stato redatto il documento "Piano della performance", in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, individuando gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi, definendo, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi e alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori (art. 10, lettera a, e art. 5 del d.lgs. 150/2009);



- entro il 30 giugno è stata redatta la Relazione annuale sulla Performance che è approvata dall'organo di indirizzo politico-amministrativo e validata dall'Organismo di valutazione ai sensi dell'art.14 d.lgs.150/2009 e che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi e indicatori programmati e alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato (art.8 d.lgs 74/2017);
- gli obiettivi e gli indicatori correlati alla valutazione della performance organizzativa ed individuale risultano essere rilevanti, pertinenti, specifici, chiari e misurabili in termini concreti, e soprattutto correlati alle risorse.

7. Prevenzione della corruzione e trasversalità con i temi della trasparenza

Ai fini della promozione e dell'attestazione dell'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza, all'integrità, all'anticorruzione, secondo quanto previsto dal Titolo II del D. Lgs n. 150/2009, dal D.Lgs. n.33/2013 e s. m. e i., e dal PNA, si rileva il rispetto dei termini previsti per l'Attestazione dell'OIV in materia di obblighi di pubblicazione.

L'OIV ha svolto le attività di propria competenza in merito all'accertamento dell'adozione dei provvedimenti richiesti dalla normativa vigente e, per il tramite del RPCT, ha espletato le attività di monitoraggio ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione dei dati sul sito aziendale.



Si rileva che la Direzione Aziendale ha adottato nell'ambito del PIAO 2022 -2024, la Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza 2022- 2024, pubblicata sul sito web dell'Azienda.

Il monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, è stato effettuato dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione che ha prodotto la Relazione redatta ai sensi e per gli effetti previsti dall'articolo 1, comma 8-bis, della legge n. 190 del 2012, come aggiunto dall'articolo 41 del decreto legislativo n. 97 del 3 agosto 2016, che costituisce una sintesi delle osservazioni in materia di prevenzione della corruzione.

La sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza 2022 è stata redatta sulla base degli obiettivi strategici in materia, definiti dall'organo di indirizzo politico, nonché sulla base di quelli indicati dalle disposizioni normative di cui sopra, da quelli indicati nel Piano nazionale anticorruzione (PNA) e negli atti di regolazione generali adottati dall'ANAC ai sensi della legge n. 190 del 2012 s.m.i. e del decreto legislativo n. 33/2013 s.m.i. che di seguito verranno riportati:

- la valutazione di impatto del contesto esterno, che evidenzia se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l'amministrazione opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi;
- la valutazione di impatto del contesto interno, che evidenzia se lo scopo dell'ente o la sua struttura organizzativa possano influenzare l'esposizione al rischio corruttivo;



- la mappatura dei processi, per individuare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività, espongono l'amministrazione a rischi corruttivi con particolare attenzione ai processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico;
- l'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi, in funzione della programmazione da parte delle amministrazioni delle misure previste dalla legge n.190 del 2012 e di quelle specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati;
- la progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio, privilegiando l'adozione di misure di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa;
- il monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure;
- la programmazione dell'attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato, ai sensi del d.lgs. n. 33 del 2013 e smi.

Al fine di rafforzare l'attività di pianificazione, verifica e controllo dei processi amministrativi, a partire dal 01/01/2021, ha preso vita l'Ufficio Controllo Strategico, la cui attività è disciplinata dall'art. 6, co. 1 del D.Lgs. n. 286/1999 e s.m.i..

La ASL BT ha attivato, pertanto, un processo strategico di prevenzione – contrasto della corruzione, provvedendo, altresì, a dare attuazione alla disposizione di cui all'art. 12.B.4 del



Piano Anticorruzione 2021/2023 che prevedeva la nomina del Gestore Antiriciclaggio, da effettuarsi con provvedimento formale del Direttore Generale.

Con le delibere ASL BT 573/2021 e 1380/2021 si è proceduto, pertanto, in ragione delle disposizioni normative vigenti, a nominare, rispettivamente, il Gestore Antiriciclaggio, già Responsabile dell'Ufficio Controllo Strategico (dandone tempestiva comunicazione all'UIF presso la Banca d'Italia) e i soggetti delegati del gestore.

Il Gestore Antiriciclaggio ha provveduto, altresì, a predisporre apposito regolamento afferente il contrasto a fenomeni di riciclaggio e terrorismo (delibera ASL BT 1154/2022).

Il Responsabile dell'Anticorruzione e Trasparenza ha posto in essere tutte le attività previste dal cronoprogramma allegato alla Delibera ASL BT n. 435/2022 di adozione del PTPCT 2022/2024 e, pertanto, per l'anno 2022, a titolo meramente esemplificativo e non esaustivo, rileva principalmente la "nuova mappatura dei processi a rischio" dovuta in ragione della nuova organizzazione dipartimentale della ASL BT, disposta con Delibera ASL BT n. 930/2022.

Il monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione per l'anno 2022, è stato effettuato dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione che ha prodotto la Relazione redatta ai sensi e per gli effetti previsti dall'articolo 1, comma 8-bis, della legge n. 190 del 2012, come aggiunto dall'articolo 41 del decreto legislativo n. 97 del 3 agosto 2016, che costituisce una sintesi delle osservazioni in materia di prevenzione della corruzione sottolineando la parziale realizzazione della strategia di prevenzione disegnata nel PTPCT 2022/2024.



L'attività di monitoraggio è stata effettuata, pertanto, attraverso l'esame delle due relazioni semestrali attestanti lo stato di applicazione delle misure di carattere generale e speciale previste dal PTCT 2021/2022 afferenti specifici argomenti, quali:

- rispetto delle disposizioni di cui al D.P.R. n. 62/2013, recante il Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, nonché del vigente Codice di comportamento Aziendale dei dipendenti dell'ASL BAT, adottato con deliberazione del DG. N. 129 del 31/01/2019;
- indicazione di eventuali situazioni di conflitto di interessi in ragione della normativa vigente;
- rispetto dei criteri di autorizzazione per il conferimento degli incarichi extraistituzionali al personale dipendente;
- rendicontazione delle richieste di accesso civico ed accesso generalizzato di cui agli artt. 5, commi 1 e 2, del D.Lgs n. 33/2013 e s.m.i.;
- adempimenti relativi alla pubblicazione in Amministrazione Trasparente;
- individuazione dei dipendenti potenzialmente soggetti a rischio corruzione da inserire nei percorsi di formazione.

8. Definizione e gestione degli standard di qualità



Il 2022 è stato caratterizzato dalla piena ripresa di tutte le attività di assistenza sia ospedaliera che territoriale dopo il periodo Covid. I cittadini e i pazienti hanno in generale richiesto maggiore attività di informazione e di comunicazione relativa ai servizi: per esempio è stata avviata una importante campagna di comunicazione sugli Screening oncologici per sostenere l'adesione diffusa soprattutto rispetto allo screening del colon retto, di più recente istituzionalizzazione. L'attività dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico, ormai non più fisica ma telefonica o per mezzo mail, è stata pertanto caratterizzata da una richiesta costante di informazioni sulle modalità di accesso ai servizi. Tutta l'attività di informazione e comunicazione social è stata ampiamente potenziata: solo sul Portale della Salute sono stati pubblicati più di 100 comunicati mentre il contatto diretto con i cittadini è stato mantenuto soprattutto attraverso il canale facebook e il canale istangram della Asl Bt. Nel corso dell'anno 2022 è stato costruito l'impianto del CRM, il primo della Regione Puglia, che consentirà ai cittadini e ai pazienti di comunicare immediatamente e direttamente con il personale AsI e permetterà anche di avere una visione più chiara delle richieste dei cittadini: la conoscenza dei temi di interesse permetterà di avere una comunicazione sempre più mirata e rispondente alle esigenze espresse. L'attuale registrazione delle richieste che arrivano all'Ufficio Relazioni con il Pubblico permette infatti una visione già reale ma di non semplice lettura delle esigenze di comunicazione: il CRM permetterà di rendere immediato il passaggio tra richiesta e copertura informativa. Durante gli ultimi mesi del 2022 è stato avviato un lavoro di redazione di un progetto di customer satisfaction volto a studiare la valutazione dei servizi ospedalieri da parte dei pazienti o dei loro familiari. Il questionario sarà accessibile attraverso un Q-code e sarà di



semplice compilazione. L'obiettivo è quello di avere informazioni dirette e reali sulla valutazione dei servizi, sull'accoglienza, sulla qualità e sulla quantità di informazioni ricevute. L'analisi dei risultati sarà il punto di partenza per definire un piano di miglioramento mirato.

In ambito sanitario,

Nel corso dell'anno 2022 la ASL BT ha proseguito le attività connesse al progetto pilota per la Regione Puglia - Cartella Clinica Elettronica (CCE) regionale presso i PP.OO. aziendali.

Nell'ambito delle attività previste per l'accreditamento della Breast Unit, cui la verifica è demandata al Servizio Qualità e Organismo Tecnicamente Accreditante Regione Puglia (Q.U.O.T.A.), al criterio 6, requisito 6.2 è prevista la definizione, formalizzazione e diffusione da parte della Direzione Strategica di protocolli, linee guida, procedure per la prima gestione in loco delle complicanze. In tale ottica, al fine del completamento dell'accreditamento sperimentale della <u>Breast Unit</u> si è proceduto alla definizione multidisciplinare, nell'anno 2022, di una procedura atta a garantire la gestione delle complicanze in loco, al fine della qualità delle cure oncologiche e dell'appropriatezza dei percorsi interdisciplinari.

Nel medesimo anno ed al medesimo scopo, si è proceduto pure alla condivisione ed approvazione del Manuale Operativo di Procedure del <u>C.Or.O.</u> (Centro Orientamento Oncologico) in un'ottica di presa in carico "globale" del soggetto con sospetta neoplasia o



diagnosi oncologica accertata, garantendo appropriatezza, sicurezza e qualità delle cure al paziente oncologico, sin dalla fase iniziale diagnostica.

Nel 2022 si è proceduto alla costituzione di un Gruppo di Lavoro multidisciplinare per la elaborazione e condivisione di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per la **partoanalgesia**, allo scopo di garantire i LEA, auspicando un incremento di richieste, risultato ottenibile divulgando la cultura della metodica e migliorando la sicurezza e la qualità delle cure, nonché dei servizi resi alle gestanti.

A seguito dell'istituzione della Nuova Rete Nazionale di <u>Farmacovigilanza</u>, sistema con il quale in Italia sono raccolte, gestite e analizzate le segnalazioni di sospette reazioni avverse da farmaci o vaccini, si è proceduto ad una revisione sistemica della procedura aziendale a tanto preposta, allo scopo di gestire e segnale correttamente eventuali eventi avversi da farmaco (e vaccini) in pazienti.

A garanzia della <u>corretta somministrazione di farmaci</u> ai pazienti ricoverati è stato predisposto un percorso operativo interdisciplinare che definisce compiti e responsabilità di tutti gli operatori sanitari coinvolti nella fase di somministrazione delle forme farmaceutiche orali solide, garantendo sicurezza e appropriatezza delle cure.



Nell'anno 2022, come da indicazione Ministeriale si è revisionate e approfondita la procedura aziendale "Ospedale senza dolore" che garantisce la gestione del dolore ai pazienti ricoverati presso le strutture ospedaliere, allo scopo fi fornire appropriatezza, sicurezza e qualità delle cure.

Con l'autorizzazione all'esercizio del MeCAU di Barletta, le cui attività preliminari sono state svolte nell'anno 2022, si è implementata la <u>rete ospedaliera aziendale</u>, specie con l'istituzione del NAA (Nucleo Assistenziale Avanzato) e dell'OBI (Osservazione Breve Intensiva), rispettivamente di n. 6+6 PPLL. Tale implementazione ha consentito un ampliamento dei PPLL con conseguente miglioramento della qualità delle cure della rete ospedaliera, della gestione clinico assistenziale del paziente in emergenza e di quello giunto in Pronto Soccorso e necessitante di cure o breve osservazione, garantendo altresì appropriatezza dei ricoveri.



Proposte di miglioramento del ciclo di gestione della Performance

Attivare un sistema informativo direzionale che consenta di supportare l'Unità Controllo di Gestione e le Unità assegnatarie di budget, nella gestione del ciclo della performance attualmente alimentato e monitorato con reportistica elaborata su Excel e word.

f.to dr. Giovanni Maria PIRONE f.to dr.ssa. Floriana GALLUCCI f.to dr. Michelangelo LATTANZIO