

REGIONE PUGLIA



**AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA**

**CONSORZIALE POLICLINICO**

**B A R I**



# **Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2024-2026**

<b>INTRODUZIONE</b> .....	<b>4</b>
<b>1. SEZIONE - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE</b> .....	<b>4</b>
<b>1.1 CARATTERISTICHE GENERALI</b> .....	<b>4</b>
<b>1.2 L'AMMINISTRAZIONE IN CIFRE: I DATI ESSENZIALI RELATIVI ALLE PRESTAZIONI EROGATE</b> .....	<b>7</b>
1.2.1 <i>Il personale</i> .....	7
1.2.2 <i>I principali dati relativi alle prestazioni erogate</i> .....	8
<b>2. SEZIONE - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE</b> .....	<b>11</b>
<b>2.1 VALORE PUBBLICO</b> .....	<b>11</b>
2.1.1 <i>La visione del Valore Pubblico perseguendo e la dimensione sociale</i> .....	13
2.1.2 <i>Transizione digitale e innovazione dei processi in attuazione del PNRR</i> .....	13
<b>2.2 PERFORMANCE</b> .....	<b>21</b>
2.2.1 <i>Presentazione del Piano</i> .....	22
2.2.2 <i>Mission e Vision</i> .....	22
2.2.2.1 <i>La mission</i> .....	22
2.2.2.2 <i>La vision</i> .....	23
2.2.3 <i>Il ciclo della performance</i> .....	24
2.2.4 <i>Le aree strategiche aziendali per il triennio 2024-2026</i> .....	25
2.2.4.1 <i>Assistenza ospedaliera</i> .....	26
2.2.4.2 <i>Rischio clinico</i> .....	26
2.2.4.3 <i>Aspetti economico-finanziari e di controllo di gestione</i> .....	27
2.2.4.4 <i>Assistenza farmaceutica</i> .....	27
2.2.4.5 <i>Accreditamento strutture pubbliche</i> .....	27
2.2.4.6 <i>Sanità digitale</i> .....	28
2.2.5 <i>Rappresentazione delle Aree Strategiche di intervento</i> .....	29
2.2.6 <i>Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi</i> .....	31
2.2.7 <i>Le fasi, tempi e gli attori</i> .....	37
2.2.8 <i>La performance individuale e la relazione con la performance organizzativa</i> .....	38
<b>2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA</b> .....	<b>39</b>
2.3.1 <i>Attività relative alla trasparenza</i> .....	40
2.3.2 <i>Il Piano Nazionale Anticorruzione (aggiornamento 2023-2026)</i> .....	41
2.3.3 <i>I soggetti coinvolti nel sistema di prevenzione della corruzione</i> .....	43
2.3.3.1 <i>L'RPCT dell'AOU Consorziale Policlinico di Bari</i> .....	43
2.3.3.2 <i>Referenti per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza</i> .....	43
2.3.3.3 <i>Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)</i> .....	47
2.3.3.4 <i>Altri referenti e responsabili</i> .....	48
2.3.4 <i>Analisi del contesto</i> .....	49
2.3.4.1 <i>Contesto Esterno</i> .....	49
a) <i>Scenario economico sociale di riferimento</i> .....	49
b) <i>Profilo criminologico del territorio regionale e provinciale di riferimento dell'ente</i> .....	52
2.3.4.2 <i>Contesto Interno</i> .....	52
2.3.4.3 <i>Mappatura dei processi</i> .....	56
2.3.4.4 <i>Analisi della struttura organizzativa di controllo</i> .....	56
2.3.4.5 <i>Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti</i> .....	58
2.3.4.6 <i>Misure adottate per fronteggiare i rischi</i> .....	59
2.3.4.7 <i>Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure</i> .....	60
2.3.4.8 <i>Programmazione dell'attuazione della trasparenza</i> .....	62
<b>3. SEZIONE - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO</b> .....	<b>66</b>

<b>3.1</b>	<b>STRUTTURA ORGANIZZATIVA E PROGRAMMAZIONE .....</b>	<b>66</b>
3.1.1	<i>Organigramma e struttura organizzativa .....</i>	<i>66</i>
3.1.2	<i>Piano per l'Uguaglianza di Genere (PUG): pari opportunità ed equilibrio di genere .....</i>	<i>69</i>
<b>3.2</b>	<b>ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE (POLA).....</b>	<b>73</b>
3.2.1	<i>Piano Organizzativo del Lavoro Agile e/o piani o documenti alternativi.....</i>	<i>74</i>
<b>3.3</b>	<b>PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE.....</b>	<b>76</b>
3.3.1	<i>Consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente .....</i>	<i>79</i>
3.3.2	<i>Copertura del fabbisogno: trend delle cessazioni.....</i>	<i>80</i>
<b>4.</b>	<b>SEZIONE - MONITORAGGIO .....</b>	<b>81</b>
4.1	<b>MONITORAGGIO DEL VALORE PUBBLICO E DELLA PERFORMANCE.....</b>	<b>81</b>
4.2	<b>MONITORAGGIO DEI RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA.....</b>	<b>82</b>

## INTRODUZIONE

L'[Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico di Bari](#), istituita il 1° maggio 1996, è anche nota come Policlinico di Bari - Ospedale Giovanni XXIII, è un'azienda ospedaliera pubblica autonoma con sede della ex facoltà di medicina e chirurgia, attualmente [Scuola di medicina dell'Università degli Studi di Bari](#).

<u>Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico di Bari</u>	
<i>Ente presente nell'elenco ISTAT delle amministrazioni pubbliche con categoria ISTAT Aziende ospedaliero-universitarie e policlinici universitari pubblici dal 31/12/2000.</i>	
Responsabile	Migliore Giovanni
Titolo Responsabile	Direttore generale
Sito istituzionale	<a href="https://www.sanita.puglia.it/web/ospedalegiovannixxiii/">https://www.sanita.puglia.it/web/ospedalegiovannixxiii/</a>
Indirizzo	Piazza Giulio Cesare, 11 - 70124 Bari (BA)
Tipologia	Pubbliche Amministrazioni
Categoria	Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, Policlinici e Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Pubblici
Natura Giuridica	Azienda o ente del servizio sanitario nazionale
Attività Ateco	Istituti, cliniche e policlinici universitari
Indirizzo PEC primario	<a href="mailto:direzione.generale.policlinico.bari@pec.rupar.puglia.it">direzione.generale.policlinico.bari@pec.rupar.puglia.it</a> - PEC
Cod IPA	aoucpg23
Cod. Fiscale/P.IVA	04846410720

## 1. SEZIONE - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

### 1.1 Caratteristiche generali

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

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

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

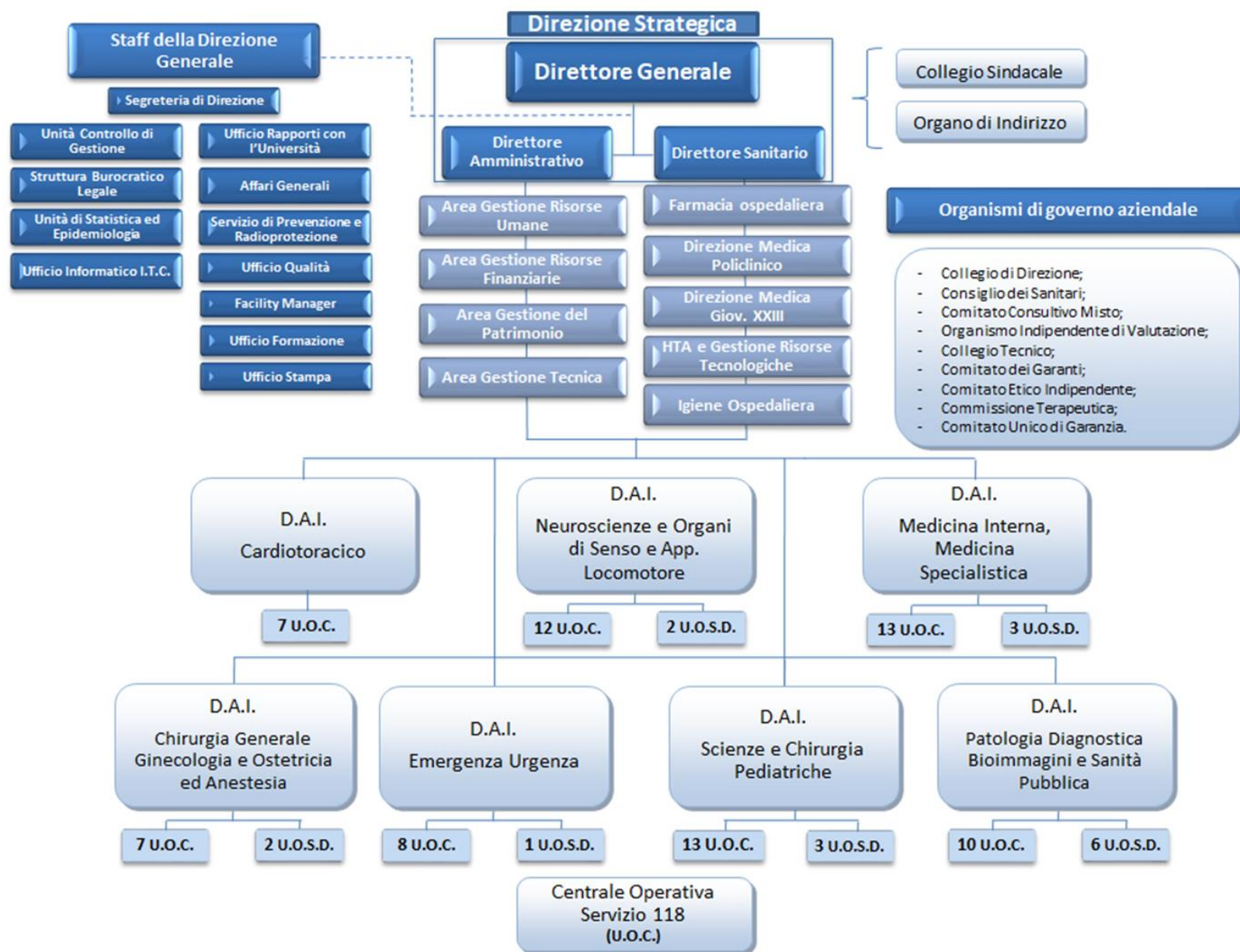
Il Dipartimento aggrega Strutture complesse, Strutture semplici, strutture semplici a valenza dipartimentale che contribuiscono allo svolgimento dei processi aziendali per i quali è necessaria una forte integrazione tra le diverse unità componenti, assicurando la coerenza tra attività assistenziali e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

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

Rispetto all'anno precedente, la struttura operativa non presenta sostanziali modifiche, ad eccezione dell'attivazione / disattivazione di alcune Unità Operative Semplici a valenza Dipartimentale per mutate esigenze organizzative.

Al momento della predisposizione del presente documento, nei 7 Dipartimenti risultano attive 79 Unità Operative Complesse (71 di area clinica e 8 di area amministrativa) e 17 Unità Operative Semplici a valenza Dipartimentale di area clinica, più ulteriori 3 nell'area della tecnostruttura.

L'organizzazione è rappresentata nel **seguito organigramma**:



## **1.2 L'amministrazione in cifre: i dati essenziali relativi alle prestazioni erogate**

Si riporta di seguito una sintesi dei principali dati di struttura e di attività che hanno caratterizzato la gestione dell'A.O.U. Consorziiale Policlinico di Bari nell'anno 2023, confrontati con l'anno precedente.

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

### **1.2.1 Il personale**

I dipendenti presenti a fine 2023 sono pari a 4.510 unità, di cui 4.208 ospedalieri e 302 universitari conferiti in convenzione. Rispetto a fine 2022 l'organico presenta un decremento netto pari a 138 unità.

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

#### **Personale diretto**

	Dip. al 31/12/2022			Variazioni		Dip. al 31/12/2023		
	Tempo Ind.	Tempo Det.	totale	Incrementi	Decrementi	Tempo Ind.	Tempo Det.	totale
<b>RUOLO SANITARIO</b>	<b>2.628</b>	<b>591</b>	<b>3.219</b>	<b>108</b>	<b>-194</b>	<b>3.082</b>	<b>51</b>	<b>3.133</b>
<i>Dirigenza</i>	797	134	931	56	-58	887	42	929
<i>Comparto</i>	1.831	457	2.288	52	-136	2.195	9	2.204
<b>RUOLO PROF.LE</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>13</b>	<b>2</b>	<b>-6</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>9</b>
<i>Dirigenza</i>	6		6	2	-3	4	1	5
<i>Comparto</i>	6	1	7		-3	4		4
<b>RUOLO TECNICO</b>	<b>733</b>	<b>22</b>	<b>755</b>	<b>52</b>	<b>-88</b>	<b>714</b>	<b>5</b>	<b>719</b>
<i>Dirigenza</i>	1		1	1		2		2
<i>Comparto</i>	732	22	754	51	-88	712	5	717
<b>RUOLO AMM.VO</b>	<b>320</b>	<b>22</b>	<b>342</b>	<b>34</b>	<b>-29</b>	<b>344</b>	<b>3</b>	<b>347</b>
<i>Dirigenza</i>	10	2	12	2	-1	10	3	13
<i>Comparto</i>	310	20	330	32	-28	334		334
<b>TOTALE</b>	<b>3.693</b>	<b>636</b>	<b>4.329</b>	<b>196</b>	<b>-317</b>	<b>4.148</b>	<b>60</b>	<b>4.208</b>
<i>Dirigenza</i>	814	136	950	61	-62	903	46	949
<i>Comparto</i>	2.879	500	3.379	135	-255	3.245	14	3.259

**Personale convenzionato universitario**

	Dip. al 31/12/2022	Variazioni		Dip. al 31/12/2023
	Tempo Det.	Incrementi	Decrementi	Tempo Det.
<b>RUOLO SANITARIO</b>	<b>252</b>	<b>8</b>	<b>-21</b>	<b>239</b>
<i>Dirigenza</i>	220	8	-20	208
<i>Comparto</i>	32		-1	31
<b>RUOLO TECNICO</b>	<b>22</b>	<b>0</b>	<b>-3</b>	<b>19</b>
<i>Dirigenza</i>	1			1
<i>Comparto</i>	21		-3	18
<b>RUOLO AMM.VO</b>	<b>45</b>	<b>0</b>	<b>-1</b>	<b>44</b>
<i>Dirigenza</i>	0			0
<i>Comparto</i>	45		-1	44
<b>TOTALE</b>	<b>319</b>	<b>8</b>	<b>-25</b>	<b>302</b>
<i>Dirigenza</i>	221	8	-20	209
<i>Comparto</i>	98	0	-5	93

**1.2.2 I principali dati relativi alle prestazioni erogate**

L'Azienda, nel corso dell'anno 2023 ha fornito assistenza sanitaria, avvalendosi complessivamente, in media, di n. 990 posti letto (- 21 p.l. rispetto al 2022) articolati sui due plessi, di cui 64 dedicati ai day hospital.

I principali dati ed indicatori di produzione dei servizi erogati dall'Azienda nel corso del 2023, sia in regime di ricovero, sia in regime ambulatoriale, raffrontati con il 2022, sono di seguito riportati:

	Azienda 2023*			Azienda 2022			Diff. Azienda '23/'22			
	Ricoveri ordinari	Ricoveri d.h.	Totale	Ricoveri ordinari	Ricoveri d.h.	Totale	Ricoveri ordinari	Ricoveri d.h.	Totale	
Posti letto medi	926,2	64,1	990,3	944,9	66,7	1.011,6	-18,7	-2,6	-21,3	
Ricoveri (*)	n.ro	36.062	7.937	43.999	35.068	7.564	42.632	994	373	1.367
Peso medio		1,3642	0,9050		1,3300	0,9005		0,0342	0,0045	
gg di deg. / n. accessi medici	n.ro	280.587	14.216	294.803	282.438	15.011	297.449	-1.851	-795	-2.646
deg. media / accessi medi	n.ro	7,8	2,7		8,1	2,5		-0,3	0,2	
DRGs chir. / DRGs totali	%	44,0	22,5		42,8	19,8		1,2	2,7	
Utilizzo p.l.	%	83,0			81,9			1,1		
Prestaz. amb.li	n.ro		2.537.328			2.042.999			494.329	
Day Service	n.ro		68.865			65.925			2.940	

\*dati in fase di consolidamento



Rispetto all'anno precedente si registra un incremento dei casi trattati in regime di ricovero pari, complessivamente, a 1.367, di cui 994 ricoveri ordinari e 373 ricoveri diurni.

Si conferma il trend di crescita dell'attività ambulatoriale, già rilevata nel corso del 2021. Nello specifico cresce del 4,5% circa il volume dei day service erogati e del 24,2% circa il volume delle altre prestazioni ambulatoriali.

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

Descrizione MDC	2023 (*)	2022	2021	2020
MDC 1 - MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	2.016	2.227	2.255	2.033
MDC 2 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'OCCHIO	766	575	568	591
MDC 3 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'ORECCHIO, DEL NASO, DELLA BOCCA E DELLA GOLA	1.356	1.241	993	1.062
MDC 4 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'APPARATO RESPIRATORIO	2.996	2.902	3.783	3.451
MDC 5 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO	3.588	3.234	3.128	2.684
MDC 6 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	2.872	2.993	2.889	2.629
MDC 7 - MALATTIE E DISTURBI EPATOBILIARI E DEL PANCREAS	1.386	1.379	1.365	1.320
MDC 8 - MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	3.180	3.166	2.991	2.564
MDC 9 - MALATTIE E DISTURBI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTO-CUTANEO E DELLA MAMMELLA	1.045	1.088	1.066	915
MDC 10 - MALATTIE E DISTURBI ENDOCRINI, NUTRIZIONALI E METABOLICI	1.283	1.227	1.104	886
MDC 11 - MALATTIE E DISTURBI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE	2.767	2.733	2.448	2.332
MDC 12 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	1.219	1.223	1.086	1.030
MDC 13 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	775	873	822	725
MDC 14 - GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	1.880	1.624	1.972	1.973
MDC 15 - MALATTIE E DISTURBI DEL PERIODO NEONATALE	1.648	1.890	1.822	1.723
MDC 16 - MALATTIE E DISTURBI DEL SANGUE, DEGLI ORGANI EMOPOIETICI E DEL SISTEMA IMMUNITARIO	490	456	489	522
MDC 17 - MALATTIE E DISTURBI MIELOPROLIFERATIVI E NEOPLASIE SCARSAMENTE DIFFERENZIATE	900	1.138	978	883
MDC 18 - MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE (SISTEMICHE O DI SEDI NON SPECIFICATE)	1.646	1.865	1.246	1.326
MDC 19 - MALATTIE E DISTURBI MENTALI	899	927	881	805
MDC 20 - ABUSO DI ALCOL/DROGHE E DISTURBI MENTALI ORGANICI INDOTTI	48	52	39	50
MDC 21 - TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI	249	319	423	410
MDC 22 - USTIONI	131	117	120	67
MDC 23 - FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE ED IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI	429	1.063	399	336
MDC 24 - TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	64	76	77	73
MDC 25 - INFEZIONI DA H.I.V.	29	24	12	24
DRG NON CLASSIFICATI	768	656	726	518
<b>TOTALE</b>	<b>34.430</b>	<b>35.068</b>	<b>33.682</b>	<b>30.932</b>

\*dati in fase di consolidamento

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

		Azienda			
		2023	2022	Diff.	Diff. %
<b>Visite specialistiche</b>	<b>n.ro</b>	434.537	383.949	50.588	13,2
<b>Diagn. per immagini</b>	<b>n.ro</b>	92.111	91.354	757	0,8
<b>Prestaz. di laboratorio</b>	<b>n.ro</b>	1.763.616	1.338.234	425.382	31,8
<b>Altre prestazioni</b>	<b>n.ro</b>	247.064	229.462	17.602	7,7
<b>TOTALE</b>	<b>n.ro</b>	<b>2.537.328</b>	<b>2.042.999</b>	<b>494.329</b>	<b>24,2</b>

I dati di attività relativi ai nostri servizi di Pronto Soccorso nel 2023, suddivisi per struttura e per codice triage, sono di seguito riportati:

PRONTO SOCCORSO	Codice triage	2023	2022
<b>P.S. - STABILIMENTO POLICLINICO</b>	BIANCO - NON URGENZA	4.155	2.976
	VERDE - URGENZA MINORE	42.525	34.937
	AZZURRO - URGENZA DIFFERIBILE	8.962	7.283
	ARANCIONE - URGENZA	7.908	8.142
	ROSSO - EMERGENZA	624	761
	NERO - DECEDUTO	185	238
	NON RILEVATO	48	53
	<b>Totale</b>	<b>64.407</b>	<b>54.390</b>
<b>P.S. - STABILIMENTO GIOVANNI XXIII</b>	BIANCO - NON URGENZA	4.584	4.570
	VERDE - URGENZA MINORE	23.088	18.878
	AZZURRO - URGENZA DIFFERIBILE	908	464
	ARANCIONE - URGENZA	100	66
	ROSSO - EMERGENZA	9	8
	NERO - DECEDUTO	0	0
	NON RILEVATO	4	8
	<b>Totale</b>	<b>28.693</b>	<b>23.994</b>
<b>P.S. OCULISTICO</b>	BIANCO - NON URGENZA	6.088	4.467
	VERDE - URGENZA MINORE	9.355	7.854
	AZZURRO - URGENZA DIFFERIBILE	276	244
	ARANCIONE - URGENZA	603	434
	ROSSO - EMERGENZA	0	1
	NON RILEVATO	1	10
<b>Totale</b>	<b>16.323</b>	<b>13.010</b>	
<b>P.S. OSTETRICIA E GINECOLOGIA</b>	BIANCO - NON URGENZA	210	130
	VERDE - URGENZA MINORE	5.996	5.970
	AZZURRO - URGENZA DIFFERIBILE	135	158
	ARANCIONE - URGENZA	31	41
	ROSSO - EMERGENZA	2	4
	NON RILEVATO	10	2
<b>Totale</b>	<b>6.384</b>	<b>6.305</b>	
<b>Totale complessivo</b>	<b>115.807</b>	<b>97.699</b>	

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

Anche per quanto riguarda, in ultimo, l'attività trapiantologica, si rileva un incremento dei trapianti d'organo. Si evidenzia in particolare, il notevole incremento dei trapianti di cuore che colloca la nostra Azienda tra i più importanti centri a livello nazionale.

DESCRIZIONE	2023	2022	2021	2020	2019
Trapianti di fegato	54	30	38	20	24
Trapianti di rene	89	81	76	59	73
Trapianti di cuore	61	25	9	6	6
<b>TOTALE</b>	<b>204</b>	<b>136</b>	<b>123</b>	<b>85</b>	<b>103</b>

## 2. SEZIONE - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

### 2.1 Valore Pubblico

- **Cos'è, cosa si intende per Valore Pubblico?**

Per valore pubblico si intende il livello di benessere economico-sociale-ambientale della collettività di riferimento, destinataria di una particolare politica o di una certa tipologia di servizio. Creare valore pubblico significa ottenere un miglioramento rispetto ad una c.d. *baseline*, o livello di partenza considerato, in una visione policentrica e sinergica allo stesso tempo, da generare programmando strategie misurabili in termini di impatti, anche tramite indicatori di Benessere Equo e Sostenibile e/o Sustainable Development Goals dell'Agenda ONU 2030.

Il Valore Pubblico si compone di molteplici elementi: affidabilità, responsabilità, buona organizzazione, rispetto della legalità, efficienza, efficacia, economicità, visione del futuro, programmazione e controllo, coinvolgimento degli utenti etc.

**Valore pubblico -> Performance istituzionale = Performance individuale + Performance organizzativa**

Il presupposto per la creazione di valore pubblico è dato da una organizzazione ottimale delle risorse disponibili (finanziarie, patrimoniali, dotazioni organiche, valori di riferimento etc.) in modo da migliorare l'originaria baseline con riferimento ai cittadini/utenti, stakeholders, dipendenti dell'ente etc., secondo una valutazione interna ed esterna degli impatti della performance istituzionale.

Dal DPCM n. 132/2022, Art. 3, co. 1, lett. A): "a) Valore pubblico: in questa sottosezione sono definiti:

- 1) i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici, programmati in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria adottati da ciascuna amministrazione;
- 2) le modalità e le azioni finalizzate, nel periodo di riferimento, a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, alle pubbliche amministrazioni da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;

3) l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare, secondo le misure previste dall'Agenda Semplificazione e, per gli enti interessati dall'Agenda Digitale, secondo gli obiettivi di digitalizzazione ivi previsti;

4) gli obiettivi di valore pubblico generato dall'azione amministrativa, inteso come l'incremento del benessere economico, sociale, educativo, assistenziale, ambientale, a favore dei cittadini e del tessuto produttivo."

La visione nazionale, come quella sovranazionale, è volta a stimolare un cambiamento culturale nella gestione delle aziende sanitarie, spingendole ad abbattere la visione "perimetrale" verso una visione "sistemica", in modo che il SSN persegua formazione, ricerca e attività clinica.

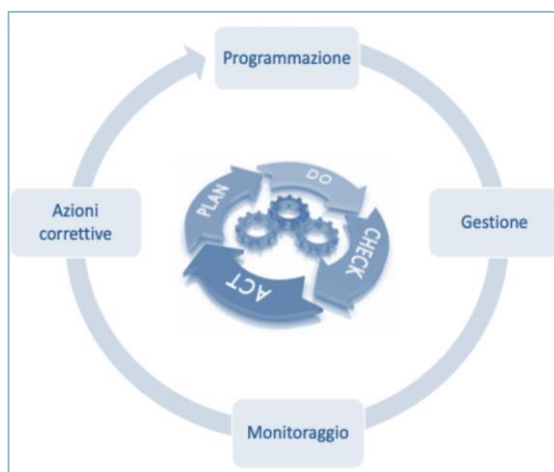
- **Il valore nella programmazione**

Le aspettative dei cittadini si traducono in una maggiore domanda di prestazioni sanitarie e nella conseguente crescita della spesa, sia pubblica sia privata. In quest'ambito il Ministero ha il primario compito di valutare e perseguire la **sostenibilità finanziaria** del SSN.

La **Regione** traduce in maniera operativa la programmazione ministeriale, si veda a riguardo il [PIAO Regionale 2023-2025](#), pubblicato sul BURP n. 35 del 13.04.2023, nella "Sottosezione di programmazione - VALORE PUBBLICO".

- **La programmazione integrata**

Il ciclo di funzionamento delle PA prende avvio dalla fase della programmazione e trova in essa il fulcro del miglioramento progressivo tra un ciclo e l'altro. L'azione della PA va programmata in modo coordinato ed integrato, finalizzando le diverse prospettive programmatiche verso l'orizzonte comune della creazione di Valore Pubblico.



Il ciclo di funzionamento delle PA (fonte: Deming, 1950)

### 2.1.1 La visione del Valore Pubblico perseguendo e la dimensione sociale

Con l'Agenda 2030 dell'ONU si è voluto introdurre una **visione olistica** dello sviluppo, stabilendo **obiettivi globali, indivisibili e interconnessi**, che mirano a creare una prosperità condivisa su un pianeta sano, pacifico e resiliente, in cui siano assicurati il rispetto universale per i diritti dell'uomo e la sua dignità, la giustizia, l'uguaglianza e la parità tra i sessi e garantita la coesione economica, sociale e territoriale. In particolare, è stato previsto:

#### → L'Obiettivo 3: Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età

La pandemia di COVID-19, inoltre, ha cambiato radicalmente il ruolo e la percezione della digitalizzazione nelle nostre società ed economie, accelerandone il ritmo. La strategia digitale dell'UE, la cosiddetta "[Bussola per il digitale 2030](#)", intende fare del decennio in corso il "decennio digitale" europeo. Essa mira a fare sì che la trasformazione digitale vada a beneficio dei cittadini e delle imprese, contribuendo nel contempo a raggiungere l'obiettivo di un'Europa neutra dal punto di vista climatico entro il 2050.

Una delle finalità principali perseguende nell'azione della PA è, dunque, **realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, alle amministrazioni** da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità.

Inoltre, la programmazione dell'azione amministrativa opera in sinergia con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e le n. 6 missioni ivi individuate, recepite nelle priorità politiche del Programma di governo Regionale e nei corrispettivi Obiettivi strategici, e con gli altri Programmi Nazionali finanziati dalla politica di coesione, per garantire la massima complementarità tra gli interventi, incentivando la più ampia partecipazione e la collaborazione tra i vari livelli istituzionali dei potenziali destinatari e dei territori, in piena attuazione della vision regionale, tenendo in debito conto, altresì, i principi chiave su cui si basa il Next Generation Eu e le priorità trasversali del Piano italiano (giovani, donne e sud).

La programmazione dell'AOUC Policlinico di Bari del medio-lungo periodo è orientata al perseguimento degli obiettivi generali di budget individuati nella tabella sotto riportata:

### 2.1.2 Transizione digitale e innovazione dei processi in attuazione del PNRR

L'AOUC Policlinico di Bari, avendo già da tempo informatizzato i più importanti processi aziendali, persegue, in linea con le indicazioni regionali, nazionali e sovranazionali, la piena transizione digitale dei processi e l'uso delle tecnologie necessarie a supportare l'innovazione medica ed amministrativa, la ricerca ed i servizi erogati.

Con Delibera del [Direttore Generale n. 935 del 25 settembre 2023](#) l'Azienda ha provveduto ad individuare e nominare, ex art. 17 del [Codice dell'Amministrazione Digitale](#) (CAD), il "*Responsabile per la transizione digitale e difensore civico digitale*".

Nel [PIAO 2023-2025](#) si era proceduto a dettagliare sia le attività di informatizzazione attuate e sia quelle programmate.

L'obiettivo di natura pluriennale, ottimizzerà gli esiti della mappatura dei processi interni iniziata nel corso dell'anno 2015 ed in fase di revisione con il coinvolgimento delle strutture aziendali, per procedere alla successiva reingegnerizzazione dei processi anche in chiave digitale.

L'utilizzo dei **fondi PNRR Missione 6 Salute** nei prossimi anni permetteranno:

### 1) CYBERSECURITY

Tra le Missioni del PNRR è prevista la Missione 6 Salute, in cui investimenti e riforme sono finalizzati a rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio, modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario, garantire equità di accesso alle cure, migliorare le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche, promuovere la ricerca e l'innovazione e lo sviluppo di competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale sanitario; la suddetta Missione 6 Salute si articola in Componenti e aree di Investimento e sotto interventi.

L'investimento "M6.C2\_1.1.1." mira alla digitalizzazione dei processi clinico-assistenziali delle strutture ospedaliere pubbliche del SSR sede di DEA di I e II livello. Secondo la programmazione del Piano, ogni ospedale digitalizzato dovrà disporre di un Centro Elaborazione Dati (DPC) necessario per realizzare l'informatizzazione dell'intera struttura ospedaliera e di sufficienti tecnologie informatiche hardware e/o software, tecnologie elettromedicali, nonché tecnologie aggiuntive necessarie per realizzare l'informatizzazione di ciascun reparto ospedaliero, per assicurare un livello 4 di informatizzazione.

A causa della qualità e della quantità di dati sensibili che vi transitano e che ovviamente generano un grande valore economico, il settore sanitario costituisce uno dei principali bersagli dei cyber criminali. In particolare, gli ultimi report in materia hanno evidenziato la sanità italiana quale primo settore per numero di attacchi informatici subiti.

In questo contesto l'A.O. U. Policlinico di Bari ha, in linea anche con gli obiettivi di sicurezza delineati da Regione Puglia, intrapreso diverse misure per rafforzare il livello di sicurezza ed intende dotarsi di strumenti per la gestione ed analisi del traffico di rete e per la protezione delle postazioni di lavoro, canali e-mail e web.

Mediante appalto specifico nell'ambito dell'accordo quadro, con rilancio competitivo, stipulato da CONSIP per la fornitura di prodotti per la gestione degli eventi di sicurezza e degli accessi, la protezione dei canali E-mail, WEB e dati ed erogazione di servizi connessi per le pubbliche amministrazioni ID 2174, l'A.O. U. Policlinico di Bari si doterà essenzialmente di:

- Prodotti per la gestione completa di tutti i sistemi di sicurezza compresa unità onsite.
- Privileged Access Management (PAM)\_25\_PAM, Security Information and Event Management (SIEM)\_4\_SIEM, Secure Web Gateway (SWG)\_16\_SWG, Web Application Firewall (WAF)\_27\_WAF.
- Esecuzione attività di Digital Risk Assessment.
- Erogazione semestrale con deliverables con realizzazione di report VA e mitigation list.
- Utilizzo di soluzioni applicative come Qualys ed OpenVAS .
- Perimetro target macchine server lato LAN e risorse pubblicate verso ambiti Internet/intranet esterni.
- Individuazione degli asset ipercritici esposti sul perimetro aziendale dai risultati da propedeutica attività di Vulnerability Assessment ed esecuzione attività di penetration testing. Utilizzo di procedure manuali e/o semiautomatiche es. Core Impact.
- Deploy forti client.

## 2) MIGRAZIONE IN CLOUD

La Presidenza del Consiglio dei Ministri, tramite il Dipartimento per la trasformazione digitale, considerato il decreto n. prot. 48/2023-PNRR del 14/03/2023 di approvazione dell'Avviso per la presentazione di proposte a valere su "PNRR - MISSIONE 1 - COMPONENTE 1 - INVESTIMENTO 1.1" *INFRASTRUTTURE DIGITALI*" e "INVESTIMENTO 1.2 *ABILITAZIONE AL CLOUD PER LE PA LOCALI*" *ASL/AO (MARZO 2023)*", con Decreto n. 48-2/2023-PNRR, con CUP I91C23000580006, ha finanziato l'A.O. U. Policlinico di Bari per la migrazione su cloud PSN (per un importo di € 188.430,00) e la migrazione su cloud di InnovaPuglia (per un importo di € 951.575,00).

Pertanto, per raggiungere tale scopo, l'Amministrazione ha coinvolto tutti i fornitori dei diversi applicativi presenti nell'AOU Policlinico di Bari, al fine di dotarsi di un'infrastruttura in cloud per i propri applicativi, come da linee guida nazionali e regionali, la migrazione di alcuni servizi su cloud PSN ed altri su cloud di InnovaPuglia.

La previsione di completamento di tali attività è il prossimo settembre 2024.

## 3) CARTELLA CLINICA ELETTRONICA

L' AOU Policlinico di Bari aderendo Contratto Quadro del 04/08/2017 relativo all'Appalto dei servizi di realizzazione e gestione di Portali e Servizi on-line (lotto 4) in favore delle PA, con Contratto esecutivo "Nuovo Sistema informativo Ospedaliero" del 10/07/2020 (CIG 8329651574) ha affidato all'appaltatore RTI Almamviva spa (mandataria)/ Almamviva srl/ Indra Italia spa / PwC Public Sector S.r.l. la realizzazione del nuovo sistema informatico ospedaliero.

Il nuovo SO, nelle sue componenti trasversali principali, ossia la Cartella Clinica Specialistica e il CPOE (Order Entry Unico, Sistema unico prescrizione, farmaco terapia) è uno strumento integrato e completo che, per funzionare in maniera efficiente, non può prescindere dall'integrazione sia con alcune soluzioni preesistenti all'interno del Policlinico di Bari, come ad esempio il LIS e il Pronto Soccorso, sia con il Fascicolo Elettronico Regionale e con il sistema Regionale Edotto in modo da poter gestire tutti i flussi di dati dall'ADT (Accettazioni Dimissioni Trasferimento) alle SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera). La soluzione adottata permette di gestire correttamente tutte le integrazioni con i sistemi interni ed esterni e regionali evitando registrazioni replicate di dati/eventi.

Nell'ottica di integrazione con i sistemi esterni al sistema informativo del Policlinico, il componente che consente un disaccoppiamento è rappresentato da un ESB che offre un set funzionalità attivabili in funzione delle necessità dei singoli processi d'integrazione.

Invece di far comunicare le applicazioni direttamente tra loro in tutti i loro vari formati, ogni applicazione che deve integrarsi con sistemi esterni comunica semplicemente con l'ESB che gestisce la trasformazione e il routing dei messaggi verso le loro destinazioni. L'ESB può essere configurato al fine di implementare l'integrazione con un gran numero di protocolli (quali HL7, CDA2, DCOM), data model e sistemi.

La soluzione gestisce, inoltre, l'identificazione certa del paziente tramite stampa di un braccialetto che attualmente non è fornita dai sistemi ADT e PS di EDOTTO. Il codice identificativo del braccialetto viene correlato, in fase di integrazione, con tutte le altre informazioni attualmente gestite e con l'anagrafica del paziente memorizzata univocamente dal modulo Mpl.

In questo modo, il personale medico e/o infermieristico, tramite l'utilizzo di lettori barcode presenti all'interno di ogni reparto/ambulatorio, potranno riconoscere il paziente in maniera certa evitando errori di imputazione dati e riducendo così il rischio clinico ad esso associato.

La nuova piattaforma tecnologica è caratterizzata da un'architettura altamente modulare e distribuita, aderente ai principi di cooperazione applicativa e basata su un approccio Service Oriented (SOA) nonché Resource-Oriented (ROA).

La CCE (Cartella Clinica Elettronica) realizzata è di tipo "orizzontale". Sono stati attivati per il 70% dei reparti i moduli di:

- Anamnesi del paziente che può essere articolata in prossima, patologica, remota, fisiologica, etc.
- Diario Clinico
- Prescrizione di terapie
- Gestione delle richieste di esami e prestazioni
- Lettera di Dimissione
- Modulo per la compilazione SDO

Oltre la CCE orizzontatale, risulta attivata su tutti i reparti la Cartella Clinica Ambulatoriale Elettronica.

Nei prossimi mesi (e comunque entro il 2024-2025) è programmato l'avvio presso tutti i reparti delle Cartelle Cliniche Specialistiche «Verticali», differenziate in base ai reparti, che possono comprendere:

- Schede per la raccolta di dati clinici specifici
- Moduli per la refertazione di esami / visite specialistiche
- Calcolatori di rischio o di valutazione

Contestualmente sarà avviata la Cartella Infermieristica elettronica.

#### 4) FSE 2.0

Con la pubblicazione del DM 20/05/2022 "Adozione delle Linee guida per l'attuazione del Fascicolo sanitario elettronico" (G.U. n. 160 del 11/07/2022) e del DM 08/08/2022 "Assegnazione di risorse territorializzabili riconducibili alla linea di attività M6C2 1.3.1(b) «Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni» nell'ambito dell'investimento PNRR M6C2 1.3." (in G.U. n. 232 del 04/10/2022), sono state adottate le nuove linee guida del Fascicolo Sanitario Elettronico (c.d. "FSE 2.0") e si è provveduto all'assegnazione delle risorse economiche messe a disposizione delle Regioni e Province Autonome per il raggiungimento degli obiettivi previsti dall'investimento PNRR.

Le suddette linee guida definiscono gli obiettivi fissati dal PNRR.

In particolare, il FSE deve rappresentare:

- il punto unico ed esclusivo di accesso per i cittadini ai servizi del SSN;
- l'ecosistema di servizi basati sui dati per i professionisti sanitari per la diagnosi e cura dei propri assistiti;
- lo strumento per un'assistenza sempre più personalizzata sul paziente;
- lo strumento per le strutture ed istituzioni sanitarie che potranno utilizzare le informazioni cliniche del FSE per effettuare analisi di dati clinici e migliorare l'erogazione dei servizi sanitari.



Il DM 08/08/2022 (c.d. "DM riparto") stabilisce gli obiettivi e relativi indicatori per l'ottenimento delle risorse economiche, prevedendo delle soglie minime da raggiungere entro il secondo trimestre di ciascun anno di intervento sino al 30/06/2026.

Tra gli interventi da attuare nel breve termine, al 30 giugno 2023, rientra il conferimento, da parte delle Strutture Sanitarie regionali, dei documenti clinici trasmessi al FSE nel trimestre aprile-maggio-giugno 2023 nel nuovo formato PDF/A, con HL7 CDA2 iniettato, firmato in PaDES, afferenti al nucleo dei contenuti minimi del fascicolo, così composto:

- Profilo Sanitario Sintetico;
- Lettera di dimissione Ospedaliera;
- Verbale di Pronto Soccorso;
- Referto di medicina di laboratorio;
- Referto di radiologia;
- Referto di specialistica ambulatoriale;
- Vaccinazioni;
- Prescrizioni elettroniche (raccolte dal SistemaTS).

Come comunicato dalla Regione Puglia, la tabella degli obiettivi previsti per l'FSE 2.0 è la seguente :

## Indicatori DM 8 agosto 2022

Assegnazione di risorse territorializzabili riconducibili alla linea di attività M6C2 1.3.1(b) «Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni» nell'ambito dell'investimento PNRR M6C2 1.3 – obiettivi trimestre aprile-giugno 2023.

		Obiettivi 2Q2023	Obiettivi 2Q2024	Obiettivi 2Q2025	Obiettivi 2Q2026
<b>Indicatore 1:</b> Documenti indicizzati / no. di prestazioni erogate	- Fascia A: Regioni con tassi attuali di alimentazione bassi	15%	40%	65%	90%
	- Fascia B: Regioni con tassi attuali di alimentazione medi	30%	50%	70%	90%
	- Fascia C: Regioni con tassi di alimentazione sopra la media	45%	60%	75%	90%
<b>Indicatore 2:</b> No. di MMG che alimenta il FSE / no. di MMG		5%	30%	85%	85%
<b>Indicatore 3:</b> No. documenti in CDA2 / no. Doc. indicizzati		45%	80%	90%	90%
<b>Indicatore 4:</b> No. Doc. firmati in PaDES / no. Doc. indicizzati		35%	80%	90%	90%

### Principali criticità

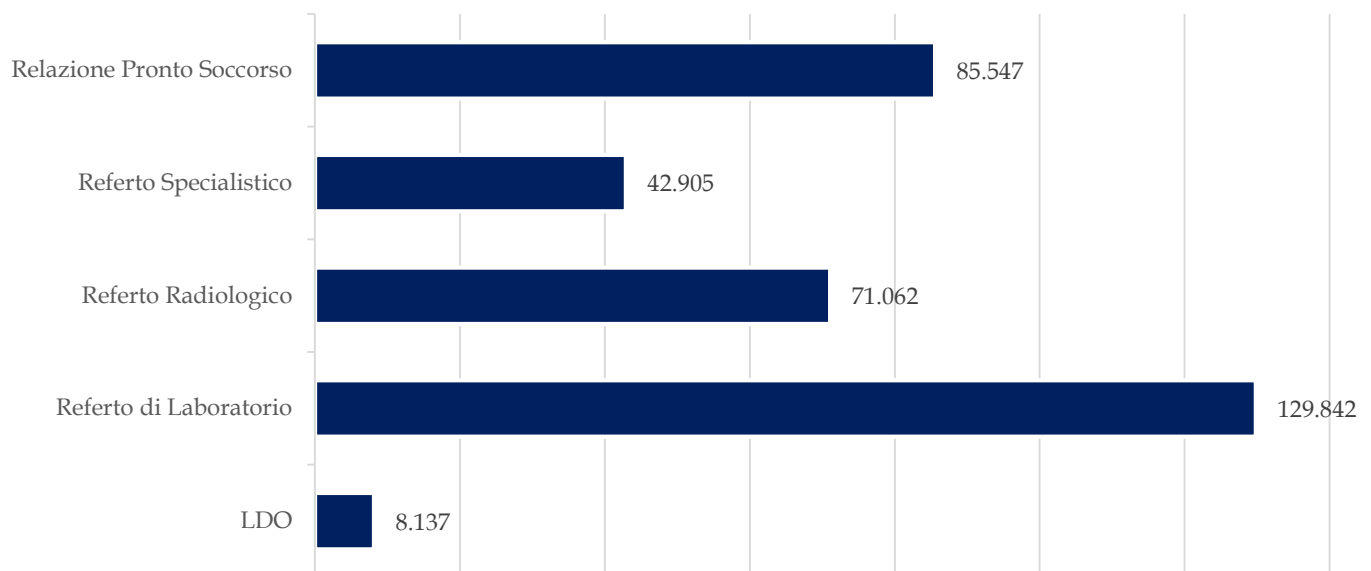
La **verifica del raggiungimento degli obiettivi** avviene alla **fine dei periodi indicati** nelle tabelle. Le percentuali di riferimento sono da intendersi come quelle raggiunte esclusivamente nel trimestre relativo a ciascuna scadenza.

Nella verifica di ciascun obiettivo intermedio è concessa una **flessibilità di 5 punti percentuali**.

Come certificato dalle dashboard della Regione Puglia (che si riporta di seguito per completezza) l'AOUC Policlinico di Bari ha avviato già dal 2023 la produzione di documenti firmati in PADES e il loro relativo invio al FSE 2.0

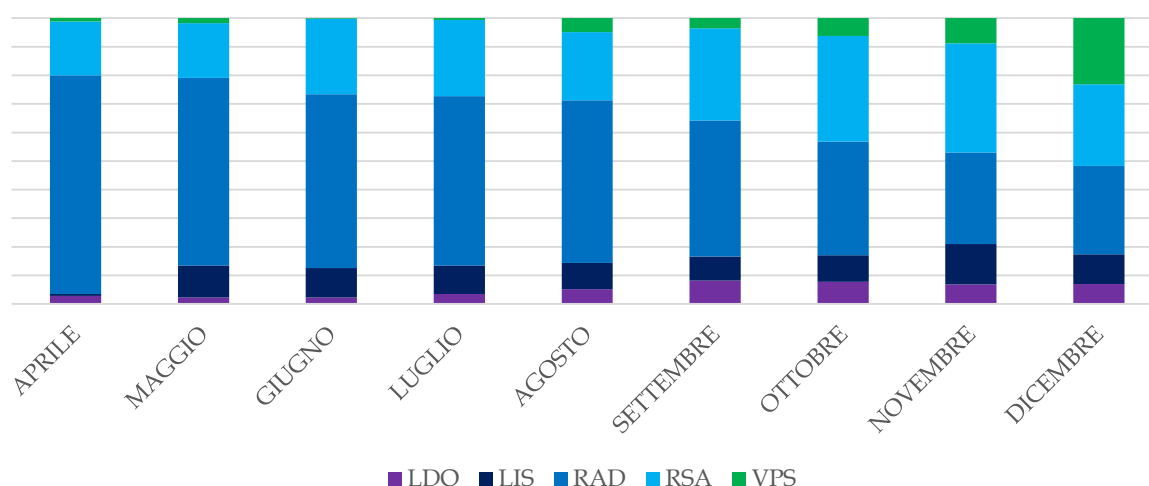
**Totale conferimenti (include PADES e CADES)**

Tipologia documentale	Totale conferimenti
LDO	8.137
Referto di Laboratorio	129.842
Referto Radiologico	71.062
Referto Specialistico	42.905
Relazione Pronto Soccorso	85.547



### Totale conferimenti PADES

Docum enti	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMB RE	OTTOBR E	NOVEMB RE	DICEMBR E
LDO	273	286	315	481	569	1.415	1.673	1.487	1.638
LIS	67	1.448	1.419	1.389	1.023	1.462	2.007	3.097	2.421
RAD	7.336	8.434	8.433	8.272	6.315	8.258	8.603	6.989	7.194
RSA	1.805	2.473	3.646	3.709	2.646	5.606	7.996	8.360	6.664
VPS	109	221	31	89	548	605	1.352	1.924	5.404



Come si evince dai grafici l'invio dei documenti al FSE ha una crescita costante per ogni mese. L'AOUC Policlinico di Bari ritiene che saranno raggiunti tutti gli obiettivi previsti (sia Regionali che Nazionali) di conferimento al FSE 2.0

### 5) RETE INFORMATICA

Approvvigionamento e messa in sicurezza di apparati di rete in particolare Switch, router, Centri Stella, cavi in fibra Ottica con banda da 10 Gb/s. Approvvigionamento software di gestione e monitoraggio Access Point e Switch. Attivazione di sistemi di sicurezza NAC di ultima generazione, integrati con antivirus e antimalware, per il controllo degli accessi a una rete locale, idonei anche a segmentare la rete o ad automatizzare il riconoscimento e il tracciamento dei dispositivi che vogliono connettersi a una LAN, in grado di bloccare l'accesso alla rete di dispositivi non sicuri. I NAC di ultima generazione, infatti, permettono il controllo dello stato di sicurezza degli endpoint, che consente di scoprire quali sono i dispositivi infetti o non sicuri. L'integrazione con altri strumenti di sicurezza - come antivirus e antimalware - consente ai NAC di offrire livelli di sicurezza ancora più elevati.

## 6) RFID

Sistema di rilevazione RFID (sistema di identificazione automatica) per la tracciabilità dei pazienti all'interno dei blocchi operatori. Consentirà la reingegnerizzazione e la digitalizzazione del processo di gestione dei piani di ricovero ordinario, One Day Surgery, day hospital etc.; identificazione certa e corretta del paziente, associato alla relativa cura farmacologica; tracciare gli strumenti chirurgici, provette, materiale, biologico.

Sistema di rilevazione RFID per la tracciabilità dei farmaci ad alto costo e delle protesi, con l'utilizzo di armadi intelligenti. Consentirà la reingegnerizzazione e la tracciabilità del ciclo degli acquisiti e delle giacenze, di disporre di informazioni dinamiche ed in tempo reale, di pianificare gli acquisti ed evitare riduzioni di scorte e out-of-stock, eliminare i prodotti scaduti.

Sistema di rilevazione RFID per la tracciabilità degli apparecchi elettromedicali mobili, che introdurrà un supporto per il personale clinico e tecnico nell'esecuzione e controllo della manutenzione programmata, al fine di verificare lo stato di utilizzabilità delle apparecchiature sulla base dei requisiti cogenti, con reingegnerizzazione e la digitalizzazione dell'intero processo.

## 7) DIGITALIZZAZIONE DOCUMENTALE

Con Delibera del Direttore Generale n. 1286 del 28/12/2022, l'AOUC Policlinico di Bari, ha aderito all'Accordo Quadro Consip "Servizi applicativi in ottica Cloud e l'affidamento di servizi di PMO per le Pubbliche Amministrazioni" - Ordine Diretto - Lotto 5 - PAL macroarea Centro Sud per contratti di dimensioni medio-piccoli (ID 2212) - CIG derivato 95310230FF - Attuazione PNRR - Missione 6 - Salute - Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) - "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero" - (Sistemi Informativi)

Con l'adozione della Delibera su richiamata, per la piena digitalizzazione dei servizi al cittadino e l'efficientamento dei processi amministrativi interni, si stanno attivando nell'ambito di un progetto di sviluppo applicativo in ottica cloud strumentale all'attuazione delle attività interne per la gestione digitale di tutto il ciclo di vita di un documento, dalla creazione alla conservazione; dalla gestione completa e digitale degli atti deliberativi (delibere e determine) del protocollo informatizzato, dalla gestione smart dei processi, delle attività e delle scadenze; dalla completa integrazione con gestionali, cloud, drive e strumenti di Office Automation.

Questi servizi dovranno permettere all'AOUC Policlinico Bari, di alimentare flussi regionali che confluiscono in cruscotti direzionali volti a fornire alla direzione strategica uno strumento di controllo e monitoraggio delle performance aziendali, il cui livello di informatizzazione dell'attività/processo sotteso può richiedere sia una reingegnerizzazione completa che parziale in ottica cloud dello stesso.

Con questa attività si intendono raggiungere i seguenti obiettivi:

- migliorare l'efficienza del processo di formattazione e gestione dei documenti informatici;
- consentire l'utilizzo di una piattaforma multifunzionale di gestione documentale informatizzata (scrivania virtuale);
- semplificare il sistema di protocollazione e di invio dei documenti informatici;
- garantire un sistema di archiviazione efficace;
- mettere a disposizione un sistema di comunicazione digitale efficace sia nelle comunicazioni interne che esterne;

- snellire e facilitare le attività di ufficio;
- essere in linea con le disposizioni dell'AGID.

I servizi richiesti al software, consentiranno la gestione delle procedure di formazione dei documenti informatici, protocollazione, invio/ricezione, archiviazione documentale, conservazione; tale iniziativa consentirà all'Amministrazione di perseguire gli obiettivi di cui al nuovo Piano Triennale per l'informatica.

## 2.2 Performance

Nel testo "Osborne, D. and Gaebler, T., Eds. (1992) *Reinventing Government. How the Entrepreneurial Spirit Is Transforming the Public Sector*. Penguin Books USA Inc., New York", gli autori utilizzano i seguenti titoli esplicativi per i capitoli del libro:

*Se non si misurano i risultati, non è possibile distinguere i successi dai fallimenti*

*Se non si distinguono i successi, non è possibile premiarli*

*Se non si premiano i successi, si finisce quasi sempre per premiare gli insuccessi*

*Se non si distinguono i successi, non si può apprendere dai successi*

*Se non è possibile riconoscere gli insuccessi, non è possibile correggerli*

*Se si possono dimostrare i risultati, si può guadagnare il supporto dell'opinione pubblica*

La necessità di una trasformazione radicale della PA ha comportato il passaggio da una logica degli adempimenti ad una logica di ricerca dell'efficacia, dell'efficienza ed dell'economicità.

In Italia il concetto di performance è stato introdotto dal [D.lgs 27 ottobre 2009, n. 150](#) (c.d. decreto Brunetta), recante "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", che ha disciplinato il ciclo di gestione della performance nella PA.

In particolare, l'art. 4, comma 2 del D.lgs n. 150/2009 e ss.mm.ii. definisce le fasi del suddetto ciclo, volto a garantire l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa:

- "a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, tenendo conto anche dei risultati conseguiti nell'anno precedente, come documentati e validati nella relazione annuale sulla performance di cui all'articolo 10);*
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;*
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;*
- d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;*
- e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;*
- f) rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi di controllo interni ed esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi."*

## 2.2.1 Presentazione del Piano

Il Piano della performance è il documento programmatico triennale, previsto dall'art. 10 del D.lgs. n. 150 del 27 ottobre 2009, che dà avvio al ciclo di gestione della performance. La sua predisposizione tiene conto delle nuove linee guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP) con documento n. 1 di giugno 2017, che modificano le precedenti delibere ANAC redatte in materia e ne ridefiniscono la struttura e le modalità di redazione.

Il Piano della performance ha lo scopo di descrivere il processo e le modalità con cui, partendo dalla pianificazione della strategia dell'Azienda, si giunge alla programmazione degli obiettivi operativi ed alla loro successiva declinazione alle unità operative su cui si articola la sua struttura organizzativa. Il Piano, inoltre, evidenzia il sistema degli obiettivi e degli indicatori su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance organizzativa. In quest'ottica esso rappresenta un importante strumento di comunicazione verso gli "stakeholder" sia esterni, sia interni all'Azienda stessa.

Il presente Piano, redatto su base triennale e aggiornato per scorrimento, è parte integrante del Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO), introdotto all'art. 6 del D.L. n. 80/2021 ("Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia"), convertito dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113.

## 2.2.2 Mission e Vision

### 2.2.2.1 La mission

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

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

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

- ❑ Garantire elevati standard di assistenza sanitaria, anche multidisciplinare, nelle strutture pubbliche;
- ❑ Assicurare lo svolgimento delle attività didattiche e di ricerca biomedica e sanitaria di tipo clinico e traslazionale, contribuendo all'introduzione di nuovi farmaci, tecnologie e strategie scientifiche preventive;
- ❑ Favorire lo sviluppo della cultura e metodologia clinica degli operatori sanitari;
- ❑ Valorizzare le funzioni e le attività del personale universitario e ospedaliero, armonizzando le due componenti.

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

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

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

### **2.2.2.2 La vision**

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

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

#### **Centralità dell'utente ed equità di accesso**

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

#### **Partecipazione e valorizzazione delle risorse umane**

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

#### **Sostenibilità economica**

L'Azienda attua le proprie scelte valutandone a priori la sostenibilità economica, ma nel contempo salvaguardando la tutela dei Livelli Essenziali di Assistenza. Le esigenze di sviluppo e innovazione del sistema complessivo aziendale sono attuate previa verifica della compatibilità con le risorse economiche e finanziarie disponibili. Nel contesto contemporaneo il Servizio sanitario è chiamato a

sviluppare servizi assistenziali di qualità elevata a costi sempre più bassi, per rispondere alle crescenti attese della popolazione. In tal senso l'Azienda persegue l'obiettivo di azzerare sprechi e diseconomie, indirizzando le risorse economiche verso quegli investimenti in grado di produrre reali benefici in termini di salute.

### **Formazione, innovazione e ricerca**

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

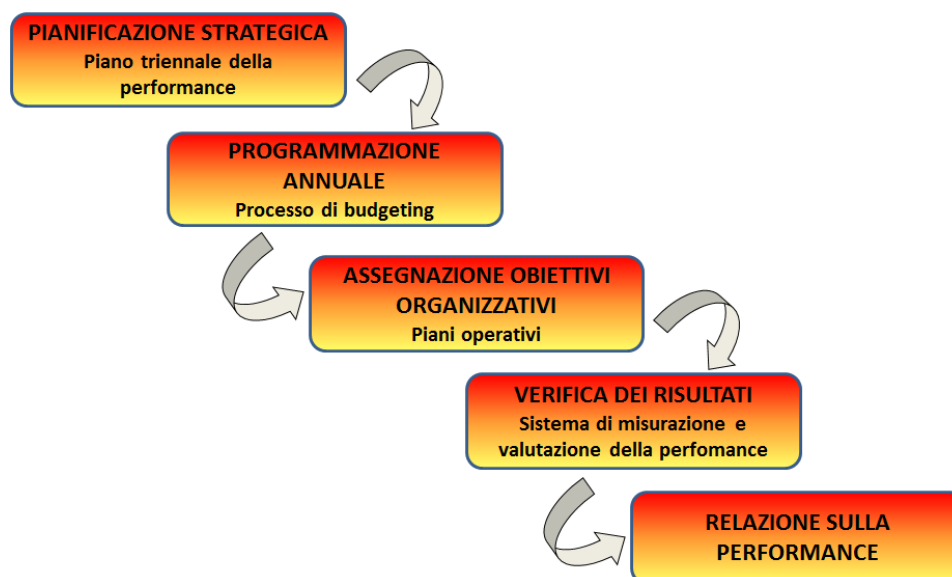
### **Perseguimento dell'eccellenza**

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

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

## **2.2.3 Il ciclo della performance**

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



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



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

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

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

Secondo la definizione che ne dà la delibera n. 1/2012, approvata dalla medesima Commissione, "l'albero della performance costituisce una delle componenti più importanti ai fini di un'efficace comunicazione dei contenuti del documento, in quanto in esso si sintetizzano graficamente i principali elementi che rendono intellegibili la performance attesa dell'amministrazione, a partire dal mandato istituzionale e dalla missione fino agli obiettivi strategici e operativi".

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

## ***2.2.4 Le aree strategiche aziendali per il triennio 2024-2026***

Le linee strategiche adottate dalla Direzione aziendale per il triennio 2024-2026 sono consequenziali dalle disposizioni regionali formalizzate con 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".

La garanzia degli standard assistenziali, in termini di volumi, appropriatezza e qualità delle cure, il riequilibrio della gestione economica, che passa anche attraverso il contenimento della spesa farmaceutica e per dispositivi medici, la gestione dei fondi finanziari destinati agli investimenti strutturali, la digitalizzazione dei processi sono alla base delle Aree Strategiche di intervento e dei correlati obiettivi operativi che sono assegnati alle Unità Operative nell'ambito del processo di budget.

Esse sono di seguito elencate:

- ASSISTENZA OSPEDALIERA
- RISCHIO CLINICO
- ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI E DI CONTROLLO DI GESTIONE
- ASSISTENZA FARMACEUTICA
- ACCREDITAMENTO STRUTTURE PUBBLICHE
- SANITÀ DIGITALE
- INVESTIMENTI STRUTTURALI
- PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE E MEDICINA DI GENERE

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

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

#### **2.2.4.1 Assistenza ospedaliera**

Sotto il profilo sanitario, gli ultimi anni di gestione sono stati caratterizzati dalla ripresa delle attività cliniche e dal recupero dei volumi delle prestazioni erogate, che nel periodo Covid avevano registrato una drastica riduzione.

Nell'anno in corso, pur riponendo l'attenzione ai livelli quantitativi della produzione, particolare enfasi è attribuita all'efficacia clinica ed al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza e qualità delle cure previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia e dal Piano Nazionale Esiti.

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

- Incremento dei ricoveri sia in area medica, sia in area chirurgica e ottimizzazione dei relativi indicatori;
- Perseguimento dell'obiettivo regionale sull'autosufficienza sangue;
- Recupero delle liste d'attesa, sia per attività ambulatoriali, sia per interventi chirurgici.

Restano fermi gli obiettivi previsti dalle ulteriori vigenti disposizioni regionali tra cui l'attuazione dei programmi di screening previsti dalle indicazioni regionali.

#### **2.2.4.2 Rischio clinico**

Nella programmazione 2024-2026 si è inteso attribuire importanza strategica alla gestione del rischio clinico e quindi alla minimizzazione degli eventi avversi, ovverosia dei danni provocati involontariamente al paziente durante la somministrazione delle cure, che possono causare peggioramenti delle condizioni di salute o esiti fatali.

Le azioni volte alla gestione del rischio clinico, oltre ad garantire il miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie erogate, esplicano effetti positivi anche sotto l'aspetto economico-finanziario, in quanto riducono il livello di contenzioso medico-legale e di conseguenza l'ammontare degli indennizzi corrisposti a titolo di risarcimento danni.

Il sistema di Risk management aziendale si basa sull'osservanza delle linee guida ministeriali e sul monitoraggio continuo dei processi clinici a rischio più elevato.

#### **2.2.4.3 Aspetti economico-finanziari e di controllo di gestione**

Il perseguimento dell'obiettivo del riequilibrio della gestione economica è aspetto fondamentale in un contesto in cui le risorse destinate all'assistenza sanitaria diventano sempre più scarse.

L'evento pandemico nel biennio 2020-2021, unitamente all'evento bellico esploso tra Russia e Ucraina nel 2022, hanno prodotto elementi impattanti sui sistemi economici generando costi, in termini di incremento degli organici nei sistemi sanitari il primo, ed in termini di approvvigionamento energetico e fenomeni inflazionistici il secondo, che, in parte, hanno acquisito un carattere strutturale.

E', pertanto, imprescindibile porre l'attenzione sulla razionalizzazione delle risorse e sul contenimento delle più significative voci di spesa.

Il potenziamento dell'unità controllo di gestione garantirà maggior impulso al monitoraggio della gestione economica. I flussi informativi di area amministrativa e di area clinica garantiranno un sistema di reporting tempestivo ed affidabile.

#### **2.2.4.4 Assistenza farmaceutica**

In continuità con l'anno precedente, la programmazione regionale ripone particolare importanza sul monitoraggio e sul contenimento della spesa farmaceutica e per dispositivi medici. Rientrano i tali aggregati di spesa anche gli acquisti di gas medicali, mezzi di contrasto, reagenti e diagnostici di laboratorio, protesi e materiali per emodialisi.

Si ripropone una incisiva attività di controllo sulle prescrizioni prodotte dai nostri medici che, sebbene non impattante sul bilancio aziendale, generano una spesa indotta che ha significative ripercussioni su bilancio regionale.

#### **2.2.4.5 Accredimento strutture pubbliche**

Prosegue nel 2024 il processo che mira ad accreditare progressivamente tutte le strutture della nostra Azienda, ovvero ad attestarne l'idoneità ad erogare prestazioni per conto del Servizio Sanitario.

Attraverso il processo di accreditamento istituzionale è possibile migliorare la qualità e la sicurezza dei percorsi di diagnosi e cura. Esso è finalizzato a garantire il rispetto dei requisiti strutturali,

tecnologici, organizzativi e di sicurezza per i pazienti e per gli operatori in qualsiasi struttura sanitaria.

Le attività di valutazione tecnica finalizzate ad attestare il possesso dei requisiti di accreditamento istituzionale si orientano ai criteri previsti dai percorsi di qualità tracciati dal competente servizio regionale.

#### **2.2.4.6 Sanità digitale**

Quello della digitalizzazione in ambito sanitario è un processo avviato da tempo e che la nostra Azienda ha implementato con successo con particolare riferimento agli aspetti che governano l'accesso ai servizi offerti da parte dell'utenza esterna, ma anche con riferimento ai processi interni, clinici ed amministrativi.

Tra questi si citano:

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

Le fasi di completamento della digitalizzazione sono espone nella relativa sezione § [2.1.2 Investimenti strutturali](#).

Il Piano degli investimenti previsti nel corso del prossimo triennio contempla sia l'acquisto di nuove apparecchiature sanitarie, sia i lavori per l'adeguamento normativo e funzionale dei padiglioni e dei reparti ospedalieri.

Tra gli investimenti principali si citano:

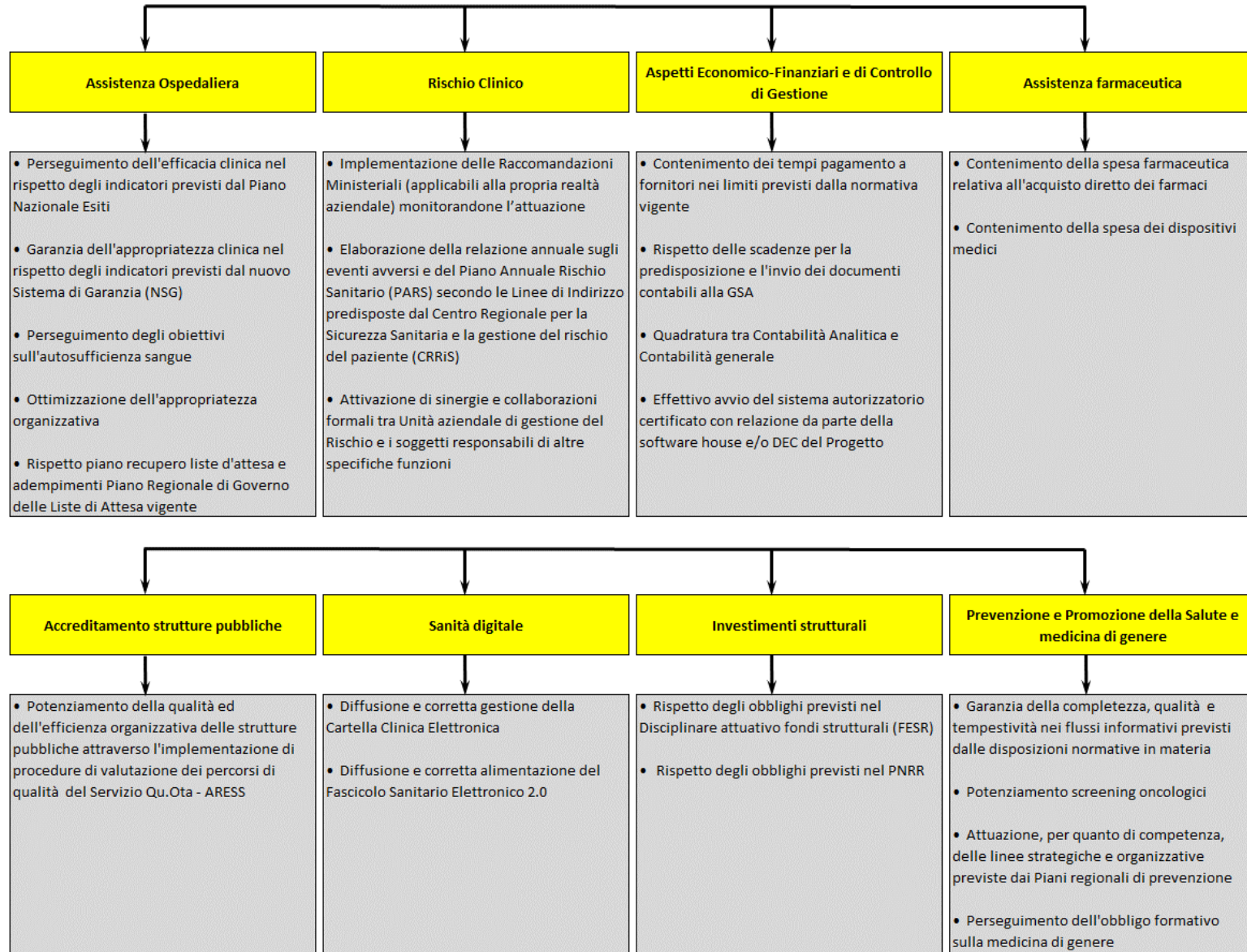
- L'acquisto di apparecchiature elettro-medicali e di arredi per l'allestimento dei posti letto di terapia semi-intensiva presso il nuovo padiglione Asclepios 3;
- I lavori per l'efficientamento energetico e per l'adeguamento sismico del padiglione delle cliniche mediche;
- Gli interventi di adeguamento alle norme di prevenzione incendi e miglioramento sismico del padiglione di Ostetricia e Ginecologia e del padiglione Pediatria;
- Gli interventi edili ed impiantistici, nonché l'acquisto di apparecchiature per la realizzazione dei posti letto di terapia intensiva presso Asclepios 1;
- Il completamento del nuovo padiglione Asclepios 3.

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

### ***2.2.5 Rappresentazione delle Aree Strategiche di intervento***

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

## AREE STRATEGICHE D'INTERVENTO



## ***2.2.6 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi***

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

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

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

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

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

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO	TARGET		
		2024	2025	2026
ASSISTENZA OSPEDALIERA	Perseguimento dell'efficacia clinica nel rispetto degli indicatori previsti dal Piano Nazionale Esiti	Aderenza per l'80% degli standard qualitativi del Programma Nazionale Esiti 2024	Aderenza per l'90% degli standard qualitativi del Programma Nazionale Esiti 2025	Totale aderenza degli standard qualitativi del Programma Nazionale Esiti 2026
	Garanzia dell'appropriatezza clinica nel rispetto degli indicatori previsti dal nuovo Sistema di Garanzia	Aderenza per l'80% degli indicatori previsti nel nuovo Sistema di Garanzia (NSG)	Aderenza per l'90% degli indicatori previsti nel nuovo Sistema di Garanzia (NSG)	Totale aderenza agli indicatori previsti nel nuovo Sistema di Garanzia (NSG)
	Perseguimento degli obiettivi sull'autosufficienza sangue	Contribuire attraverso i propri conferimenti all'obiettivo di autosufficienza a livello regionale	Contribuire attraverso i propri conferimenti all'obiettivo di autosufficienza a livello regionale	Contribuire attraverso i propri conferimenti all'obiettivo di autosufficienza a livello regionale
	Ottimizzazione dell'appropriatezza organizzativa	Totale aderenza agli indicatori previsti per l'attività di ricovero dalla DGR 1558/2023	Totale aderenza agli indicatori previsti per l'attività di ricovero dalla DGR 1558/2023	Totale aderenza agli indicatori previsti per l'attività di ricovero dalla DGR 1558/2023
	Rispetto piano recupero liste d'attesa e adempimenti Piano Regionale di Governo delle Liste di	Rispetto tempi di attesa come da PRGLA per l'annualità di riferimento	Rispetto tempi di attesa come da PRGLA per l'annualità di riferimento	Rispetto tempi di attesa come da PRGLA per l'annualità di riferimento



MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO	TARGET		
		2024	2025	2026
RISCHIO CLINICO	Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali monitorandone l'attuazione	Implementazione delle raccomandazioni (applicabili) e avvio dell'attività di monitoraggio semestrale sullo stato di attuazione	Monitoraggio e rendicontazione semestrale delle raccomandazioni	Rendicontazione finale degli interventi programmati nel triennio
	Elaborazione della relazione annuale sugli eventi avversi e del Piano Annuale Rischio Sanitario (PARS)	Relazione annuale sugli eventi avversi e del (PARS) secondo le Linee di Indirizzo predisposte dal Centro Regionale per la Sicurezza Sanitaria e la gestione del rischio del paziente (CRRIS)	Relazione annuale sugli eventi avversi e del (PARS) secondo le Linee di Indirizzo predisposte dal Centro Regionale per la Sicurezza Sanitaria e la gestione del rischio del paziente (CRRIS)	Relazione annuale sugli eventi avversi e del (PARS) secondo le Linee di Indirizzo predisposte dal Centro Regionale per la Sicurezza Sanitaria e la gestione del rischio del paziente (CRRIS)
	Attivazione di sinergie e collaborazioni formali tra Unità aziendale di gestione del Rischio e i soggetti responsabili di altre specifiche funzioni	Costituzione di un Board aziendale dedicato alla sicurezza delle cure e realizzazione di progetti multidisciplinari sulla sicurezza delle cure	Realizzazione di progetti multidisciplinari sulla sicurezza delle cure e rendicontazione, su base triennale, dei progetti programmati	Realizzazione di progetti multidisciplinari sulla sicurezza delle cure e rendicontazione, su base triennale, dei progetti programmati

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO	TARGET		
		2024	2025	2026
<b>ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI E DI CONTROLLO DI GESTIONE</b>	Contenimento dei tempi di pagamento a fornitori secondo quanto previsto dalla normativa vigente	Contenimento dei tempi di pagamento nei termini previsti dalle indicazioni regionali	Contenimento dei tempi di pagamento nei termini previsti dalle indicazioni regionali	Contenimento dei tempi di pagamento nei termini previsti dalle indicazioni regionali
	Rispetto delle scadenze per la predisposizione e l'invio dei documenti contabili alla GSA	Rispetto delle scadenze comunicate dalla GSA	Rispetto delle scadenze comunicate dalla GSA	Rispetto delle scadenze comunicate dalla GSA
	Quadratura tra Contabilità Analitica e Contabilità generale	Trasmissione delle risultanze di contabilità analitica in quadratura con la contabilità generale, entro i termini previsti dal competente ufficio regionale	Trasmissione delle risultanze di contabilità analitica in quadratura con la contabilità generale, entro i termini previsti dal competente ufficio regionale	Trasmissione delle risultanze di contabilità analitica in quadratura con la contabilità generale, entro i termini previsti dal competente ufficio regionale
	Effettivo avvio del sistema autorizzatorio certificato con relazione da parte della software house e/o DEC del Progetto	Avvio del sistema autorizzatorio certificato	Rispetto del sistema autorizzatorio certificato	Rispetto del sistema autorizzatorio certificato
<b>ASSISTENZA FARMACEUTICA</b>	Contenimento della spesa farmaceutica	Rispetto del tetto di spesa fissato dalle disposizioni regionali	Rispetto del tetto di spesa fissato dalle disposizioni regionali	Rispetto del tetto di spesa fissato dalle disposizioni regionali
	Contenimento della spesa dei dispositivi medici	Rispetto del tetto di spesa fissato dalle disposizioni regionali	Rispetto del tetto di spesa fissato dalle disposizioni regionali	Rispetto del tetto di spesa fissato dalle disposizioni regionali

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO	TARGET		
		2024	2025	2026
ACCREDITAMENTO STRUTTURE PUBBLICHE	Potenziamento della qualità ed dell'efficienza organizzativa delle strutture pubbliche attraverso l'implementazione di procedure di valutazione dei percorsi di qualità del Servizio Qu.Ota - ARESS	Predisposizione e trasmissione alla Regione ed al Servizio Qu.Ota - Aress delle autocertificazioni e griglie di valutazione relative ai percorsi di qualità	Predisposizione e trasmissione alla Regione ed al Servizio Qu.Ota - Aress delle autocertificazioni e griglie di valutazione relative ai percorsi di qualità	Predisposizione e trasmissione alla Regione ed al Servizio Qu.Ota - Aress delle autocertificazioni e griglie di valutazione relative ai percorsi di qualità
SANITÀ DIGITALE	Diffusione e corretta gestione della Cartella Clinica Elettronica	Utilizzo della Cartella Clinica Elettronica nel 60% dei reparti dell'azienda	Utilizzo della Cartella Clinica Elettronica nel 90% dei reparti dell'azienda	Utilizzo della Cartella Clinica Elettronica in tutti i reparti dell'azienda
	Diffusione e corretta alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0	rispetto del 90% degli indicatori fissati nel DM 8/8/2022	rispetto del 95% degli indicatori fissati nel DM 8/8/2022	rispetto del 100% degli indicatori fissati nel DM 8/8/2022
INVESTIMENTI STRUTTURALI	Garantire l'attuazione del piano degli investimenti triennale (allegato al Bilancio Preventivo Economico)	Monitoraggio e rendicontazione dello stato di avanzamento degli investimenti programmati	Monitoraggio e rendicontazione dello stato di avanzamento degli investimenti programmati	Conclusione e rendicontazione finale degli interventi programmati nel piano triennale
	Rispetto degli obblighi previsti nel PNRR	Corretta implementazione dei dati nel sistema MIR per consentire la chiusura del programma 2014/2020	Rispetto dei tempi di attuazione dei progetti finanziati e puntuale rendicontazione delle somme utilizzate	Rispetto dei tempi di attuazione dei progetti finanziati e puntuale rendicontazione delle somme utilizzate

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO	TARGET		
		2024	2025	2026
PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE E MEDICINA DI GENERE	Garanzia della completezza, qualità e tempestività nei flussi informativi previsti dalle disposizioni normative in materia	90% aderenza dei livello di qualità, completezza e tempestività nei flussi informativi previsti	95% aderenza dei livello di qualità, completezza e tempestività nei flussi informativi previsti	Completa aderenza dei livello di qualità, completezza e tempestività nei flussi informativi previsti
	Potenziamento screening oncologici	Rispetto del target programmato sui test di screening di primo livello definiti dalle raccomandazioni ministeriali	Rispetto del target programmato sui test di screening di primo livello definiti dalle raccomandazioni ministeriali	Rispetto del target programmato sui test di screening di primo livello definiti dalle raccomandazioni ministeriali
	Attuazione, per quanto di competenza, delle linee strategiche e organizzative previste dai Piani regionali di prevenzione	Adozione dei provvedimenti strategici e organizzativi utili al perseguimento degli obiettivi del PRPV	Monitoraggio e rendicontazione dello stato di avanzamento del perseguimento degli obiettivi del PRPV	Conclusione e rendicontazione finale degli interventi programmati su base triennale
	Perseguimento dell'obbligo formativo sulla medicina di genere	Implementazione dell'obbligo formativo sulla medicina di genere e formazione del 40% del personale Sanitario	Formazione del 70% del personale Sanitario	Formazione del 100% del personale Sanitario

## 2.2.7 Le fasi, tempi e gli attori

Il Ciclo di gestione della performance dell'anno 2024 si articola nelle fasi e nei tempi rappresentati in forma schematica nella tabella di seguito riportata:

FASE	AZIONE	ATTORI	TEMPO
<b>Definizione delle linee strategiche aziendali</b>	Predisposizione delle linee di indirizzo ed individuazione delle macro aree di intervento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direzione Strategica</li> <li>Controllo di Gestione</li> </ul>	Gennaio / '24
<b>Definizione degli obiettivi, dei valori attesi e dei rispettivi indicatori</b>	Predisposizione dei Piani Operativi per centro di responsabilità e definizione dei criteri di valutazione degli obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Controllo di Gestione</li> <li>Direzione Sanitaria</li> </ul>	Febbraio / '24
<b>Comunicazione e condivisione degli obiettivi strategici aziendali</b>	Incontri con i Direttori dei D.A.I. per la condivisione dei Piani Operativi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direzione Sanitaria</li> <li>Direttori D.A.I.</li> </ul>	Febbraio / '24
<b>Definizione degli obiettivi strategici in versione definitiva e formalizzazione delle relative schede</b>	Incontri con i Direttori dei D.A.I. e sottoscrizione delle schede redatte in versione definitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direzione Strategica</li> <li>Direttori D.A.I.</li> </ul>	Marzo / '24
<b>Verifica sull'andamento delle azioni pianificate</b>	Elaborazione e discussione dei report al 30/6 per CdR, finalizzata al monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direttori D.A.I.</li> <li>Controllo di Gestione</li> </ul>	Luglio / '24
	Elaborazione e discussione dei report al 30/9 per CdR, finalizzata al monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direttori D.A.I.</li> <li>Controllo di Gestione</li> </ul>	Ottobre / '24
<b>Verifica finale del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati</b>	Elaborazione dei dati per la verifica e la valutazione degli obiettivi misurabili con indicatori quantitativi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Controllo di Gestione</li> </ul>	Marzo / '25
	Analisi delle relazioni conclusive predisposte dai Direttori dei CdR e valutazione finale	<ul style="list-style-type: none"> <li>Controllo di Gestione</li> <li>O.I.V.</li> </ul>	Maggio / '25
	Redazione relazione sulla performance 2024	<ul style="list-style-type: none"> <li>Controllo di Gestione</li> <li>Direzione Strategica</li> <li>O.I.V.</li> </ul>	Giugno / '25

### **2.2.8 La performance individuale e la relazione con la performance organizzativa**

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico al fine di adottare il proprio sistema di misurazione e valutazione delle performance, con **Delibera 279 del 3 marzo 2016**, ha definito *in primis* il **Piano dei Centri di Costo** aziendale, in modo da implementare il sistema delle rilevazioni analitiche a supporto del processo decisionale della Direzione Strategica e per la verifica del raggiungimento degli obiettivi d'equipe programmati per le Unità Operative Complesse e per le Unità Operative Semplici Dipartimentali.

Attraverso il **Processo di Budget** viene effettuata l'analisi degli scostamenti e la misurazione della **performance organizzativa**, su base dipartimentale, con la formazione e l'assegnazione di una scheda obiettivo per ciascuna delle Unità Operative e dei centri di supporto, nel rispetto del principio della responsabilizzazione diffusa, per cui ad ogni obiettivo la Direzione Strategica attribuisce un "peso", rappresentativo del grado di importanza che una funzione, una attività e/o un comportamento assume per l'azienda.

Con la [delibera n. 1433](#) per il comparto, le [delibere nn. 1434](#) e [1435](#) per la dirigenza, dell' 11 ottobre 2016, la delibera n. 20 del 25 gennaio 2017 con il regolamento di graduazione delle funzioni di coordinamento e la delibera 21 sempre del 25 gennaio 2017 con il regolamento per la graduazione e l'affidamento delle Posizioni Organizzative, sono stati definiti i protocolli applicativi del **Sistema premiale della produttività organizzativa ed individuale**: la retribuzione di risultato viene utilizzata come strumento gestionale per incentivare il personale a raggiungere gli obiettivi assegnati alla struttura di appartenenza.

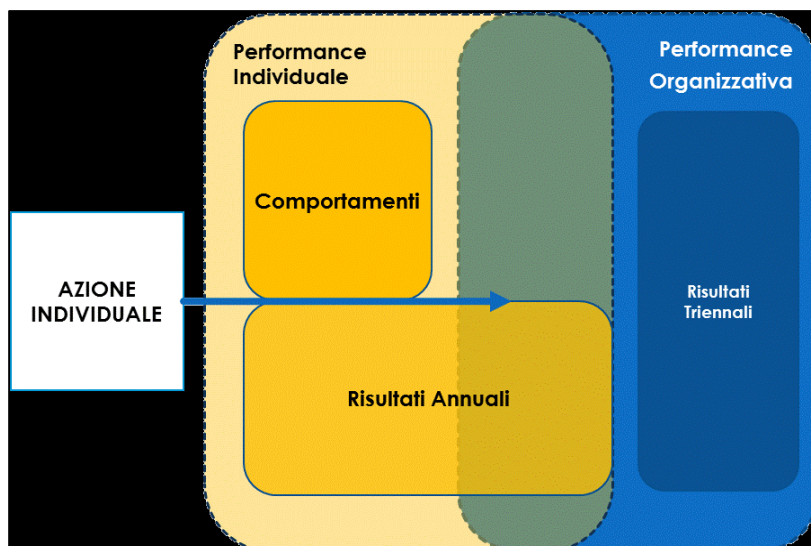
Si tratta, dunque, di un sistema basato sulla misurazione del livello di conseguimento dei risultati della struttura di appartenenza e del livello delle prestazioni del singolo.

Il modello di valutazione si incentra, quindi, sui seguenti parametri o fattori di giudizio:

- risultati della struttura: attribuzione di un punteggio in funzione del raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura di appartenenza;
- contributo individuale: valutazione dei comportamenti professionali e delle competenze

La valutazione dei risultati della struttura misura la capacità del dirigente e del personale dell'unità organizzativa di conseguire, nell'ambito della propria funzione, risultati adeguati agli obiettivi assegnati.

I sistemi di valutazione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria, qui descritti in sintesi, sono stati sottoposti al vaglio dell'[Organismo Indipendente di Valutazione](#) (O.I.V.).



La schematizzazione della performance individuale e della relazione con la performance organizzativa

Il contributo individuale dei lavoratori viene valutato dal dirigente attraverso parametri indicativi dei comportamenti professionali e delle competenze espresse secondo quanto stabilito dai modelli aziendali. La valutazione è effettuata presso ciascuna struttura dirigenziale non generale dal Direttore della struttura (Valutatore).

Il premio di performance è erogato sulla base dei parametri definiti in sede di contrattazione, tenuto conto delle ore di lavoro ordinario effettivamente prestate.

## 2.3 *Rischi Corruttivi e Trasparenza*

### **Premessa**

La seguente sezione del PIAO tiene conto delle linee guida contenute nel [Piano Nazionale Anticorruzione \(PNA\) 2022](#), adottate dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) con Delibera n. 7 del 17 gennaio 2023, ed è stata predisposta dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) sulla base degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza:

- definiti dall'organo di indirizzo, ai sensi della L. 190 del 2012;
- formulati in una logica di integrazione con gli obiettivi operativi specifici programmati in modo funzionale alle strategie di creazione di valore.

La gestione del rischio aziendale corruttivo consente la protezione del Valore Pubblico e la trasparenza, quale accesso ai dati ed ai documenti dalle pubbliche amministrazioni. Quest'ultima è volta a tutelare i diritti dei cittadini, a promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e a favorire forme diffuse di controllo sull'effettivo perseguimento delle funzioni istituzionali e sul corretto utilizzo delle risorse pubbliche (cfr. Art. 1 D.lgs 33/2013).

Attraverso la trasparenza il legislatore ha inteso contrastare, in via amministrativa, i fenomeni di corruzione, prevenendoli e reprimendoli, conferendo al Principio di Trasparenza lo *status* di bene giuridico, dovendo assurgere a "livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi

dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione" (Art. 1, co.15, L. 190/2012), e dovendo riguardare tutta l'azione amministrativa della P.A., con particolare riferimento ad alcuni ambiti.

I cambiamenti dovuti alle molte riforme connesse agli impegni assunti dall'Italia con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), per superare il periodo di crisi derivante dalla pandemia, hanno portato ad una maggiore complessità nella previsione e nella redazione della presente sezione, attualmente in divenire, in ragione dell'ingente flusso di denaro a disposizione della pubblica amministrazione e delle deroghe alla legislazione ordinaria, introdotte per esigenze di celerità della realizzazione di molti interventi. L'azienda è chiamata a prevedere un rafforzamento dell'integrità pubblica e la programmazione di efficaci presidi di prevenzione della corruzione, per evitare che i risultati attesi con l'attuazione del PNRR siano vanificati da eventi corruttivi, pur dovendo perseguire i principi di semplificazione e di velocizzazione delle procedure amministrative.

### 2.3.1 Attività relative alla trasparenza

La Trasparenza è il primo e fondamentale strumento per garantire la fiducia pubblica, dissipare ombre su procedimenti poco chiari, contrastare la scarsa applicazione di norme e altre pratiche che minano la buona gestione in generale e, conseguentemente, prevenire e/o contrastare la corruzione.

Le scelte del legislatore si sono susseguite per tappe fondamentali. *In primis* con l'adozione della Legge 241/1990, attraverso la quale vi è stato l'abbandono del segreto amministrativo e, successivamente, con il riconoscimento del principio della pubblicità e della trasparenza (art. 1 L. 241/90, novella legislativa di cui alla Legge n. 15 del 11/2/2005, sul procedimento amministrativo) ed, altresì, con l'introduzione dell'istituto del diritto di accesso ai documenti amministrativi. La *ratio* è stata quella di promuovere un controllo dell'attività amministrativa capillare dal basso, in modo da garantire il massimo grado di correttezza e di imparzialità.

Con le modifiche introdotte della Legge n. 69 del 2009 è stato sancito che: *"L'accesso ai documenti amministrativi, attese le sue rilevanti finalità di pubblico interesse, costituisce principio generale dell'attività amministrativa al fine di favorire la partecipazione di assicurarne l'imparzialità e la trasparenza"* (art. 22, co.2, L.241/1990). Con il D.lgs n. 33/2013, art. 5 e le successive modifiche di cui al D.lgs 25 maggio 2016, n. 97 (Art. 6. Modifiche all'articolo 5 del decreto legislativo n. 33 del 2013 e inserimento degli articoli 5-bis e 5-ter e del capo I-ter) è stato introdotto ed ampliato l'istituto dell'accesso civico, in modo da renderlo più esteso rispetto al dettato normativo originario, con la previsione che ogni cittadino possa accedere senza alcuna motivazione ai dati in possesso della Pubblica Amministrazione e che, al contempo, non possa ricevere un rifiuto immotivato alla richiesta di informazioni. E' stato anche eliminato l'obbligo di identificare chiaramente dati o documenti richiesti ed è stata esplicitata la prevista gratuità del rilascio di dati e documenti (salvo i costi di riproduzione).

Con il D.Lgs. 150 del 27 ottobre del 2009 (*"Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni"*) il concetto di trasparenza ha acquisito una connotazione più ampia e, cioè, come accesso totale alle informazioni, con riferimento all'azione ed alla organizzazione della Pubblica Amministrazione e, quindi, alla gestione della *performance*.

Con il D.lgs. 33/2013 (*" Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"*) e con il successivo Decreto legislativo



25 maggio 2016 n. 97 (*“Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”*), il legislatore ha inteso implementare la partecipazione attiva dei cittadini alle scelte della pubblica amministrazione, attraverso *l'open data* e *l'open government*. Il modello di riferimento è quello statunitense del Freedom of Information Act (*“FOIA”*), che consente ai cittadini di richiedere anche dati e documenti che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare. In linea con le indicazioni formulate dall'Autorità nella delibera n. 1310/2016 (§ 2), le amministrazioni che adottano il PIAO sono tenute a prevedere nella sezione anticorruzione una sottosezione dedicata alla programmazione della trasparenza, che concorre alla protezione e alla creazione di valore pubblico.

L'istituzione del **Centro nazionale di competenza FOIA** mira proprio a fornire alle pubbliche amministrazioni una base di conoscenza condivisa sui diversi aspetti connessi all'attuazione dell'istituto dell'accesso civico generalizzato di carattere giuridico, procedimentale, organizzativo e tecnologico.

### **2.3.2 Il Piano Nazionale Anticorruzione (aggiornamento 2023-2026)**

L'**Aggiornamento 2023 del Piano Nazionale Anticorruzione 2022**, approvato con [Delibera n. 605 del 19 dicembre 2023](#), è circoscritto alla sola parte speciale del **PNA 2022**, con riferimento all'area dei contratti pubblici, al fine di adeguare i contenuti dei rischi e delle misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza ad alcune disposizioni del nuovo codice dei contratti, in particolare:

- nella sezione dedicata alla schematizzazione dei rischi di corruzione e di maladministration e alle relative misure di contenimento, si è intervenuti solo laddove alcuni rischi e misure previamente indicati, in via esemplificativa, non trovino più adeguato fondamento nelle nuove disposizioni (cfr. tabella 1, § 4., Delibera citata)
- alla disciplina transitoria applicabile in materia di trasparenza amministrativa alla luce delle nuove disposizioni sulla digitalizzazione del sistema degli appalti e dei regolamenti adottati dall'Autorità, in particolare quelli ai sensi degli artt. 23, co. 5 e 28, co. 4 del nuovo codice dei contratti pubblici (cfr. rispettivamente le delibere ANAC nn. 261 e 264 del 2023). Infatti, gli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici di lavori, servizi e forniture sono oggi regolati dall'art. 37 del d.lgs. 33/2013 e nel nuovo Codice dei contratti di cui al [d.lgs. n. 36/2023](#), che ha acquistato efficacia dal 1° luglio 2023 (art. 229, co. 2), è previsto:
  - che le informazioni e i dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici, ove non considerati riservati ovvero secretati, siano tempestivamente trasmessi alla [Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici \(BDNCP\)](#) presso l'ANAC da parte delle stazioni appaltanti e dagli enti concedenti, attraverso le piattaforme di approvvigionamento digitale utilizzate per svolgere le procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici (art. 28);
  - che spetta alle stazioni appaltanti e agli enti concedenti, al fine di garantire la trasparenza dei dati comunicati alla BDNCP, il compito di assicurare il collegamento tra la sezione

«Amministrazione trasparente» del sito istituzionale e la stessa BDNCP, secondo le disposizioni di cui al d.lgs. 33/2013;

- la sostituzione, ad opera dell'art. 224, co. 4 del Codice, dell'art. 37 del d.lgs. 33/2013 rubricato "Obblighi di pubblicazione concernenti i contratti pubblici di lavori, servizi e forniture" con il seguente:

*"1. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 9-bis e fermi restando gli obblighi di pubblicità legale, le pubbliche amministrazioni e le stazioni appaltanti pubblicano i dati, gli atti e le informazioni secondo quanto previsto dall'articolo 28 del codice dei contratti pubblici di cui al decreto legislativo di attuazione della legge 21 giugno 2022, n. 78.*

*2. Ai sensi dell'articolo 9-bis, gli obblighi di pubblicazione di cui al comma 1 si intendono assolti attraverso l'invio dei medesimi dati alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici presso l'ANAC e alla banca dati delle amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 29 dicembre 2011, n. 229, limitatamente alla parte lavori."*

– che le disposizioni in materia di pubblicazione di bandi e avvisi e l'art. 29 del d.lgs. 50/2016 recante la disciplina di carattere generale in materia di trasparenza (cfr. Allegato 9 al PNA 2022) continuano ad applicarsi fino al 31 dicembre 2023;

– che l'art. 28, co. 3 individua i dati minimi oggetto di pubblicazione e che in ragione di tale norma è stata disposta l'[abrogazione](#), con decorrenza dal 1°luglio 2023, dell'art. 1, co. 32 della legge n. 190/2012.

Con la **deliberazione n. 264/2023** l'ANAC ha chiarito che gli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici sono assolti dalle stazioni appaltanti e dagli enti concedenti:

- con la comunicazione tempestiva alla BDNCP, ai sensi dell'articolo 9-bis del d.lgs. 33/2013, di tutti i dati e le informazioni individuati nell'articolo 10 della deliberazione ANAC n. 261/2023;
- con l'inserimento sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione trasparente", di un collegamento ipertestuale che rinvia ai dati relativi all'intero ciclo di vita del contratto contenuti nella BDNCP. Il collegamento garantisce un accesso immediato e diretto ai dati da consultare riferiti allo specifico contratto della stazione appaltante e dell'ente concedente ed assicura la trasparenza in ogni fase della procedura contrattuale, dall'avvio all'esecuzione;
- con la pubblicazione in "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale dei soli atti e documenti, dati e informazioni che non devono essere comunicati alla BDNCP, come elencati nell'Allegato 1) della delibera n. ANAC 264/2023 e successivi aggiornamenti.

Inoltre, [l'ANAC con Delibera n. 582 del 13 dicembre 2023](#), d'intesa con il MIT, ha adottato un comunicato relativo all'avvio del processo di digitalizzazione ed all'assolvimento dei relativi obblighi di trasparenza.

In estrema sintesi, la disciplina sulla trasparenza applicabile nel periodo transitorio ed a decorrere dal 1° gennaio 2024 è la seguente:

Fattispecie	Pubblicità trasparenza
Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ed <u>esecuzione conclusa entro il 31</u>	Pubblicazione nella "Sezione Amministrazione trasparente" sottosezione "Bandi di gara e contratti", secondo le indicazioni ANAC di cui all'All. 9) al PNA

<u>dicembre 2023</u>	2022.
<b>Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1°luglio 2023 ma <u>non ancora conclusi alla data del 31 dicembre 2023</u></b>	Assolvimento degli obblighi di trasparenza secondo le indicazioni di cui al comunicato sull'avvio del processo di digitalizzazione che ANAC, d'intesa con il MIT, ha adottato con Delibera n. 582 del 13 dicembre 2023.
<b>Contratti con bandi e <u>avvisi pubblicati dopo il 1° gennaio 2024</u></b>	Pubblicazione mediante invio alla BDNCP e pubblicazione in AT secondo quanto previsto dalle disposizioni del nuovo Codice in materia di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti di cui agli artt. 19 e ssgg e dalle delibere ANAC nn. n. 261/2023 e n. 264/2023 (e relativo Allegato 1) e successivi aggiornamenti.

### ***2.3.3 I soggetti coinvolti nel sistema di prevenzione della corruzione***

Gli adempimenti in materia di trasparenza ed i relativi aggiornamenti sono evidenziati sul sito web aziendale, nella sottosezione "[Trasparenza](#)", dove sono indicate le Strutture ed i Responsabili della trasmissione e pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati, ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii.

#### ***2.3.3.1 L'RPCT dell'AOU Consorziale Policlinico di Bari***

L'incarico di Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza è stato affidato al Dr. Rosario Reda (RPCT nominato con deliberazione n. 486 del 11.05.2022), Dirigente amministrativo a tempo indeterminato, responsabile della Unità Operativa Complessa Controllo di Gestione .

Il suddetto Dirigente non è mai stato sanzionato con misure interdittive dai pubblici uffici, né condannato per reati contro la pubblica amministrazione, non ha mai ricevuto condanne dalla Corte dei Conti per danno erariale, e neppure ha mai subito sanzioni disciplinari né ha mai messo a repentaglio l'immagine o la percezione della terzietà e trasparenza dell'AOU Consorziale Policlinico di Bari.

L'azienda ha pianificato la ridefinizione di un'adeguata struttura a supporto del RPCT e la reingegnerizzazione dell'articolato processo sotteso alla prevenzione della corruzione e della trasparenza che, per sua natura, coinvolge tutti i livelli aziendali e molteplici attori, ed oggi risulta ancora più complesso (cfr. PIAO 2023-2025).

#### ***2.3.3.2 Referenti per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza***

I soggetti che concorrono allo svolgimento della funzione di Prevenzione della corruzione all'interno dell'Ente sono:

- Il Direttore Generale;

- Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza;
- Referenti anticorruzione e trasparenza;
- Il Personale a Supporto del RPCT;
- Tutti i Dirigenti afferenti alle Aree rischio individuate nel PIAO / PTPCT;
- Altri attori (partner privilegiati del RPCT):
  - Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD);
  - Responsabile Protezione Dati (RPD);
  - Responsabile per la Transizione Digitale (RTD);
  - Organismo Indipendente di Valutazione (OIV);
  - Collegio Sindacale;
  - Gruppo regionale RPCT (*"Network Istituzionale Regionale dei Responsabili della Prevenzione della Corruzione"* istituito con la decisione della Conferenza dei Direttori di Area n. 32 del 14/10/2013)

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza è il coordinatore ed il regista di una architettura complessiva, dove ciascuno svolge specifiche funzioni e ruoli che concorrono al risultato finale ed alla efficacia del sistema.

L'Azienda, con l'approvazione del [Codice di comportamento per il personale](#), adottato con delibera n. 282 del 15 febbraio 2019 del D.G. ha formalizzato, tra gli altri, i seguenti oneri.

- All'art. 8, "Prevenzione della corruzione", l'obbligo di ciascun dipendente di collaborare con il RPCT, di rispettare le misure adottate in merito dall'Azienda Ospedaliera e di controllo attivo sulla regolarità dello svolgimento delle attività aziendali;
- All'art. 9, "Trasparenza e tracciabilità", l'obbligo di ciascun dipendente di osservare ed assicurare il rispetto degli obblighi di trasparenza e di tracciabilità, nonché l'obbligo e la responsabilità in capo ai Responsabili di ciascun ufficio e di ciascuna struttura di assicurare l'adempimento degli obblighi di trasparenza e della relativa pubblicazione sul sito istituzionale, nel rispetto dei tempi previsti, nonché di garantire la tracciabilità dei processi decisionali adottati dai dipendenti, anche attraverso schede procedurali;
- Art. 18, "Vigilanza, monitoraggio e attività formative", richiamando l'art. 54, comma 6, del D.lgs n. 165/2001, stabilisce che sull'applicazione del Codice di Comportamento vigilano i Dirigenti responsabili di ciascuna struttura, le strutture di controllo interno e l'Ufficio dei Procedimenti Disciplinari (UPD) e il Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza. Inoltre l'UPD e il RPCT svolgono funzioni di consulenza e assistenza sulla corretta interpretazione ed attuazione delle norme del Codice. Inoltre, l'UPD relaziona, entro il 30 novembre di ogni anno, alla Direzione aziendale, all'OIV ed al RPCT in ordine al numero dei procedimenti disciplinari attivati e conclusi, con indicazione del numero e della tipologia delle sanzioni applicate e delle archiviazioni effettuate, delle motivazioni adottate per gli esiti, delle norme violate, nonché della qualifica, del profilo e della struttura di appartenenza del trasgressore.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 122 del 29/01/2016 nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2016-2018, in applicazione del comma 7 dell'art. 1 della L. 190/2012 e dal PNA 2016, l'AOUC Policlinico di Bari ha provveduto a creare una **Rete dei Referenti** anticorruzione e, su proposta del RPCT, nominato nel 2022, per il triennio 2023-2025, l'elenco dei referenti è stato aggiornato ed integrato. Si tratta di dipendenti che operano all'interno delle aree a rischio e che condividono con il RPCT il compito di divulgare e monitorare l'attuazione del Piano in modo capillare all'interno delle strutture.

La rete è così composta:

<b>Struttura/Area a rischio</b>	<b>Referenti Anticorruzione e Trasparenza</b>	<b>Referenti Operativi Adempimenti della Trasparenza (Responsabili delle pubblicazioni e redattori)-REFO</b>
<b>Area Approvvigionamento e Patrimonio</b>	Dr. Antonio Moschetta (RASA)	Quarto Giovanna Sellestri Nicola Rescina Giovanna
<b>Area gestione Risorse del Personale</b>	Dr.ssa Francesca Maltese	Cognetti Annamaria; De Giglio Maria; Dongiovanni Anna; Lorusso Giuseppe; Sabatelli Vito; Scavo Giovanni; Fiore Renato; Zangrillo Nicola
<b>Area Gestione Risorse Finanziarie</b>	Dr.ssa Isabella Minutilli	Marzullo Leonardo
<b>Area Gestione Tecnica</b>	Ing. Claudio Forte	Bianco Maria Calia Loredana Luisi Anita Martino Giovanna
<b>Struttura Burocratico-Legale - UPD</b>	Avv. Grazia Benedetta Marina Marino	Fumai Giuseppe
<b>Ufficio Rapporti con l'Università</b>	Dr. Michele Saracino	Saracino Michele
<b>Ufficio Formazione</b>	Dr.ssa Karina Cristino	Iacovelli Giovanni Turturo Biagio
<b>Ufficio Informatico (ICT)</b>	Ing. Nicola Serrone	Binetti Margherita Costantino Antonio Di Francesco Gianpiero Giannelli Alfredo Meola Rosanna Serrone Nicola
<b>Direzione Generale - Direzione Amministrativa</b>		Avv. Marco Calabriso
<b>Unità Operativa Semplice Affari Generali</b>	Dott.ssa Romana Giovanna Piscitelli	Facchini Lorenza Negro Salvatore Petruzzi Caterina Sisto Vita
<b>Direzione Sanitaria</b>	Dott.ssa Rosa Porfido	Luciano Rizzi

Struttura/Area a rischio	Referenti Anticorruzione e Trasparenza	Referenti Operativi Adempimenti della Trasparenza (Responsabili delle pubblicazioni e redattori)-REFO
Direzione Medica P.O. Policlinico	Dr. Savino Soldano	
Direzione Medica P.O. Giovanni XXIII	Dr. Livio Melpignano	Signorello Maria
Ufficio Stampa	Michele De Sanctis	
Farmacia Ospedaliera Policlinico	Dr.ssa Marisa Dell'Aera	
Comitato etico - Coordinamento segreteria tecnico scientifica	Dr.ssa Marisa Dell'Aera	
AA.GG. - Sperimentazioni cliniche	Dr.ssa Vita Sisto	
AA.GG. - Ufficio ispettivo	Dr.ssa Patrizia Ciufici	
AA.GG. - P.N.R.R.	Dr. Elena Gelao	
Emergenza Sanitaria 118	Dr.ssa Anna Maria Natola	
OIV/STP	Dr. Gianluigi Protopapa	
Servizio Prev. e Protez. Rischi Prof.	Ing. Claudio Forte	
Unità di Statistica ed Epidemiologia	Dr. Antonio Daleno	

- Più nel dettaglio **i Referenti Anticorruzione e Trasparenza** hanno cura di:
- seguire momenti formativi e partecipare ad incontri, partecipano ad almeno due incontri/azioni formative nel corso dell'anno, il primo previsto nel primo quadrimestre, l'altro tra il secondo/terzo quadrimestre, nei quali si illustreranno i profili di rischio, le misure adottate nel piano, lo stato d'avanzamento e le modalità di attuazione;
  - relazionare al RPCT e monitorare il raggiungimento degli obiettivi anticorruzione di ogni anno;
  - riportare al personale interno alle strutture i contenuti del PIAO Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza.

La Rete dei Referenti Anticorruzione, attualmente coordinata dallo stesso RPCT, sarà in futuro **coordinata** dal titolare **dell'Incarico di Funzione Supporto ad individuarsi** a seguito della ridefinizione di un'adeguata struttura a supporto del RPCT. Il coordinatore cura, anche per delega di funzione :

- gli incontri periodici;
- la divulgazione degli aggiornamenti;
- i monitoraggi periodici;
- il coinvolgimento nelle azioni formative dedicate;

- altre attività in fase di puntuale revisione e regolamentazione.
- Con riferimento ai **Referenti Operativi degli adempimenti trasparenza (REFO)**, ferma la Responsabilità dei Dirigenti e dei Responsabili di Struttura nell'acquisizione e nella gestione dei dati da pubblicare, essi curano:
  - la raccolta e la pubblicazione delle informazioni oggetto degli obblighi di pubblicazione per ciascuna struttura organizzativa aziendale;
  - assicurano la tempestiva comunicazione degli avvenuti adempimenti al proprio Dirigente ed al RPCT. Questi ultimi ne verificano, in ultimo, la pubblicazione;
  - la trasmissione di atti e documenti a responsabili e referenti per la pubblicazione e la trasmissione di atti e documenti, secondo le disposizioni interne dell'Azienda;
  - mantengono un atteggiamento proattivo nel monitoraggio e nella verifica dei dati e degli aggiornamenti, nel rispetto del Codice di Comportamento aziendale.

I REFO sono i responsabili di macro-aree di attività, individuati appositamente dal Dirigente e/o Responsabile di Struttura cui afferiscono, dovranno coordinare la raccolta, l'invio e il monitoraggio delle informazioni, della propria struttura di competenza, da pubblicare sul sito istituzionale. I REFO, pertanto, nell'espletamento delle proprie mansioni acquisiscono e pubblicano i dati in base a quanto previsto dall'allegato 1 al D.lgs. 33/2013, garantiscono l'omogeneità e la tempestività dell'aggiornamento dei contenuti sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente". Quando il REFO non sia stato individuato espressamente dal Dirigente e/o Responsabile di Struttura cui afferisce, la figura del REFO coinciderà con il Referente Anticorruzione e Trasparenza o, in mancanza, con il Dirigente e/o Responsabile di Struttura. L'Azienda include tra i REFO sia i responsabili per la pubblicazione nell'Albo Pretorio on-line, sia i soggetti incaricati (redattori) della pubblicazione sul portale istituzionale e all'albo pretorio on-line.

➤ Il **coordinamento dei REFO è attualmente attribuito allo stesso RPCT** (sarà in futuro attribuito al titolare dell'Incarico di Funzione Supporto ad individuarsi a seguito della ridefinizione di un'adeguata struttura a supporto del RPCT), il quale convocherà, anche con delega temporanea di funzione, i Referenti Operativi almeno due volte l'anno, con scadenza semestrale, a febbraio e a settembre di ogni anno, al fine di verificare l'esito della valutazione *in itinere* delle scelte intraprese ed assumere le relative iniziative volte a migliorare il processo e superare le criticità riscontrate. Il RPCT o suo delegato avrà facoltà di convocare i REFO ogni qual volta emergano o siano ravvisabili criticità o circostanze che necessitino di intervento tempestivo, anche su segnalazione del Responsabile del Procedimento di Pubblicazione.

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

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

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

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

### 2.3.3.4 Altri referenti e responsabili

Altri referenti/Responsabili	FUNZIONI	Altri riferimenti
<b>Referente tecnico adempimenti trasparenza (REFT)</b>	<p>Personale in possesso di specifica competenza tecnica informatica, individuato dalla Regione Puglia. Il REFT forma ed assiste i REFO all'inserimento dei dati nell'apposita sezione dell'Amministrazione Trasparente dell'Azienda. A tal fine il REFT provvede a dotare i REFO di account utente debitamente profilati per la gestione dei contenuti di propria competenza. Il REFT, all'indirizzo E-mail: <a href="mailto:assistenzaportale@sanita.puglia.it">assistenzaportale@sanita.puglia.it</a>, fornisce supporto tecnico ai REFO per il corretto inserimento dei dati da pubblicare e cura la gestione tecnica del portale <a href="http://www.sanita.puglia.it">www.sanita.puglia.it</a>, e quant'altro risulti necessario, sotto il profilo squisitamente tecnico - informatico, per la corretta pubblicazione. Il REFT è stato individuato a livello regionale, nella R.T.I. Almaviva S.p.A - Almaxwave S.r.l - Indra Italia S.p.A - Pwc Advisory S.p.A sotto la supervisione di InnovaPuglia SpA.</p>	<a href="mailto:assistenzaportale@sanita.puglia.it">assistenzaportale@sanita.puglia.it</a>
<b>Responsabile del procedimento di pubblicazione (RPP)</b>	<p>Si occupa della gestione coordinata sia dei contenuti e delle informazioni on line, sia dei processi redazionali dell'Amministrazione. E' chiamato a raccogliere le segnalazioni inerenti alla presenza di un contenuto obsoleto od alla non corrispondenza delle informazioni presenti sul sito a quelle contenute nei provvedimenti originali (cfr. <a href="#">Direttiva n. 8 del 2009 del Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione</a>). L'Azienda ha assegnato la funzione di responsabile del procedimento di pubblicazione al Dott. Salvatore Negro (nominato con Delibera CS n. 0352 del 24.02.2021), E-mail: <a href="mailto:responsabile.pubblicazione@policlinico.ba.it">responsabile.pubblicazione@policlinico.ba.it</a>, ferma restando la responsabilità della trasmissione dei dati e dei documenti, nei formati e secondo le direttive aziendali, in capo ai REFO.</p>	<a href="mailto:responsabile.pubblicazione@policlinico.ba.it">responsabile.pubblicazione@policlinico.ba.it</a>
<b>Responsabile degli adempimenti di trasmissione verso il Dipartimento della Funzione Pubblica</b>	<p>Si occupa della trasmissione di dati e documenti, con particolare riferimento ai dati riguardanti il conferimento di incarichi a consulenti e collaboratori esterni, al Dipartimento della Funzione Pubblica, che ne cura la elaborazione e la pubblicazione sul proprio sito istituzionale, contribuendo alla trasparenza delle amministrazioni, utilizzando una modalità "centralizzata" in aggiunta alla trasparenza "distribuita" posta a carico delle singole amministrazioni. L'Azienda ha assegnato la funzione <i>de qua</i> alla Dott.ssa Patrizia Ciufici, Pec: <a href="mailto:sia.policlinico.bari@pec.rupar.puglia.it">sia.policlinico.bari@pec.rupar.puglia.it</a>, ferma restando la responsabilità della trasmissione dei dati e dei documenti, nei formati e secondo le direttive aziendali, in capo ai REFO e ai Dirigente e/o Responsabile di Struttura.</p>	<a href="mailto:sia.policlinico.bari@pec.rupar.puglia.it">sia.policlinico.bari@pec.rupar.puglia.it</a>
<b>Responsabile Unico Liste dei Tempi di Attesa Aziendale (RULA):</b>	<p>la Direzione Strategica Aziendale, con provvedimento del 26.02.2019 Prot. n. 18041, ne ha stabilito la precipua finalità di "garantire il presidio dell'organizzazione aziendale affinché venga assicurata uniformità di accesso e trasparenza oltre a</p>	<a href="#">Tempi di attesa</a>



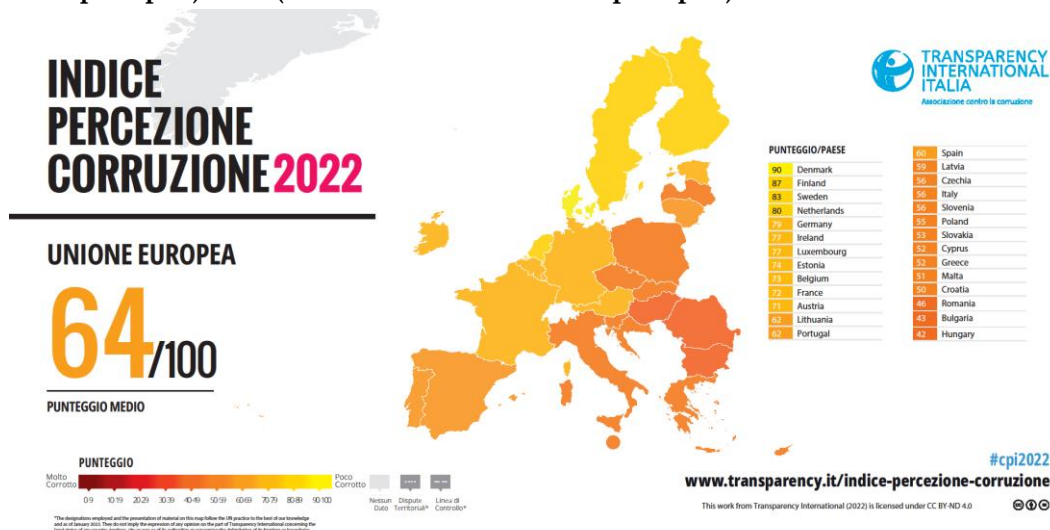
Altri referenti/Responsabili	FUNZIONI	Altri riferimenti
	<p>garantire la trasparenza delle liste d'attesa ed il coinvolgimento degli utenti e delle loro associazioni; verificare l'andamento delle liste d'attesa al fine di consentire all'azienda la programmazione degli interventi necessari alla riduzione dei tempi d'attesa; vigilare sulle attività delle U.U.O.O. presidiando il sistema di gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato affinché venga garantita la definizione dei criteri di priorità per l'accesso secondo modalità coerenti rispetto alle indicazioni Nazionali e Regionali e alla gestione delle risorse". Il Responsabile vigila sulla attuazione della "<a href="#">Procedura aziendale di attuazione delle liste di attesa dei ricoveri programmati</a>", adottata con Delibera n. 309 del 20.02.2019</p>	

## 2.3.4 Analisi del contesto

### 2.3.4.1 Contesto Esterno

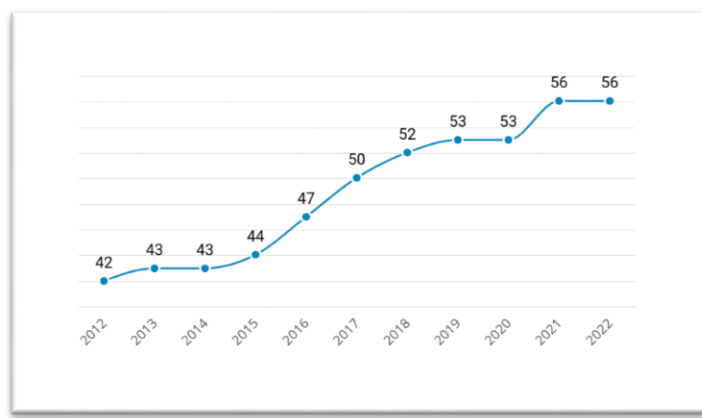
#### a) Scenario economico sociale di riferimento

Transparency International (TI) è un'organizzazione internazionale non governativa che si occupa della corruzione, fondata nel maggio del 1993 a Berlino, dove attualmente si trova la sede centrale, su iniziativa di Peter Eigen. Nel 1995 TI ha sviluppato l'*Indice di corruzione - Corruption Perceptions Index* (CPI), una lista comparativa della corruzione in tutto il mondo che viene aggiornata e pubblicata ogni anno. Il CPI classifica le nazioni con il maggior indice di corruzione percepita nel settore pubblico, attraverso l'impiego di 13 strumenti di analisi e di sondaggi rivolti ad esperti provenienti dal mondo del business. Il punteggio finale è determinato in base ad una scala che va da **0 (alto livello di corruzione percepita)** a **100 (basso livello di corruzione percepita)**.



[Transparency International Italia](#) ha pubblicato il 31 gennaio 2023 l'edizione 2022 dell'Indice di Percezione della Corruzione (CPI), che colloca l'Italia al 41° posto, con un punteggio di 56, con un

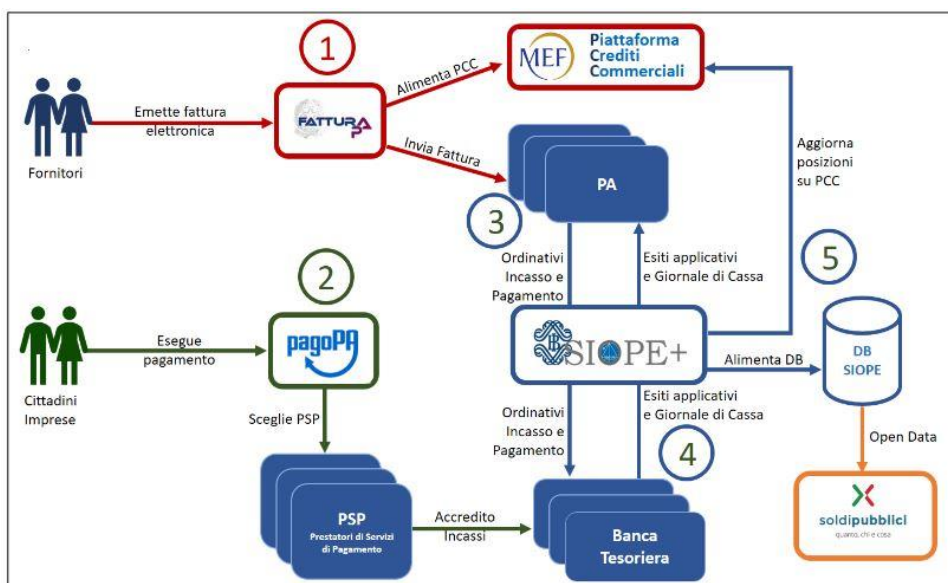
balzo in avanti di 10 posizioni nel CPI 2021. Il comunicato stampa di TI Italia precisa: “Con un punteggio medio di 66 su 100, l'Europa occidentale e l'Unione europea (UE) è ancora una volta la regione con il punteggio più alto nell'Indice di Percezione della Corruzione (CPI) e l'Italia è tra i paesi dell'area che hanno registrato maggiori progressi dal 2012 al 2022, nonostante resti ancora sotto la media del punteggio europeo. Il CPI 2022 conferma, infatti, l'Italia al 17° posto tra i 27 Paesi membri dell'Unione Europea”. Dunque, l'Italia si è confermata nel gruppo dei paesi europei in ascesa sul fronte della trasparenza e del contrasto alla corruzione, avendo beneficiato anche delle riforme in materia di trasparenza ed anticorruzione.



Punteggio storico dell'Italia nel [CPI](#)

L'utilizzo dei fondi del PNRR e l'attenzione al corretto utilizzo ha implementato [la richiesta di condivisione dei metadati](#) proprio da parte della cittadinanza e, nel settore sanitario, il Ministero della Salute ha aperto una [consultazione](#) pubblica, “Sanità trasparente”, per raccogliere pareri e commenti allo schema di decreto e disciplinare tecnico riguardante il **registro pubblico telematico**, come previsto dall'art.5 della legge 62/22 relativa a “Disposizioni in materia di trasparenza dei rapporti tra le imprese produttrici, i soggetti che operano nel settore della salute e le organizzazioni sanitarie”. Il registro sarà liberamente accessibile per la consultazione e l'estrazione dei dati secondo gli standard degli Open Data e dunque aperto agli stakeholder, al fine di ulteriormente promuovere la cultura della trasparenza, della legalità e della partecipazione alla *res pubblica*.

In Italia le Amministrazioni Pubbliche utilizzano il [Sistema Informativo sulle Operazioni degli Enti Pubblici Plus \(SIOPE+\)](#) per la rilevazione ed il monitoraggio di incassi e pagamenti ordinati dalle pubbliche amministrazioni ai propri tesorieri/cassieri attraverso gli Ordinativi informatici di Pagamento ed Incasso (OPI), emessi in conformità allo Standard OPI emanato da AgID (art. 4-bis, introdotto dal d.lgs. 97/2016) ed relativi dati sono pubblicati sul sito istituzionale <http://soldipubblici.gov.it/it/home>.



La pandemia ha inciso sull'aumento del rischio corruttivo in ambito sanitario e, per questa ragione, tra l'implemento delle varie misure di prevenzione e contrasto, appare certamente rilevante quello relativo alla formazione. L'Etica, infatti, è l'obbedienza a ciò che non può essere imposto, e nasce da una educazione permanente alla legalità ed ai canali per contrastare la corruzione.



*Minacce di corruzione nei sistemi sanitari (adattamento dall'Health System Framework dell'OMS, 2007)*

Con D.lgs [24/2023](#) è stata introdotta in Italia la normativa di attuazione della Direttiva Europea n. 1937/2019 in materia di **whistleblowing**, sostituendo le disposizioni previste dalla Legge 179/2017 per il settore pubblico e dal D.lgs 231/2001 per il privato, finora i principali riferimenti in materia di **protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e delle disposizioni normative nazionali**. Il Tribunale di Milano, sezione Lavoro, dunque, ha potuto concedere, per la prima volta, una tutela cautelare, con [ordinanza del 20 agosto 2023](#), ad un whistleblower coinvolto in alcuni procedimenti disciplinari, penalizzazioni e licenziamenti, creando una condizione di dissesto economico e disagio psico-fisico. Del resto, Transparency International Italia dal 2014 ha attivato la [piattaforma ALAC - Allerta Anticorruzione](#) per ricevere le segnalazioni di illeciti e dialogare con i segnalanti in modo anonimo e sicuro e per aiutarli nel loro percorso, con ciò sostenendo la rivoluzione culturale ormai in corso. La piattaforma ALAC è stata messa gratuitamente a disposizione delle pubbliche amministrazioni ed è attualmente utilizzata dall'[AOU Policlinico di Bari in materia di whistleblowing](#).

In questo contesto si inseriscono, tra le altre, importanti indagini che hanno riguardato la sanità nazionale:

- l'8 agosto 2022, il Tribunale di Crotona ha condannato per associazione mafiosa e tentata estorsione l'ex primario di origine calabrese di un noto policlinico romano - già coinvolto nell'operazione denominata "Thomas" del gennaio 2020 - il quale avrebbe svolto il ruolo di "terminale economico" della cosca GRANDE ARACRI per cospicui investimenti, si sarebbe personalmente interessato per il ricovero di vertice della cosca GRANDE ARACRI, ed avrebbe rilasciato per anni certificati e attestazioni sanitarie a favore di 'ndranghetisti cutresi per presunte "incompatibilità con il regime carcerario";
- l'indagine "Fenice", OCC n. 7681/2022 RGNR e n. 6192/2022 RGGIP (GIP del Tribunale di Palermo il 17 ottobre 2022) concernente i servizi connessi direttamente o indirettamente alla sanità locale, quali il servizio funebre e il trasferimento degli infermi in un nosocomio di Palermo;
- il 21 ottobre 2022, la G.F. ha concluso l'operazione "Sorella Sanità II" (prosecuzione della dell'omonima operazione "Sorella Sanità" del maggio 2020) per corruzione, turbata libertà degli incanti, riciclaggio, emissione ed utilizzo di fatture per operazioni inesistenti, al fine di favorire talune aziende, in cambio di denaro e utilità, nell'assegnazione delle forniture e dei servizi da parte della locale Azienda Sanitaria Provinciale palermitana;
- Ulteriore conferma dell'interesse mafioso nello specifico settore emerge dagli esiti dell'operazione "Impasse", conclusa dalla G.F. di Messina il 13 dicembre 2022, afferente ad una strutturata organizzazione che smerciava ingenti quantitativi di droga, approvvigionata avvalendosi per il trasporto dello stupefacente anche di mezzi di soccorso sanitario.

#### ***b) Profilo criminologico del territorio regionale e provinciale di riferimento dell'ente***

La relazione del secondo semestre 2022, resa dalla Direzione Investigativa Antimafia ha evidenziato il trend in crescita delle mafie pugliesi nella tradizionale distinzione tra mafie foggiane, camorra barese e sacra corona unita, in un rapporto di cooperazione sinergica tra loro e con infiltrazioni nei circuiti economico-imprenditoriali, attraverso l'acquisizione di forme imprenditoriali sempre più complesse e strutturate.

La camorra barese, ferme restando estorsioni e droga, ha privilegiato nell'ultimo periodo il contrabbando di TLE (tabacchi lavorati esteri), la gestione del gioco e delle scommesse online. Nel Salento si è assistito ad un consolidamento delle organizzazioni criminali, che hanno assunto i caratteri di una mafia che non necessita, per affermarsi, di azioni violente e mira sempre più a reinvestire i propri profitti in attività imprenditoriali mimetizzandosi al fianco della società civile, tendenza valida in linea generale per tutto il territorio regionale. Per un approfondimento sui casi di cronaca pubblicati sulle testate giornalistiche del 2020 è possibile consultare il sito di Trasparenza Italia "[La cronaca della corruzione nel 2020](#)".

#### ***2.3.4.2 Contesto Interno***

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

Il mutamento ed il monitoraggio del contesto interno hanno indotto l'Azienda a prevedere e pianificare modifiche organizzative. Infatti, la valutazione del rischio effettuata nel 2016, per il periodo di riferimento 2016-2018, è apparsa non più pienamente rispondente all'evoluzione aziendale e, per questo, bisognosa di una revisione sulla base di una nuova mappatura dei processi, attualmente in fase di mutamento e rinnovazione.

Sulla decisione aziendale hanno inciso le ingenti risorse destinate all'attuazione degli interventi programmati nel [PNRR - Missione 6 - Salute](#), deliberato dal Governo Italiano nell'aprile 2021, approvato dall'UE in data 13 luglio 2021, dovendo l'Azienda, da un lato, far fronte all'esigenza di garantire la celerità dell'azione amministrativa e la tempestività nella destinazione della spesa pubblica e, dall'altro, garantire che le risorse economiche non vengano disperse o sviate dalle finalità istituzionali, secondo le indicazioni del D.L. 77/2021.

In particolare, gli investimenti riguardano l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero, attraverso la realizzazione di vari progetti, individuati dalla direzione strategica con la collaborazione dell'Area ICT, dell'Area del Patrimonio e dell'Area Gestione Tecnica.

Sotto altro profilo l'Azienda non può trascurare gli eventi emersi nel corso tempo, incidenti sulla pianificazione organizzativa:



- **Le segnalazioni di condotte illecite (Whistleblowing):** per condotte illecite devono intendersi quelle riguardanti i delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione del codice penale (ad es. corruzione per l'esercizio della funzione, corruzione per atto contrario ai doveri d'ufficio, concussione), ma anche le situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontrino comportamenti impropri di un funzionario pubblico che, al fine di curare un interesse proprio o di terzi, assuma o concorra all'adozione di una decisione che devia dalla cura imparziale dell'interesse pubblico, come ad esempio:
- irregolarità e utilizzo distorto del potere discrezionale nell'ambito di procedure di affidamento di contratti pubblici;
  - accessi indebiti agli applicativi informatici (anche mediante l'uso di credenziali altrui);
  - utilizzo improprio di istituti a tutela del dipendente (es. malattia, garanzie e tutele ex legge 5 febbraio 1992 n. 104, congedi, permessi sindacali);
  - irregolarità nell'attestazione delle presenze in ufficio;
  - irregolarità nello svolgimento di procedimenti amministrativi che comportano uno scorretto utilizzo dell'esercizio del potere discrezionale a fini meramente privati, in contrasto con il fine pubblico;
  - rapporti/frequentazioni inopportune tra dipendenti e "soggetti esterni" (es. contribuenti, utenti, consulenti, collaboratori, fornitori, ecc.) per il raggiungimento di fini privati mediante l'abuso della posizione pubblica attribuita;
  - autorizzazione e liquidazione indebita di spese relative al personale;
  - sprechi;
  - favoritismi;
  - false dichiarazioni;
  - ripetuto mancato rispetto dei tempi procedurali;

- procedure concorsuali non trasparenti;
- violazione delle norme ambientali e di sicurezza sul lavoro.

Si può anche segnalare **in presenza di fondato sospetto**:

- violazioni che potrebbero essere state commesse;
- violazioni non ancora compiute ma che il whistleblower ritiene - in base ad inizi gravi, precisi e concordanti- che potrebbero essere commesse;
- condotte volte ad occultare le violazioni sopra indicate.

L'unico soggetto interno all'Azienda, destinatario delle segnalazioni whistleblowing, è il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

La scelta del canale di segnalazione, dopo il [D.lgs n. 24/2023](#), non è più discrezionale, ma in via prioritaria va **preferito il canale interno**. La **segnalazione esterna** può essere effettuata solo se (art. 6 D.Lgs n. 24/2023): a) non è prevista, nell'ambito del suo contesto lavorativo, l'attivazione obbligatoria del canale di segnalazione interna ovvero questo, anche se obbligatorio, non è attivo o, anche se attivato, non è conforme a quanto previsto dall'articolo 4; b) la persona segnalante ha già effettuato una segnalazione interna ai sensi dell'articolo 4 e la stessa non ha avuto seguito; c) la persona segnalante ha fondati motivi di ritenere che, se effettuasse una segnalazione interna, alla stessa non sarebbe dato efficace seguito ovvero che la stessa segnalazione possa determinare il rischio di ritorsione; d) la persona segnalante ha fondato motivo di ritenere che la violazione possa costituire un pericolo imminente o palese per il pubblico interesse. Il ricorso alla divulgazione pubblica è considerata una sorta di *extrema ratio*, ed accorda la prevista tutela se: a) se era stata effettuata previamente una segnalazione interna ovvero, direttamente una segnalazione esterna senza ricevere riscontro entro i termini stabiliti in merito alle misure previste o adottate per dare seguito alle segnalazioni; b) se la persona segnalante ha fondato motivo di ritenere che la violazione possa costituire un pericolo imminente o palese per il pubblico interesse; c) se la persona segnalante ha fondato motivo di ritenere che la segnalazione esterna possa comportare il rischio di ritorsioni o possa non avere seguito in ragione delle specifiche circostanze del caso concreto, come quelle in cui possono essere occultate o distrutte prove oppure in cui vi sia il fondato timore che chi ha ricevuto la segnalazione possa essere colluso con l'autore della violazione o coinvolto nella violazione stessa.

Di seguito informativa relativa all'Azienda:

CANALE utilizzato per la segnalazione whistleblower	TIPOLOGIA	NUMERO
Segnalazioni interne (RPCT)	Segnalanti Confidenziali	0
	Segnalanti Anonimi	4
Segnalazioni esterne	A.N.AC.	0
	Procura della Repubblica	0
	Corte dei conti	0
Divulgazioni pubbliche		0
TOT.		4

- **Procedimenti Penali ed instaurati presso la Corte dei Conti rilevanti ai fini delle misure anticorruptive e relative contestazioni di reato, indipendentemente dall'esito:** sono stati considerati i procedimenti penali ed erariali instaurati o giunti a conclusione nel periodo 2018-2023, indipendentemente dall'esito, al fine di verificare e superare le criticità già individuate *medio tempore* ed individuare eventuali criticità nuove, attribuibili a poca chiarezza del processo o al poco controllo:

PROCEDIMENTI PENALI (2018-2023)	
Norma del Cod. Penale contestata nel capo di imputazione	Tipologia di reato
Artt. 367, 8 e 640 co. 2 n.1, 314 c.p.	<i>Simulazione di reato, Truffa, Peculato</i> (prestazioni mediche in intramoenia, private, ALPI)
Art. 317 c.p.	<i>Concussione</i> (Appalti, risorse finanziarie)
Art. 640 c.p.	<i>Truffa</i> (prestazioni mediche in intramoenia, private, ALPI)

\*\*\*\*\*

PROCEDIMENTI PRESSO LA CORTE DEI CONTI (2018-2023)	
ANNO	Tipologia di contestazione (afferente anche ad annualità precedenti)
2018	<i>carenze già rilevate in passato in tema di regolamentazione interna riguardante gli aspetti gestionali e contabili dei beni patrimoniali; presenza in bilancio di una enorme quantità di crediti da riscuotere; presenza di una imponente massa debitoria con ingenti pignoramenti; presenza di disallineamenti contabili con la società interamente partecipata Sanita Service Policlinico Bari; mancata iscrizione dei dati sulle società partecipate possedute nella Banca dati ministeriale; altre problematiche in ordine alle partecipazioni societarie; presenza di contratti per acquisti di beni e servizi in violazione dei principi di razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria disposti dal decreto legge n.95/2012 e art.9-ter del decreto legge n.78/2015; eccessivo ricorso all'istituto della proroga contrattuale; presenza di vari affidamenti con procedura negoziata senza previa pubblicazione di un bando di gara; irregolarità nella spesa relativa alla contrattazione integrativa del personale; dubbio legittimità della liquidazione di compensi incentivanti ai sensi dell'art.92 del D.Lgs. n.163/2006 (nel testo allora vigente), dei provvedimenti di incarichi di funzioni dirigenziali ai sensi dell'art.19, co.2, del D.Lgs. n.165/2001 e delle procedure per il conferimento di collaborazioni esterne.</i>
2018	<i>attività libero professionale esercitata presso strutture private all'uopo non autorizzate, in violazione degli obblighi di esclusività caratterizzanti il proprio rapporto di lavoro di pubblico dipendente</i>
2019	<i>truffa aggravata in danno dello Stato per indebita percezione del trattamento retributivo e di quello accessorio (c.d. indennità di esclusività) per l'espletamento dell'attività professionale in regime di intramoenia, in luogo di quella correttamente spettante, in conseguenza dello svolgimento di attività professionale extra moenia; attività libero professionale esercitata in violazione degli obblighi di esclusività caratterizzanti il proprio rapporto di lavoro di pubblico dipendente; danno erariale per attribuzione di incarichi esterni (legali) in violazione del principio c.d. di autosufficienza, secondo cui le P. A. debbono far fronte ai propri bisogni d'istituto solo in presenza di accertata assenza di professionalità interne idonee;</i>
2020	<i>attività lavorativa sanitaria svolta a favore di soggetti privati in assenza della prescritta autorizzazione dell'amministrazione di competenza, in violazione dell'obbligo di esclusiva</i>

2022	<p>presenza di criticità nella ricognizione fisica dei beni patrimoniali di proprietà dell'Azienda e nella relativa contabilizzazione (2016-2019); presenza in bilancio di una significativa quantità di crediti non riscossi, anche vetusti, nei confronti di diversi soggetti pubblici e privati;</p> <p>eccessivo ricorso alla proroga contrattuale per acquisti di beni e servizi; eccessivo ricorso alla proroga contrattuale per acquisti di beni e servizi; consistente ammontare di pagamenti effettuati oltre i termini di legge</p>
------	---

### 2.3.4.3 Mappatura dei processi

La mappatura dei processi rappresenta l'aspetto centrale dell'analisi del contesto interno.

*“L'accuratezza e l'eshaustività della mappatura dei processi è un requisito indispensabile per la formulazione di adeguate misure di prevenzione e incide sulla qualità dell'analisi complessiva. L'obiettivo è che le amministrazioni e gli enti realizzino la mappatura di tutti i processi” (ANAC, deliberazione n. 12/2015 recante “aggiornamento 2015 al PNA”).*

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

Ad oggi, l'Azienda sta riesaminando la mappatura dei **macro-processi**, precipuamente interessati dal rischio corruttivo, o sta procedendo a nuova mappatura ove i **processi operativi** abbiano subito modifiche, attività prodromiche alla elaborazione delle **schede di valutazione del rischio**, attualmente in fase di revisione

La nuova mappatura di processo è oggetto degli obiettivi operativi ai fini della performance assegnati di volta in volta, e terranno conto di una serie di principi, quali:

- Il trattamento sostanziale del rischio corruttivo, che consenta ai soggetti coinvolti nel processo di comprendere il rischio, nonché di individuare gli ulteriori rischi e proporre autonomamente le relative misure;
- Lo sviluppo graduale della mappatura, tenendo conto dell'attuale fase di definizione dell'assetto organizzativo dell'Azienda, tale da consentire di migliorare progressivamente e continuativamente l'analisi dei processi;
- La mappatura del rischio, con i dirigenti e i dipendenti aziendali, per proporre ed adottare tutte le misure organizzative ritenute utili alla prevenzione del rischio corruttivo e, più in generale, ad una buona amministrazione.

### 2.3.4.4 Analisi della struttura organizzativa di controllo

L'A.U.O. Policlinico di Bari opera in modo da misurare e valutare costantemente **efficacia** ed **efficienza** della propria capacità produttiva, al fine di ottenere risultati in termini di qualità delle cure e bilanciamento delle risorse.

La struttura organizzativa è di tipo gerarchico-funzionale, nella quale la *vision* e la *mission* aziendale vengono definite dalla Direzione Strategica, con a capo il **Direttore Generale** coadiuvato dal



Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, come da organigramma presente sul sito aziendale. Il modello organizzativo scelto unisce i vantaggi della **chiarezza delle responsabilità e delle comunicazioni verticali** ai vantaggi del **raggruppamento funzionale a gestione indipendente**.

In particolare:

- **Sotto il profilo sanitario**, lo strumento organizzativo di gestione è rappresentato dai Dipartimenti, che assicurano le funzioni di governo clinico dei percorsi diagnostico-assistenziali (PDTA) e della tutela della salute collettiva. Si tratta di strutture omogenee di raggruppamento, affini e complementari per disciplina, che perseguono comuni finalità, con una propria autonomia e responsabilità riguardo alla gestione assistenziale del paziente ed organizzati ciascuno come centro di responsabilità e di costo, in modo da garantire l'omogeneità della gestione.
- **Sotto il profilo amministrativo**, l'Azienda presenta Unità di Staff alla Direzione Generale e quattro Aree Amministrative: Area Gestione Risorse Umane, Area Gestione Tecnica, Area Gestione Risorse Finanziarie, Area Gestione del Patrimonio. Nel corso del 2022, a riguardo, sono stati nominati il nuovo Direttore Amministrativo, il nuovo Dirigente Responsabile della U.O.S. Affari Generali e il nuovo Dirigente Responsabile dell'Ufficio Trasparenza e Anticorruzione.

Al fine di superare gli svantaggi propri di questo modello organizzativo, tra i quali l'eccessiva burocrazia con tutte le sue conseguenze, ed implementare la coordinazione e la comunicazione tra reparti (Dipartimenti ed Aree Amministrative) valorizzando al contempo le risorse umane, l'Azienda è in procinto di rafforzare le c.d. *T-shaped skills* (abilità delle persone).



In particolare, attraverso la formazione, l'AOU Policlinico di Bari intende:

- Promuovere e/o rafforzare le *soft-skills* (competenze trasversali) dei lavoratori, in linea con la visione dell'Agenda 2030, del Ministro per la Pubblica amministrazione e la progettazione di *re-skilling* contenuta nel PNRR, volta a valorizzare il capitale umano, come illustrato nella Direttiva Ministeriale del 24 marzo 2023, avente per oggetto "*Pianificazione della formazione e sviluppo delle competenze funzionali alla transizione digitale, ecologica e amministrativa promosse dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*";
- Potenziare e/o valorizzare le *hard-skills* (competenze misurabili e quantificabili con titoli, certificazioni, esperienze lavorative) in linea con la politica aziendale già adottata, che ha permesso di valorizzare le eccellenze.

### 2.3.4.5 *Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti*

L'analisi del contesto in cui l'Azienda opera ha condotto alla individuazione di alcune aree di attività maggiormente esposte al rischio corruttivo, sia per criticità rilevate sia in rapporto alla complessità aziendale.

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

- Esercizio delle professioni sanitarie in regime libero professionale: necessità di continuare il monitoraggio di verifica dell'adempimento contrattuale e della clausola di esclusiva, anche attraverso verifiche a campione, e verifica dell'adeguamento delle retribuzioni, in relazione alle attività prestate, del personale sanitario, con la precisazioni che le criticità del passato non si sono ad oggi riproposte e l'Azienda ha inteso monitorare i regolamenti al fine di adottare ulteriori provvedimenti migliorativi del processo;
- Procedura per la ricognizione fisica dei beni patrimoniali di proprietà dell'Azienda e relativa contabilizzazione: necessità di monitoraggio in fase di attuazione;
- Contratti pubblici/appalti/patrimonio: necessità di potenziare le misure volte a prevenire il conflitto di interessi ed ogni rischio in ogni fase delle procedure, con controlli a campione;
- Procedura di verifica proroga contrattuale per acquisti di beni e servizi: necessità di introdurre una regolamentazione per la verifica volta ad inibire l'eccessivo ricorso alla proroga contrattuale;
- Procedure di assunzione del personale nelle varie forme contrattuali/concorsi: necessità di verifiche a campione delle Dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse (ai sensi dell'art. 53, comma 14, del d.lgs. 165/2001) da parte dei componenti le commissioni concorsuali e sullo svolgimento del concorso per la parte non informatizzata con prove strutturate;
- Procedure di attribuzione di incarichi esterni: necessità di nuova regolamentazione volta al pieno rispetto del principio di Autosufficienza della P.A. e verifiche a campione;
- Procedura per la ricognizione di crediti non riscossi (verso soggetti pubblici e privati): necessità di introdurre una regolamentazione;
- Pagamenti: necessità di implementare il monitoraggio dei pagamenti, con attenzione a quelli rivenienti da contenziosi o pignoramenti, al fine di rispettare i termini di legge e contenere eventuali danni economici da ritardo (interessi di mora; spese di esecuzione etc), anche introducendo una nuova regolamentazione.

L'Azienda è impegnata in continuità nell'adozione di Regolamenti disciplinanti le procedure interne e nel monitoraggio dell'efficacia attuativa degli stessi, con valutazione *in itinere* finalizzata al miglioramento del processo, anche in relazione allo sviluppo delle diverse attività dei settori aziendali.

I Regolamenti in uso presso l'Azienda necessitano di un monitoraggio anche tecnico, che li mantenga adeguati oltre che alla mutata realtà aziendale - con specifico riferimento ai rinnovati atti aziendali ed al succedersi delle Direzioni Strategiche -, altresì alle novità normative che si sono susseguite. Il RPCT attualmente in carica, sin dalla nomina, occorsa nel 2022, ha proposto l'adozione di un regolamento che permetta di aggiornare costantemente l'analisi dei processi, responsabilizzando i referenti Aziendali nell'attuazione dello stesso.

### 2.3.4.6 *Misure adottate per fronteggiare i rischi*

#### *a) Attività libero professionale sanitaria*

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 280 del 06/03/2017, "[Regolamento per l'esercizio della libera professione dei dirigenti e dell'Area a pagamento](#)", l'Azienda ha recepito, adeguandolo alle proprie esigenze, il Regolamento Regionale n. 2/2016 in materia di ALPI, affidando la gestione ed il controllo sul rispetto dello stesso alla Unità Statistica ed Epidemiologia. Nel suddetto regolamento sono state indicate, altresì, le linee aziendali per le procedure di iscrizione in appositi elenchi dei dirigenti richiedenti, assoggettati ad autorizzazione.

Attraverso il regolamento sono state individuate con chiarezza le regole per la determinazione delle tariffe professionali, secondo una ripartizione oggettiva delle quote, la cui pubblicità è obbligatoria.

L'Unità Statistica ed Epidemiologia, congiuntamente alla Direzione Sanitaria, verifica - mediante indicatori - che l'attività sanitaria svolta in regime libero professionale, rispetti i limiti imposti dalla legge e dai contratti collettivi nazionali.

Con Deliberazione n. 1555 del 01.12.2015, l'Azienda aveva già adottato il "[Regolamento delle procedure delle convenzioni per consulenze esterne attive e passive](#)" così disciplinando anche l'attività sanitaria svolta in regime libero professionale occasionale, assoggettandola, pertanto, a delle procedure autorizzative al fine di evitare eventuali situazioni di evasione dal monitoraggio aziendale.

Inoltre, l'Azienda si avvale del [Centro Unico di Prenotazioni](#) e di un software centralizzato per le prenotazioni e le fatturazioni, utilizzabile direttamente anche da ambulatori e laboratori per la prestazioni rese in intramoenia in regime allargato e, cioè, rese fuori dalla sede aziendale, che contribuisce alla verifica incrociata dei dati.

L'Azienda, con Delibera del D.G. n. 386 del 4 agosto 2023 "[Nomina dell'Organismo di Promozione e Verifica \(O.P.V.\) sull'Attività Libero Professionale Intramuraria \(A.L.P.I.\)](#)" e successiva integrazione, Delibera del D.G. n. 934 del 25.09.2023, ha inteso inoltre dare applicazione agli ulteriori controlli già previsti nel Regolamento del 2017. Infatti, **l'Organismo Paritetico di Promozione e Verifica dell'ALPI** controlla e valuta i dati relativi all'attività libero professionale intramuraria ed i suoi effetti sull'organizzazione complessiva; controlla che l'attività libero professionale intramuraria si svolga in conformità alla legge, ai contratti collettivi e al regolamento aziendale; propone al Direttore Generale provvedimenti migliorativi o modificativi dell'organizzazione della libera professione intramuraria e del suo regolamento; si esprime sulle deroghe richieste dai dirigenti, al criterio di rotazione per l'impiego del personale di supporto all'attività libero professionale ed esprime parere preventivo al Direttore Generale in merito all'irrogazione di eventuali sanzioni, in attuazione dell'art. 6 delle "[Linee Guida sull'attività libero-professionale intramuraria del personale dipendente della Dirigenza Medica Veterinaria e del Ruolo Sanitario delle Aziende del S.S.R.](#)" (Reg. Regione Puglia n. 2/2016).

#### *b) Ricognizione fisica dei beni patrimoniali di proprietà dell'Azienda*

L'azienda nel corso del 2023 ha provveduto ad adottare, con [Delibera n. 416 del 26 aprile 2023](#), il nuovo "[Regolamento Inventario per la definizione dei criteri di classificazione, iscrizione e cancellazione dal libro cespiti, determinazione del valore, rivalutazione e ricognizione dei beni mobili azienda](#)", al fine di garantire la precisa ricognizione di beni mobili strumentali all'esercizio della attività istituzionale e l'aggiornamento delle modifiche che incidono sulla loro identificazione e condizione, che ha sostituito il precedente regolamento adottato con deliberazione n. 263 del 22.02.2016. E' stata, inoltre, introdotta modulistica

omogenea per avanzare proposta di [collocazione dei beni in stato di c.d. fuori uso](#) e per l'adozione del relativo [verbale di constatazione](#).

#### *c) Autorizzazione/concessione*

Per quanto concerne gli atti di concessione, ivi inclusi quello per il servizio di distribuzione generi di ristoro/conforto e quello del servizio Bar, sono soggetti a regolare procedura ad evidenza pubblica ed i relativi atti vengono pubblicati sul portale aziendale della trasparenza, nella sottosezione "[Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici](#)" in quella "[Bandi di gara e contratti](#)" e sull'[Albo Pretorio](#), al fine di garantire la massima trasparenza.

Gli atti autorizzativi riguardano in via assolutamente prevalente l'indizione di gare ad evidenza pubblica e la conduzione dello studi clinici, tutti regolarmente pubblicati sul sito istituzionale. Si ricorda che l'Azienda, con [Delibera del Direttore Generale n. 250 del 21 marzo 2023](#), ha provveduto a modificare il "[Regolamento per la conduzione degli studi clinici sperimentali e osservazionali e degli studi su materiale biologico umano in vitro](#)", approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 847 del 30/06/2011 e successivamente modificato, agli artt. 4 e 16, con deliberazione del Direttore Generale n. 837 del 29/06/2012.

#### *d) Contratti pubblici; Concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi; Concorsi e prove selettive: ulteriori misure adottate*

L'Azienda, al fine di velocizzare il processo decisionale e di garantire le comunicazioni in tempo reale in modalità sincrona, nonché per implementare la digitalizzazione e la semplificazione dell'attività amministrativa, ha approvato ed adottato il "[Regolamento disciplinante le riunioni di organi collegiali, commissioni di gara e/o giudicatrici, commissioni di concorso, organismi e comitati aziendali comunque denominati, nonché dei gruppi di lavoro, in modalità telematica](#)", giusta [Delibera del Direttore Generale n. 872 del 12 settembre 2023](#).

### **2.3.4.7 Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure**

#### **a) Misure generali**

**a.1) Sperimentazioni cliniche:** La Determina n. 12/2015 dell'ANAC indica la gestione delle Sperimentazioni cliniche quale area ad alto rischio corruttivo, sollecitando le PP.AA. all'adozione di soluzioni idonee sia nell'iter amministrativo che nella ripartizione dei proventi conseguenti all'attività.

L'Azienda, già con le Deliberazioni n. 847 del 30/06/2011 e n. 837 del 29/06/2012, adottando il "[Regolamento per la conduzione degli studi clinici sperimentali e osservazionali e degli studi di materiale biologico umano in vitro](#)", aveva superato qualsiasi criticità, stabilendo un nuovo sistema di ripartizione attraverso la creazione di "Fondi divisionali" delle Unità operative sanitarie che svolgono gli studi, finalizzati ad un reinvestimento produttivo all'interno delle procedure di studi e sperimentazioni cliniche e, con ciò, legandoli alla struttura sanitaria che opera in tali attività.

A seguito dello studio di aggiornamento intrapreso, con la Delibera n. 250 del 21.03.2023, è stata adottata la modifica al "[Regolamento per la conduzione degli studi clinici sperimentali ed osservazionali e degli studi su materiale biologico in vitro](#)", che ha integrato la gestione del Comitato etico,

procedimentando l'iter amministrativo ed adeguando la gestione contabile-finanziaria alle novelle normative di settore, attualmente l'Azienda sta monitorando l'efficacia attuativa in *itinere*.

**a.2) Donazioni, comodato d'uso e la valutazione di prova/visione:** l'Azienda sostiene la propria attività produttiva anche attraverso le Donazioni e rapporti contrattuali di comodato d'uso gratuito e valutazione in prova di beni, per questo, ha inteso aggiornare ed integrare le precedenti previsioni interne adottando, con Delibera n. 1477 del 14.12.2021, il "[Regolamento per l'accettazione di donazioni e per l'acquisizione dei beni in comodato d'uso gratuito e in prova/visione](#)", entrato di fatto in vigore nel corso del 2022. Sullo stesso attualmente è in corso un monitoraggio valutativo *in itinere*.

**a.3) Codice di comportamento del Personale (dipendenti, collaboratori, consulenti, etc.):** l'Azienda ha adottato il [Codice di Comportamento](#), previo parere positivo dell'OIV, con Delibera del Direttore Generale n. 282 del 15.02.2019, in sostituzione del precedente.

Presso l'Azienda è, altresì, in vigore il **Codice Disciplinare** adottato con Deliberazione n. 1578 dell'11/11/2016. Come noto, tuttavia, sono state introdotte **modifiche** al D.Lgs 165/2001, con il [D.L. 75/2003](#), recante "*Disposizioni urgenti in materia di organizzazione delle pubbliche amministrazioni, di agricoltura, di sport, di lavoro e per l'organizzazione del Giubileo della Chiesa cattolica per l'anno 2025*" (GU n.190 del 16.8.2023 ), articoli da 1 a 28 *septies*. Per questo l'Azienda è in procinto di avviare uno studio per la modifica/adequamento alle previsioni normative.

**a.4) Formazione:** su proposta del RPCT, con il supporto dell'Ufficio Formazione, l'Azienda ha previsto di implementare, a partire dall'anno 2023, il programma formativo, finalizzandolo anche a rafforzare i valori etici e a promuovere la conoscenza dei principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati, a cui farà seguito la cd. Formazione differenziata, di maggiore approfondimento, rivolta alle figure maggiormente a rischio.

Con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, lo Stato italiano si è impegnato a riformare il quadro legislativo in materia di appalti pubblici e concessioni. Con il D.lgs. 31 marzo 2023, n. 36, è stato adottato il c.d. [Nuovo Codice dei Contratti Pubblici](#), che ha sostituito il D.lgs 50/2016 a partire dal 1 luglio 2023. Vista la necessità per le pubbliche amministrazioni di applicare il nuovo codice per le procedure indette a partire dal primo luglio 2023 e comunque di sensibilizzare il personale a riguardo, la formazione sarà anche sul punto implementata.

Nel corso del triennio 2024-2026 il personale sarà ulteriormente orientato all'utilizzo delle risorse, anche gratuite messe a disposizione dei dipendenti pubblici (Es. [Syllabus](#), portale per la formazione etc), per sviluppare le competenze necessarie ad affrontare le sfide dell'innovazione, a partire da quella digitale, secondo la [Direttiva sulla formazione](#) del Ministro per la pubblica amministrazione.

## **b) Misure specifiche**

L'idoneità e l'attuazione delle misure è monitorata, in ogni caso, mediante l'analisi dei seguenti documenti:

- rendicontazione annuale degli obiettivi di performance correlati alla prevenzione del rischio corruttivo;
- contenuti delle istanze di accesso documentale e civico;
- reclami e segnalazioni trasmesse dall'Ufficio Relazioni col Pubblico;
- sentenze di condanna;
- contestazioni disciplinari anonimizzate.

Il RPCT ha, inoltre, il compito di vigilare, congiuntamente ai Direttori/ Responsabili, sull'adempimento da parte dell'Azienda degli obblighi di pubblicazione.

Ai sensi dell'art. 14, c. 4, lettera g) del D.Lgs. 150/2009 all'OIV spetta il compito di promuovere e attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed all'integrità. I risultati dei controlli confluiscono nelle attestazioni che l'OIV deve presentare ai vertici dell'Azienda sulla base di appositi modelli forniti dall'ANAC sull'assolvimento di specifiche categorie di obblighi di pubblicazione. Le [attestazioni dell'OIV](#) vengono pubblicate nella sezione "Amministrazione Trasparenza - Controlli e rilievi sull'amministrazione - Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe - Attestazione OIV o struttura analoga".

### **2.3.4.8 Programmazione dell'attuazione della trasparenza**

#### **a) Sito della trasparenza e griglia di rilevazione**

Il [sito della trasparenza](#) aziendale è accessibile attraverso la pagina principale del portale.

L'O.I.V. effettua i controlli richiesti dall'ANAC, con il prescritto monitoraggio dell'adempimento degli oneri della trasparenza, attraverso la [Griglia di rilevazione](#). Per ogni obbligo inserito nella Griglia di rilevazione deve essere verificata l'avvenuta pubblicazione dei dati e delle informazioni previste dalla normativa.

#### **b) Criteri di pubblicazione e di aggiornamento dei dati inseriti**

- [Implementazione del portale "Amministrazione Trasparente"](#): il [sito web aziendale](#) è progressivamente migliorato nell'architettura informativa, in attuazione degli obblighi legislativi e delle indicazioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione ed implementato sulla base dei contenuti previsti dal D. Lgs. n. 33/2013, in modo da rispondere al meglio ai bisogni informativi dell'utenza e rendere le informazioni più complete, comprensibili e facilmente accessibili.

In ogni caso, le informazioni e i documenti messi a disposizione dei cittadini, per garantire [la trasparenza dell'azione amministrativa](#), sono raggruppati ai sensi di legge, per categoria.

L'[Albo Pretorio telematico](#), in particolare, garantisce la trasparenza per la pubblicazione tempestiva degli Atti Deliberativi e delle Determinazioni Dirigenziali, favorendo anche il processo di dematerializzazione dei documenti. Nella pubblicazione dei documenti sull'Albo Pretorio sono rispettati i principi di riservatezza e di non eccedenza delle informazioni pubblicate e i documenti stessi restano accessibili per il tempo necessario ad ottemperare il rispetto dei termini stabiliti dal Decreto Legislativo n. 33/2013.

**Ogni Struttura Organizzativa dell'Azienda ha individuato uno o più Referenti interni** ai quali il Responsabile Aziendale della Trasparenza potrà rivolgersi per la verifica in merito alla pubblicazione dei documenti e per ottenere dati, informazioni e aggiornamenti sugli stessi. Il processo di individuazione dei suddetti Referenti interni da parte delle Strutture Organizzative coinvolte sarà aggiornato qualora intervenissero modifiche nell'organizzazione nel corso del triennio o per altre esigenze sopravvenute.

Restano in capo a ciascuna articolazione aziendale le responsabilità in ordine alla gestione/trasmissione/verifica dei dati e dei documenti relativi ai procedimenti di rispettiva

competenza, i compiti di individuare il nominativo del funzionario responsabile, le tipologie di controllo da effettuare e la predisposizione dei moduli per la redazione delle dichiarazioni sostitutive – ove non diversamente previsto e/o disciplinato dall'RPCT- anche ai fini della pubblicazione di tali informazioni sul Portale della Trasparenza secondo quanto previsto dall'art. 35, commi 1 e 2, del D. Lgs. n. 33/2013.

Inoltre, l'Azienda pubblica e aggiorna tempestivamente sul proprio sito web istituzionale, nella sezione "**Amministrazione trasparente**", sotto-sezione di primo livello "**[Bandi di gara e contratti](#)**", le informazioni, indicate dalla legge, relative ai procedimenti di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi ed, altresì, provvede alla pubblicazione mediante invio alla BDNCP secondo quanto previsto dalle disposizioni del nuovo Codice in materia di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti di cui agli artt. 19 e ssgg e dalle delibere ANAC nn. n. 261/2023 e n. 264/2023 (e relativo Allegato 1) e successivi aggiornamenti. In aggiunta ai contenuti minimi previsti dalla normativa vigente, l'Azienda pubblica, nella sezione "**[Altri contenuti - Dati ulteriori](#)**" **anche dati aziendali integrativi** e tale sezione sarà ulteriormente alimentata in relazione al specifiche esigenze od valutazioni di opportunità.

- **[Sistemi informatizzati di gestione dei flussi documentali e di redazione degli atti](#)** : l'Azienda utilizza a regime gli applicativi regionali integrati che supportano la pianificazione e il controllo a livello territoriale del Servizio Sanitario Regionale pugliese. I **[sistemi informativi sanitari](#)** soddisfano gli obblighi informativi nei confronti delle Amministrazioni Centrali, delle strutture pubbliche e private del SSR nonché del personale convenzionato, ex art. **[art. 39 della L.R. n. 4/2010](#)**.

Per informazioni specifiche sul sistema informativo sanitario regionale **[Edotto](#)**, si rimanda al **[sito della Regione Puglia](#)**.

Le implementazioni degli strumenti informativi assicurano ed assicureranno sempre maggiore trasparenza nell'ambito dei procedimenti amministrativi, garantendo anche il tracciamento costante degli atti prodotti. Tali strumenti costituiscono anche i mezzi idonei alla corretta attuazione dei principi di semplificazione ed efficienza nell'uso delle risorse a disposizione.

### ***c) Formato utile alla pubblicazione dei dati***

L'open Government è la risposta alla crisi che i sistemi pubblici di tutto il mondo affrontano da diversi anni, iniziata come crisi economica e diventata, in pochi anni, soprattutto crisi della fiducia. Una reale politica orientata all'Open Government prevede di mettere a disposizione del cittadino e della comunità economica e sociale i dati in possesso della pubblica amministrazione, per attuare i principi di trasparenza, partecipazione e collaborazione.

Nell'Art. 1 del **[Codice dell'Amministrazione Digitale](#)** (CAD), D.lgs. n. 82/2005, modificato dal D. Lgs. 217/2017, viene sancito che i dati si intendono open se:

- a) sono disponibili secondo i termini di una **licenza che ne permetta l'utilizzo** da parte di chiunque, anche per finalità commerciali, in formato disaggregato;
- b) sono accessibili attraverso le tecnologie dell'informazione e della comunicazione, [...] sono adatti all'**utilizzo automatico** da parte di programmi per elaboratori e sono provvisti dei relativi metadati (una serie di **istruzioni e descrizioni** che aiutano a leggere e ad interpretare correttamente i dati).

Rispetto ai formati per i dati governativi aperti è pratica comune, a livello internazionale, fare riferimento alla **scala a cinque stelle di Tim Berners-Lee** che valuta la qualità dei formati utilizzati:

- **Una stella** - Il dato è disponibile sul web (in qualsiasi formato come Word o PDF), ma rilasciato con una licenza aperta affinché possa essere considerato open;
- **Due stelle** - Il dato è disponibile in un formato strutturato che può essere interpretato da un software (ad esempio un foglio di calcolo Microsoft Excel);
- **Tre stelle** - Il dato è in un formato strutturato, come per il livello a due stelle però questo formato non è proprietario, ma è a sua volta libero e standardizzato (ad esempio un file in formato CSV);
- **Quattro stelle** - Oltre a rispettare tutti i criteri precedenti, il dato fa uso di standard aperti (come RDF e SPARQL) per identificare le informazioni che possano essere identificate in maniera puntuale o aggregata attraverso una URI, cioè un link univoco che punta direttamente alla risorsa;
- **Cinque stelle** - Il dato rispetta tutti gli altri criteri e inoltre contiene collegamenti ad altri dati al fine di fornire un contesto alle proprie informazioni. In questo caso si può effettivamente parlare di Linked Open Data.

#### d) *Open source utilizzati*

L'Azienda utilizza la [piattaforma ALAC - Allerta Anticorruzione](#), messa a disposizione da Transparency, ed utilizzata dall'AOU Policlinico di Bari in materia di [whistleblowing](#).

A livello regionale i FLOSS (Free/Libre/Open Source Software) sono il primo e principale strumento con cui [InnovaPuglia S.p.a.](#), società in house sotto il controllo della Regione Puglia a supporto delle PP.AA. territoriali, attua quanto previsto dalla **Legge Regionale n. 20/2012** "*Norme sul software libero, accessibilità di dati e documenti e hardware documentato*" pubblicata sul BURP n. 109 del 24 luglio 2012. L'art. 8 comma 2 della legge stabilisce che: "*La Pubblica Amministrazione regionale pubblica e distribuisce come software libero ogni software sviluppato direttamente o per proprio conto, che dovrà essere esaustivamente documentato, curandone adeguatamente la divulgazione attraverso strumenti di pubblicazione diffusamente utilizzati in ambito nazionale o internazionale o predisponendone di appositi secondo il modello delle migliori pratiche adottate in materia*".

#### e) *Tipologie di accesso: civico e documentale*

L'Azienda ospedaliera, su proposta dell'RPCT, ha adottato, con Deliberazione Aziendale n. 146 del 02/04/2021, il "[Regolamento per l'esercizio dei diritti di accesso civico e documentale](#)".

L'ordinamento giuridico ha previsto tre distinti istituti finalizzati a dare attuazione al principio di trasparenza:

- **l'accesso documentale**: il tradizionale accesso agli atti, previsto dall'art. 22 della [Legge n.241/1990](#), che permette di richiedere documenti, dati e informazioni detenuti da una Pubblica Amministrazione riguardanti attività di pubblico interesse, purché il soggetto richiedente abbia un interesse diretto, concreto e attuale rispetto al documento stesso e, cioè, deve essere portatore di un interesse legittimo o di un diritto soggettivo. La richiesta va presentata alla Pubblica Amministrazione (PA) che detiene il documento e deve essere regolarmente motivata. L'Azienda decide entro 30 giorni (fatti salvi eventuali ricorsi), trascorsi i quali la richiesta si intende respinta. Può essere effettuato utilizzando l'apposito [modello](#) presente sul sito web istituzionale;



- **l'accesso civico "semplice"** o accesso civico, previsto dall'[art. 5, comma 1, D.lgs n.33/2013](#) e s.m.i: non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente. L'istanza di accesso civico identifica i dati, le informazioni o i documenti richiesti e NON richiede motivazione. Consente a chiunque di richiedere all'Azienda documenti, informazioni e dati per cui sia stato previsto l'obbligo della pubblicazione, che risulta omessa;
- **l'accesso civico "generalizzato"** o accesso generalizzato, previsto dall'[art. 5, comma 2, D.lgs n.33/2013](#) e s.m.i, che consiste nel diritto di chiunque: *"di accedere ai dati, ai documenti e alle informazioni detenuti dall'Azienda, ulteriori rispetto a quelli sottoposti a pubblicazione obbligatoria, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti"* (FOIA, Freedom of Information Act), salvo motivato diniego della P.A. in caso di pregiudizio concreto agli interessi pubblici o privati *ex art. 5 bis, D.lgs n. 33/2013*.

Fatti salvi i casi di pubblicazione obbligatoria, l'Azienda ospedaliera individua gli eventuali sogetti controinteressati ai quali comunica l'avvenuta richiesta di accesso civico. Entro 10 giorni dalla ricezione di tale comunicazione, i controinteressati possono presentare una motivata opposizione alla richiesta di accesso. Decorso tale periodo, l'amministrazione provvede sulla richiesta, accertata la ricezione della comunicazione. Il procedimento di accesso civico deve concludersi con provvedimento espresso e motivato nel termine di 30 giorni dalla presentazione dell'istanza con la comunicazione al richiedente e agli eventuali controinteressati.

Il rifiuto, il differimento e la limitazione dell'accesso devono essere motivati con riferimento ai casi e ai limiti stabiliti dall'art. 5-bis, D.lgs n. 33/2013.

Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso civico o di mancata risposta entro 30 giorni, ex art. 26 del "[Regolamento per l'esercizio dei diritti di accesso civico e documentale](#)", il richiedente può presentare richiesta di riesame al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, che decide con provvedimento motivato entro il termine di 20 giorni, ferma restando la "[Responsabilità derivante dalla violazione delle disposizioni in materia di obblighi di pubblicazione e di accesso civico](#)" di cui all'art. 46, D.lgs n. 33/2013.

In caso di inerzia da parte dell'RPCT o del titolare del potere sostitutivo, ai fini della tutela del proprio diritto, di accesso ai documenti amministrativi e per la tutela del diritto di accesso civico connessa all'inadempimento degli obblighi di trasparenza, l'interessato può proporre ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale ex art. 11g, D.Lgs n. 104/2010.

L'ufficio preposto alla ricezione della richieste di accesso, sia documentale che civico, è l'[Ufficio Relazioni con il Pubblico](#). Ciascun interessato potrà avanzare richiesta formale, a seconda della tipologia di accesso richiesto, presentando la domanda presso l'U.R.P. su carta semplice oppure a mezzo PEC all'indirizzo di [posta elettronica certificata](#) indicato sul sito istituzionale dell'Azienda Ospedaliera. Lo stesso U.R.P., ai sensi dell'art. 6, comma 6 del DPR 184/2006, smisterà l'istanza al Direttore ovvero al Dirigente (responsabile unico del procedimento - R.U.P.) competente, il quale può affidare ad altro dipendente l'attività istruttoria ed ogni altro adempimento inerente il procedimento, mantenendone comunque la responsabilità.

L'accesso civico, inoltre, potrà essere richiesto alternativamente:

- all'[Ufficio Relazioni con il Pubblico](#);
- all'Ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti (vedi [organizzazione aziendale](#));
- al [Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza](#), ove l'istanza abbia a oggetto dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del

presente decreto, agli indirizzi di posta elettronica certificata aziendali, così come indicati sul portale della trasparenza.

I [Report degli accessi](#) (documentale, civico semplice e generalizzato), così come risultanti dal relativo Registro, sono pubblicati dal Responsabile della pubblicazione, nel rispetto delle norme vigenti in tema di privacy, ogni tre mesi nella sezione dedicata del sito aziendale.

Il **rilascio di dati o documenti in formato elettronico o cartaceo è gratuito**, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato dall'amministrazione per la riproduzione su supporti materiali.

La Direzione strategica dell'Azienda, nelle more di una rivisitazione complessiva e dell'aggiornamento del regolamento aziendale, con [nota prot. n. 1607 del 01/01/2023](#) presente sul sito aziendale in "Amministrazione Trasparente", ha fornito chiarimenti ed indicazioni operative sull'esercizio del diritto di accesso, anche in relazione ai costi effettivi di riproduzione e copia documentale, per tutti gli uffici e le UU.OO.

Eventuali approfondimenti sono reperibili sul sito governativo: "[Una raccolta di risposte utili a dubbi e domande su procedure, normativa e applicazione del FOIA](#)".

#### ***f) I Regolamenti aziendali***

Nel contesto della organizzazione aziendale sono stati adottati numerosi regolamenti, soggetti a monitoraggio e modifica, in conformità all'evoluzione normativa ed all'organizzazione aziendale. Oltre che sull'[Albo Pretorio](#) Aziendale, i Regolamenti sono presenti nel sito istituzionale nell'apposita sezione della Trasparenza denominata "[Regolamenti](#)", a sua volta divisa nelle sotto-sezioni: "[Regolamenti organizzativi](#)", "[Regolamenti relativi a Gestione del Personale](#)" e "[Regolamenti-Procedure in ambito sanitario](#)".

### **3. SEZIONE - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO**

#### ***3.1 Struttura Organizzativa e Programmazione***

##### ***3.1.1 Organigramma e struttura organizzativa***

###### **NUMERO DEI DIPENDENTI IN SERVIZIO**

Numero di [unità di personale dipendente](#) di cui è composta l'amministrazione al 31 dicembre 2023: **4225**

di cui:

- dirigenti o equiparati: 951
- non dirigenti o equiparati: 3274

CONTRATTO	DI RUOLO	RUOLO	DESCRIZIONE FIGURA	Totale
COMPARTO	NO	AMMINISTRATIVO	Coadiutore amministrativo	1
COMPARTO	NO	TECNICO	Autista di Ambulanza	2
COMPARTO	NO	TECNICO	Collaboratore tecnico professionale	2
COMPARTO	NO	TECNICO	Operatore tecnico	1
COMPARTO	NO	TECNICO	Operatore Tecnico Specializzato Autista di Ambulanza	2
COMPARTO	NO	SANITARIO NON MEDICO	Infermiere	7
COMPARTO	NO	SANITARIO NON MEDICO	Ortottista	1
COMPARTO	NO	SANITARIO NON MEDICO	Ostetrica	1
COMPARTO	SI	AMMINISTRATIVO	Assistente amministrativo	97
COMPARTO	SI	AMMINISTRATIVO	Coadiutore amministrativo	72
COMPARTO	SI	AMMINISTRATIVO	Coadiutore amministrativo senior	29
COMPARTO	SI	AMMINISTRATIVO	Collaboratore amministrativo professionale	82
COMPARTO	SI	AMMINISTRATIVO	Collaboratore Amministrativo Professionale Senior	1
COMPARTO	SI	AMMINISTRATIVO	Commesso	52
COMPARTO	SI	TECNICO	Assistente informatico	4
COMPARTO	SI	TECNICO	Assistente tecnico	16
COMPARTO	SI	TECNICO	Ausiliario Specializzato	90
COMPARTO	SI	TECNICO	Collaboratore tecnico professionale	20
COMPARTO	SI	TECNICO	Operatore tecnico	31
COMPARTO	SI	TECNICO	Operatore Tecnico addetto Assistenza	2
COMPARTO	SI	TECNICO	Operatore tecnico specializzato	44
COMPARTO	SI	TECNICO	Operatore Tecnico Specializzato Senior	8
COMPARTO	SI	TECNICO	Operatore Tecnico Specializzato Senior Addetto ai Servizi Informatici	3
COMPARTO	SI	TECNICO	Operatore Tecnico Specializzato Senior Autista di ambulanza	3
COMPARTO	SI	SOCIOSANITARIO	Assistente sociale	5
COMPARTO	SI	SOCIOSANITARIO	Operatore socio sanitario	487
COMPARTO	SI	PROFESSIONALE	Assistente Religioso	2
COMPARTO	SI	PROFESSIONALE	Specialista della comunicazione istituzionale	1
COMPARTO	SI	PROFESSIONALE	Specialista nei rapporti con i media - giornalista pubblico	1
COMPARTO	SI	SANITARIO NON MEDICO	Assistente sanitario	10
COMPARTO	SI	SANITARIO NON MEDICO	Collaboratore Professionale Sanitario Senior Infermiere	30
COMPARTO	SI	SANITARIO NON MEDICO	Collaboratore Professionale Sanitario Senior Infermiere Pediatrico	1
COMPARTO	SI	SANITARIO NON MEDICO	Collaboratore Professionale Sanitario Senior Ostetrica	1
COMPARTO	SI	SANITARIO NON MEDICO	Collaboratore Professionale Sanitario Senior Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascol.	1
COMPARTO	SI	SANITARIO NON MEDICO	Collaboratore Professionale Sanitario Senior Tecnico di Laboratorio Biomedico	1
COMPARTO	SI	SANITARIO NON MEDICO	Dietista	7
COMPARTO	SI	SANITARIO NON MEDICO	Fisioterapista	39
COMPARTO	SI	SANITARIO NON MEDICO	Igienista dentale	1
COMPARTO	SI	SANITARIO NON MEDICO	Infermiere	1778
COMPARTO	SI	SANITARIO NON MEDICO	Infermiere pediatrico	6
COMPARTO	SI	SANITARIO NON MEDICO	Logopedista	9
COMPARTO	SI	SANITARIO NON MEDICO	Massaggiatore non vedente	1
COMPARTO	SI	SANITARIO NON MEDICO	Ortottista	7
COMPARTO	SI	SANITARIO NON MEDICO	Ostetrica	45
COMPARTO	SI	SANITARIO NON MEDICO	Puericultrice Senior	9
COMPARTO	SI	SANITARIO NON MEDICO	Tecnico Audiometrista	4
COMPARTO	SI	SANITARIO NON MEDICO	Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e della perfusione cardiovascolare	14
COMPARTO	SI	SANITARIO NON MEDICO	Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	2
COMPARTO	SI	SANITARIO NON MEDICO	Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	129
COMPARTO	SI	SANITARIO NON MEDICO	Tecnico sanitario di neurofisiopatologia	7
COMPARTO	SI	SANITARIO NON MEDICO	Tecnico sanitario di radiologia medica	95
DIRIGENZA NON MEDICA	NO	AMMINISTRATIVO	Dirigente Amministrativo	5
DIRIGENZA NON MEDICA	NO	PROFESSIONALE	Dirigente Avvocato	1
DIRIGENZA NON MEDICA	NO	SANITARIO NON MEDICO	Dirigente Biologo	1
DIRIGENZA NON MEDICA	NO	SANITARIO NON MEDICO	Dirigente delle Professioni Sanitarie Inferm./Ostet.	3
DIRIGENZA NON MEDICA	SI	AMMINISTRATIVO	Dirigente Amministrativo	10
DIRIGENZA NON MEDICA	SI	TECNICO	Dirigente Analista	2
DIRIGENZA NON MEDICA	SI	PROFESSIONALE	Dirigente Avvocato	2
DIRIGENZA NON MEDICA	SI	PROFESSIONALE	Dirigente Ingegnere	2
DIRIGENZA NON MEDICA	SI	SANITARIO NON MEDICO	Dirigente Biologo	48
DIRIGENZA NON MEDICA	SI	SANITARIO NON MEDICO	Dirigente delle Professioni Sanitarie Inferm./Ostet.	1
DIRIGENZA NON MEDICA	SI	SANITARIO NON MEDICO	Dirigente Farmacista	16
DIRIGENZA NON MEDICA	SI	SANITARIO NON MEDICO	Dirigente Fisico	5
DIRIGENZA NON MEDICA	SI	SANITARIO NON MEDICO	Dirigente Sanitario Psicologo	16
DIREGENZA MEDICA	NO	SANITARIO MEDICO	Dirigente Medico	30
DIREGENZA MEDICA	SI	SANITARIO MEDICO	Dirigente Medico	808
<b>Totale complessivo</b>				<b>4214</b>

LIVELLI DI RESPONSABILITÀ ORGANIZZATIVA (ART. 6 TER, CO.1, D.LGS 165/2001):

CENTRO DI RESPONSABILITA'	% personale
ANATOMIA PATOLOGICA UNIVERSITARIA	1,021%
ANESTESIA E RIANIMAZIONE 1° UNIVERSITARIA	1,265%
ANESTESIA E RIANIMAZIONE 2° UNIVERSITARIA	3,240%
ANESTESIA OSPEDALIERA	0,999%
AREA GESTIONE PATRIMONIO	1,021%
AREA GESTIONE PERSONALE	1,154%
AREA GESTIONE RISORSE FINANZ.	0,510%
AREA GESTIONE TECNICA	0,888%
BLOCCO OPERATORIO "B"	0,222%
BLOCCO OPERATORIO "D"	0,355%
BLOCCO OPERATORIO "E"	0,466%
BLOCCO OPERATORIO "G"	0,067%
BLOCCO OPERATORIO "H"	0,510%
BLOCCO OPERATORIO "I"	0,555%
BLOCCO OPERATORIO "M"	0,022%
BLOCCO OPERATORIO "N"	1,642%
BLOCCO OPERATORIO "O"	0,888%
CARDIOCHIRURGIA UNIVERSITARIA	1,598%
CARDIOLOGIA OSPEDALIERA	1,687%
CARDIOLOGIA UNIVERSITARIA	1,775%
CENTRO REG. TRAPIANTI	0,044%
CHIRURGIA GENERALE OSPEDALIERA	0,688%
CHIRURGIA GENERALE UNIVERSITARIA "BONOMO"	1,110%
CHIRURGIA GENERALE UNIVERSITARIA "MARINACCIO"	1,176%
CHIRURGIA GENERALE UNIVERSITARIA "RUBINO"	0,289%
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE UNIV.	0,111%
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA UNIVERSITARIA CON ANNESSO CENTRO USTIONI	0,932%
CHIRURGIA TORACICA UNIVERSITARIA	0,799%
CHIRURGIA VASCOLARE UNIVERSITARIA	0,666%
COSTI COMUNI AZIENDA	0,333%
DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA UNIVERSITARIA	0,666%
DIREZIONE SANITARIA	2,064%
EMATOLOGIA UNIVERSITARIA CON ANNESSO CENTRO TRAPIANTI	1,753%
EMERGENZA SANITARIA 118	0,932%
ENDOCRINOLOGIA UNIVERSITARIA	1,065%
FARMACIA	1,176%
G23 ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1,087%
G23 CARDIOCHIRURGIA	0,022%
G23 CARDIOLOGIA	0,599%
G23 CHIRURGIA PEDIATRICA OSPEDALIERA	0,755%
G23 CHIRURGIA PEDIATRICA OSPEDALIERA AD INDIRIZZO UROLOGICO	0,355%
G23 COSTI COMUNI	0,289%
G23 DIREZIONE MEDICA PRESIDIO	0,466%
G23 MALATTIE INFETTIVE OSPEDALIERA	0,799%
G23 MALATTIE METABOLICHE E GENETICHE	0,644%
G23 NEUROLOGIA PEDIATRICA OSPEDALIERA	0,577%
G23 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA OSPEDALIERA	0,755%
G23 PEDIATRIA OSPEDALIERA	0,755%
G23 PEDIATRIA UNIVERSITARIA "TRAMBUSTI"	0,732%
G23 U.O.S.D. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA PEDIATRICA	0,999%
G23 U.O.S.D. NEFROLOGIA E DIALISI PEDIATRICA	0,621%
G23 U.O.S.D. PATOLOGIA CLINICA OSPEDALIERA	0,599%
G23 U.O.S.D. PSICOLOGIA	0,133%
G23 U.O.S.D. RADIODIAGNOSTICA	0,621%
GASTROENTEROLOGIA UNIVERSITARIA	0,888%
GINECOLOGIA ED OSTETRICA UNIVERSITARIA 1°	1,287%
GINECOLOGIA ED OSTETRICA UNIVERSITARIA 2°	1,864%
IGIENE UNIVERSITARIA	0,799%
LABORATORIO DI GENETICA MEDICA UNIVERSITARIA	0,266%
MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO UNIVERSITARIA	1,154%
MALATTIE INFETTIVE UNIVERSITARIA	1,753%
MEDICINA DEL LAVORO UNIVERSITARIA	0,555%
MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE D'URGENZA	3,040%
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE UNIVERSITARIA + USU	1,598%
MEDICINA INTERNA OSPEDALIERA	0,222%
MEDICINA INTERNA UNIVERSITARIA "BACCELLI"	1,376%
MEDICINA INTERNA UNIVERSITARIA "FRUGONI" E GERIATRIA	1,620%
MEDICINA INTERNA UNIVERSITARIA "MURRI"	1,420%
MEDICINA LEGALE UNIVERSITARIA	0,399%
MEDICINA NUCLEARE UNIVERSITARIA	0,710%
MEDICINA TRASFUSIONALE OSPEDALIERA	1,243%
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA UNIVERSITARIA	0,932%
NEFROLOGIA UNIVERSITARIA	2,330%
NEONATOLOGIA UNIVERSITARIA	1,642%
NEUROCHIRURGIA UNIVERSITARIA	0,999%
NEUROFISIOPATOLOGIA UNIVERSITARIA	0,377%
NEUROLOGIA OSPEDALIERA	0,355%

CENTRO DI RESPONSABILITA'	% personale
NEUROLOGIA UNIVERSITARIA "AMADUCCI"	1,198%
NEUROLOGIA UNIVERSITARIA "PUCA"	0,843%
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE UNIVERSITARIA	0,710%
NEURORADIOLOGIA UNIVERSITARIA	0,644%
ODONTOIATRIA UNIVERSITARIA	0,621%
OFTALMOLOGIA UNIVERSITARIA	2,064%
ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA ONCOLOGICA PEDIATRICA OSPEDALIERA	0,843%
ONCOLOGIA UNIVERSITARIA	0,621%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1,664%
OTORINOLARINGOIATRIA UNIVERSITARIA	1,553%
PATOLOGIA CLINICA OSPEDALIERA	1,221%
PATOLOGIA CLINICA UNIVERSITARIA	0,644%
PEDIATRIA UNIVERSITARIA "TRAMBUSTI" - U.O.S. FIBROSI CISTICA	0,510%
POLIAMBULATORIO CHIRURGICO	0,821%
PREVENZIONE E PROTEZ. RISCHI PROF.	0,089%
PSICHIATRIA UNIVERSITARIA	1,398%
RADIOLOGIA UNIVERSITARIA	2,197%
REUMATOLOGIA UNIVERSITARIA	0,888%
SCUOLA MEDICINA	0,022%
SERVIZIO SISTEMI INFORMATIVI	0,355%
STRUTTURA BUROCRATICO LEGALE	0,200%
U.O.C. Direzione Medica di Presidio-Ospedaliero Policlinico	0,311%
U.O.S. AFFARI GENERALI	1,398%
U.O.S. FORMAZIONE	0,488%
U.O.S. RAPPORTI CON L'UNIVERSITA'	0,067%
U.O.S.D. ALLERGLOGIA	0,222%
U.O.S.D. CENTRO EMOSTASI E TROMBOSI (EMOFILIA)	0,311%
U.O.S.D. CENTRO USTIONI	0,444%
U.O.S.D. CHIRURGIA EPATO-BILIARE E CENTRO TRAPIANTI	0,555%
U.O.S.D. CHIRURGIA SENOLOGICA - BREST UNIT	0,044%
U.O.S.D. CHIRURGIA VERTEBRALE	0,533%
U.O.S.D. FISICA SANITARIA	0,200%
U.O.S.D. IPERTENSIONE ARTERIOSA	0,155%
U.O.S.D. MEDICINA D'URGENZA D'IPERTENSIONE E RISCHIO CARDIOVASCOLARE	0,155%
U.O.S.D. RADIOLOGIA AD INDIRIZZO SENOLOGICO	0,488%
U.O.S.D. RADIOTERAPIA	0,466%
U.O.S.D. TIPIZZAZIONE TISSUTALE	0,377%
UFFICIO RAPPORTI CON LA STAMPA	0,044%
UNITA' DI STATISTICA ED EPIDEMIOLOGIA	0,355%
UNITA' FACILITY MANAGER	1,087%
UNITA' OP. CONTROLLO DI GESTIONE	0,067%
UROLOGIA 1° UNIVERSITARIA	0,932%
UROLOGIA 2° UNIVERSITARIA	0,866%
Totale complessivo	100,00%

### 3.1.2 Piano per l'Uguaglianza di Genere (PUG): pari opportunità ed equilibrio di genere

*"Nelle sue azioni l'Unione mira ad eliminare le ineguaglianze, nonché a promuovere la parità, tra uomini e donne."*

(Articolo 8 del trattato sul funzionamento dell'Unione Europea)

Le Linee guida della Commissione Europea "Horizon Europe Guidance on Gender Equality Plans (GEPs)" del 29 settembre 2021, contenenti le indicazioni per l'elaborazione di Piani di Uguaglianza di Genere, hanno individuato gli obiettivi dell'Unione Europea in merito:

- porre fine alla violenza di genere
- combattere gli stereotipi sessisti
- colmare il divario di genere nel mercato del lavoro
- affrontare il problema del divario retributivo e pensionistico
- conseguire l'equilibrio di genere nei processi decisionali

La [strategia per la parità di genere 2020-2025](#) della UE ha evidenziato che:



in media, la retribuzione oraria delle donne nell'UE è inferiore a quella degli uomini del **16 %**



solo il **67 %** delle donne nell'UE ha un'occupazione, contro il **78 %** degli uomini



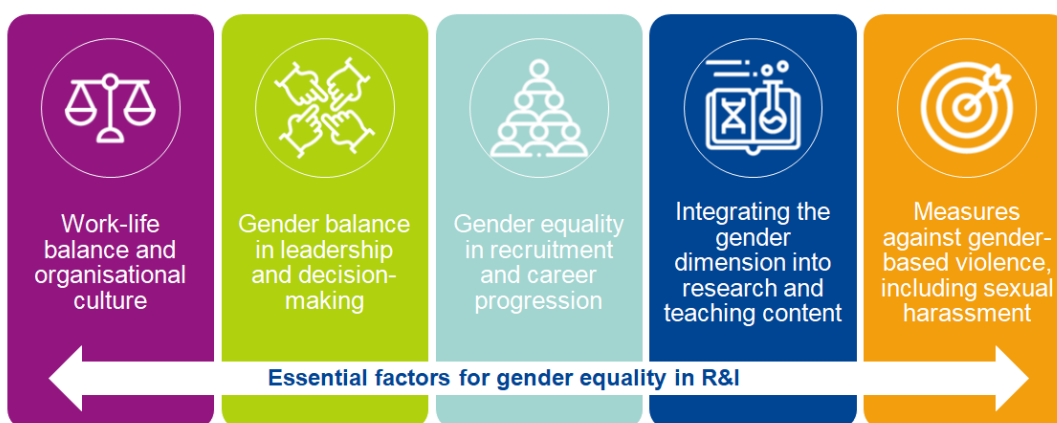
in media, le pensioni delle donne sono inferiori del **30,1 %** a quelle degli uomini



il **75 %** dell'assistenza e del lavoro domestico non retribuiti è svolto da donne

Per questo è necessario porre in essere tutte le azioni e gli interventi idonei a rimuovere gli ostacoli sociali e la discriminazione di genere, così come individuati dalla UE:

## Recommended GEP content areas



[How to prepare a successful proposal in Horizon Europe: Horizontal Aspects](#), presentation by Pepin, A., European Commission, 21 April 2021, Icons - © Flaticon

L'Unione Europea, tra l'altro, ha lanciato una campagna volta al superamento degli stereotipi di genere, radicati nella mente delle persone fin dall'infanzia:

[#EndGenderStereotypes](#)

### PARI OPPORTUNITA'

L'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari garantisce pari opportunità attraverso la definizione di obiettivi, azioni, tempi, risultati attesi e risorse disponibili necessarie per realizzare progetti mirati a riequilibrare eventuali situazioni di disegualità di condizioni e differenze di trattamento tra uomini e donne che lavorano all'interno di questa organizzazione.

La innanzi detta Azienda ha individuato le azioni positive che si propone di perseguire e realizzare per la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne e ad accrescere il livello di benessere individuale e collettivo dei lavoratori nell'ambito della propria attività.

Le azioni e gli obiettivi sono stati individuati grazie al contributo del Comitato Unico di Garanzia (CUG) istituito all'interno della Azienda Ospedaliero Universitaria Polilcinico di Bari con atto deliberativo n. 0110 del 31 gennaio 2017 così denominato : "Comitato Unico di Garanzia per le Pari

*Opportunità, la Valorizzazione del Benessere di chi Lavora e Contro le Discriminazioni"*, il cui regolamento è stato adottato con successivo atto deliberativo [n. 0732 del 30 maggio 2017](#).

Il CUG esplica le proprie attività nei confronti di tutto il personale, dirigente e del comparto e, come previsto dalla Legge n. 183/2010, unifica competenze dei Comitati per le Pari Opportunità e Paritetici sul Fenomeno del Mobbing, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi relativi al personale delle amministrazioni pubbliche o da altre disposizioni.

Le "[linee guida](#)" sulle sue modalità di funzionamento sono state adottate con direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione e del Ministro per le Pari Opportunità pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale in data 11 Giugno 2011.

Il CUG è un comitato paritetico, formato da componenti designati da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative ai sensi degli artt. 40 e 43 del Decreto Legislativo 165/2001 e da un pari numero di rappresentanti dell'Amministrazione, in modo da assicurare nel complesso un'eguale presenza di entrambi i generi. Il Comitato è presieduto da un membro nominato dal Direttore Generale.

In accordo con le linee guida ministeriali, il CUG si prefigge lo scopo di:

- Assicurare, nell'ambito del "lavoro", parità e pari opportunità di genere, rafforzando la tutela dei lavoratori e delle lavoratrici e garantendo l'assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica e di discriminazione, diretta e indiretta relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione ed alla lingua.
- Favorire l'ottimizzazione della produttività del lavoro, migliorando l'efficienza delle prestazioni lavorative, anche attraverso la realizzazione di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e di contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica nei confronti dei lavoratori e delle lavoratrici.
- Valorizzare le differenze, migliorare la qualità del lavoro, passa attraverso un cambiamento culturale che richiede un contributo di tutti i lavoratori e le lavoratrici dell'Azienda.

## **PIANO DELLE AZIONI POSITIVE**

L'art. 42 del d.lgs. 11 aprile 2006, n. 198, recante "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'art. 6 della legge 28 novembre 2005, n. 246", definisce le azioni positive come "misure volte alla rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la realizzazione di pari opportunità dirette a favorire l'occupazione femminile e realizzare l'uguaglianza sostanziale tra uomini e donne nel lavoro".

Le azioni positive sono misure temporanee speciali, che derogando al principio di uguaglianza formale a favore di quello dell'eguaglianza sostanziale, mirano a garantire la piena ed effettiva parità di opportunità tra uomini e donne. Sono misure "speciali" in quanto non generali, ma specifiche e ben definite, che intervengono in un determinato contesto per eliminare ogni forma di discriminazione, sia diretta che indiretta. Si possono altresì definire "temporanee", in quanto necessarie finché si rileva una disparità di trattamento tra uomini e donne.

Il Piano delle azioni positive mira ad attuare, all'interno dell'Azienda, gli obiettivi di parità e pari opportunità per garantire condizioni di benessere lavorativo anche al fine di prevenire e rimuovere qualunque forma di discriminazione. Si tratta, quindi, di un'importante risorsa per l'Azienda

Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari che, avvalendosi anche dell'attività propria del Comitato Unico di Garanzia, intende supportare il personale realizzando azioni migliorative volte a creare un clima di lavoro improntato alla collaborazione e al benessere.

Il Piano delle azioni positive si realizza come evoluzione della disciplina sulle pari opportunità, il cui quadro normativo di riferimento è riportato di seguito:

- Legge 10 aprile 1991, n. 125, recante "Azioni positive per la realizzazione della parità uomo donna nel lavoro";
- D.lgs. 11 aprile 2006, n. 198, recante "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'art. 6 della legge 28 novembre 2005, n. 246";
- Direttiva 23 maggio 2007 "Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche" emanata dal Ministero per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione con il Ministero per i diritti e le pari opportunità, richiamando la direttiva del Parlamento e del Consiglio Europeo 2006/54/CE;
- D.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, recante "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";
- D.lgs. 15 giugno 2015, n. 80, recante "Misure per la conciliazione delle esigenze di cura, vita e di lavoro in attuazione dell'art. 1, commi 8 e 9, della legge 10 dicembre 2014, n. 183";
- Risoluzione del Parlamento Europeo 13 settembre 2016 recante "Creazione di condizioni del mercato del lavoro favorevoli all'equilibrio tra vita privata e vita professionale".

Come si evince dal quadro normativo appena esposto, la tematica delle pari opportunità ha acquisito nel tempo un interesse crescente sia da parte degli addetti ai lavori, sia da parte dell'opinione pubblica e l'adozione di politiche di gestione e di sviluppo delle risorse da parte delle pubbliche amministrazioni rende realizzabile il miglioramento della qualità del lavoro e l'abbattimento degli ostacoli che ne impediscono la piena attuazione.

Progettare azioni mirate all'aumento del benessere psico-fisico significa agire sul miglioramento dell'equilibrio vita-lavoro con interventi che facilitano ai lavoratori e alle lavoratrici l'armonizzazione dei tempi quotidiani, sia di lavoro che di vita personale o familiare. Alcune ricerche, infatti, hanno evidenziato come l'applicazione di azioni volte al miglioramento dell'equilibrio vita-lavoro sia direttamente connessa al miglioramento delle performance aziendali e dell'attrattività del personale nella fase di recruitment, alla riduzione di assenze per malattie, alla fidelizzazione dei lavoratori, all'aumento della produttività, al miglioramento della motivazione e del benessere organizzativo, alla predisposizione dei lavoratori ad assumersi maggiori responsabilità e all'aumento del grado di fiducia e lealtà reciproca nei confronti dell'Azienda e dei membri dell'organizzazione.

## **LINEE GENERALI DI INTERVENTO**

Conformemente al quadro legislativo vigente, il Piano delle azioni positive ha un contenuto programmatico triennale, i cui obiettivi generali sono:

- a) garantire la valorizzazione delle risorse umane, l'accrescimento professionale dei dipendenti per assicurare il buon andamento, l'efficienza e l'efficacia dell'attività amministrativa, le pari opportunità nell'accesso al lavoro e nella formazione professionale;
- b) promuovere una migliore organizzazione del lavoro e del benessere organizzativo che favorisca l'equilibrio tra tempi di lavoro ed esigenze di vita privata, senza incidere sulla funzionalità degli uffici;



c) garantire la trasparenza dell'azione amministrativa, anche al fine di promuovere in tutte le articolazioni dell'Azienda e nel personale la cultura di genere e il rispetto del principio di non discriminazione, diretta e indiretta.

#### LINEE SPECIFICHE DI ATTIVITA'

L' Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari , sulla base delle suddette linee generali di intervento, si prefigge, tra i vari obiettivi , quello principale di favorire la conciliazione dei tempi vita-lavoro .

L'attenzione su questo tema rappresenta un'espressione dell'orientamento aziendale verso i collaboratori, affinché possano soddisfare la necessità di poter accordare i propri impegni sia familiari sia lavorativi. L'obiettivo non è esclusivamente quello di ottenere un equilibrio tra ore familiari e lavorative, ma di incrementare la possibilità del simultaneo impegno lavorativo e del soddisfacimento delle esigenze familiari. In tal senso si privilegeranno le iniziative che contribuiscono al superamento dell'apparente contrapposizione tra la dimensione familiare e quella lavorativa, per attivare, al contrario, un circolo virtuoso di benefici reciproci per la famiglia e per l'azienda. La conciliazione vita-lavoro, seppur riguardi ambedue i generi, nella nostra società, caratterizzata da un maggior carico di cure familiari per le donne, diventa uno strumento di promozione della parità di genere se riesce ad incidere su tale sbilanciamento, incidendo su una più equa distribuzione del lavoro di cura.

In tal senso e proprio al fine di consentire la piena realizzazione del predetto obiettivo l' Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari ha previsto [l'Istituzione dell'Asilo Nido Aziendale](#), giusta deliberazione n. 1290 del 28/12/2022: " *Approvazione dello schema di Protocollo d'Intesa, da sottoscrivere tra il Comune di Bari e l'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari e Ospedale Giovanni XXIII, per la realizzazione dell'asilo nido aziendale del Policlinico di Bari*".

A seguito del sopralluogo tecnico, tenutosi alla presenza degli assessori comunali Giuseppe Galasso e Paola Romano, accompagnati dal Direttore Generale del A.O.U. Policlinico di Bari, in data 04/09/2023, [si stima che i lavori termineranno entro il mese di febbraio 2024](#).

Inoltre, gli obiettivi che l'azienda si è prefissa sono i seguenti:

- Formazione/aggiornamenti intra ed extra aziendale dei componenti del CUG tramite la partecipazione a corsi, seminari, eventi su tutte le tematiche riguardante lo stesso Organismo.
- Acquisizione parere CUG sui Piani di Formazione
- Formazione/aggiornamento del personale dipendente sulle seguenti tematiche: a) conciliazione dei tempi di vita-lavoro; b) sul lavoro agile e smartworking, introdotto dalla Legge 81/2017 e s.m.i.; c) medicina di genere e sviluppo della cultura di genere; d) medicina al femminile e bilancio di genere e pari opportunità e linguaggio di genere nei documenti prodotti (atti, provvedimenti, etc.); f) contrasto alla violenza e stalking; g) protezione e riservatezza dei dati personali e sensibili in tema di violenza.

### 3.2 Organizzazione del Lavoro Agile (POLA)

Il [decreto legge 19 maggio 2020, n. 34](#) “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID- 19”, convertito con modificazioni con Legge 17 luglio 2020 n.77, e successive modifiche (decreto legge 22 aprile 2021, n. 52, convertito con modificazioni con la Legge 17 giugno 2021 n. 87) ha previsto l'obbligo per le pubbliche amministrazioni di redigere il **Piano organizzativo del lavoro agile (POLA)**, quale sezione del Piano della performance di cui all'articolo 10, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150.

Il POLA individua le modalità attuative del lavoro agile (o *smart working*) prevedendo, per le attività che possono essere svolte in modalità agile; inoltre è previsto che almeno il 15 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera, e definisce, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative. In caso di mancata adozione del POLA, il lavoro agile si applica almeno al 15 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano.

Con il decreto del Ministro per la pubblica amministrazione del 9 dicembre 2020 sono state adottate le “[Linee guida sul piano organizzativo del lavoro agile e indicatori di performance](#)” quale strumento di supporto alle amministrazioni pubbliche nel passaggio progressivo e graduale della modalità di lavoro agile dalla fase emergenziale a quella ordinaria, nelle quali il lavoro agile è configurato come una politica di change management, che incide su tutte le risorse (processi, persone e infrastrutture) necessarie per la creazione di valore pubblico. Rispetto alle risorse umane, il lavoro agile supera la tradizionale logica del controllo sulla prestazione, ponendosi quale patto fiduciario tra l'amministrazione e il lavoratore, basato sul principio guida “*FAR BUT CLOSE*”, che presuppone l'affermazione di una cultura organizzativa basata sui risultati, capace di generare autonomia e responsabilità nelle persone, di apprezzare risultati e merito di ciascuno.

### **3.2.1 Piano Organizzativo del Lavoro Agile e/o piani o documenti alternativi**

Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) si configura come lo strumento di programmazione del lavoro agile e delle sue modalità di attuazione e sviluppo, adottato in coerenza con le linee di indirizzo “[Linee guida sul Piano organizzativo del lavoro agile \(POLA\) e indicatori di performance](#)”, adottate dal Ministro per la pubblica amministrazione, con una valenza triennale e aggiornamenti annuali secondo una logica di scorrimento programmatico.

Il POLA individua le modalità attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, che almeno una percentuale dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera.

Il POLA definisce, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati. Sulla base di tali premesse è stato sviluppato il Piano Organizzativo del Lavoro Agile 2024-2026, anche finalizzato ai necessari processi di innovazione amministrativa da mettere in atto ai fini della programmazione e della gestione del lavoro agile.

Il documento rappresenta per l'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari uno strumento utile verso un cambiamento culturale all'interno dell'organizzazione.

I tre pilastri strategici sui quali si fonda il programma di attuazione del Lavoro Agile sono stati individuati nelle seguenti dimensioni:

- cultura organizzativa;
- tecnologie digitali;
- logica di "change management" ossia di gestione del cambiamento organizzativo per valorizzare al meglio le opportunità rese disponibili dalle nuove tecnologie;
- performance.

L'Azienda ha provveduto a dotarsi di un regolamento interno, adottato con delibera del D.G. n. 1318 del 22 ottobre 2020 per disciplinare in una prima fase caratterizzata dal contesto emergenziale, l'applicazione del nuovo modello di organizzazione del lavoro "a distanza".

Il documento rappresenta l'elemento base di un percorso che, partendo dall'esigenza di limitare la mobilità e la presenza in ufficio del personale, dettata da una condizione di straordinarietà, si pone come finalità il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa attraverso la digitalizzazione dei processi, il miglioramento del benessere organizzativo, lo sviluppo di una nuova cultura del lavoro basata sull'autonomia organizzativa e sulla responsabilizzazione dei risultati.

Successivamente e in adempimento a quanto previsto dal POLA, l'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari ha adottato, con deliberazione n. 68 del 01 febbraio il " *Piano integrato di attività e di organizzazione (PIAO) 2023/2025 – Adozione ai sensi dell'art. 6, d. l. 80/2021*", che prevede una apposita sezione dedicata al Lavoro Agile, vedi paragrafo 3.2. : " *Sottosezione Organizzazione del Lavoro Agile (POLA)*".

Ad oggi e a seguito della [Direttiva Ministeriale del 29 dicembre 2023 firmata dal Ministro Paolo Zangrillo](#) viene evidenziata la necessità di garantire ai lavoratori che documentano " *gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari*" la possibilità di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, " *anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza*"; inoltre, " *Nell'ambito dell'organizzazione di ogni amministrazione, sarà dunque responsabilità di ciascun dirigente individuare le misure organizzative che si rendono necessarie in tal senso, attraverso specifiche previsioni nell'ambito degli accordi individuali.*"

In particolare questa Azienda ha recepito quanto sopra esposto nell'adottando Regolamento per il lavoro agile, in revisione e modifica del precedente, quale contributo al miglioramento della performance in termini di efficienza ed efficacia.

### 3.3 Piano Triennale dei fabbisogni di personale

Con riferimento al piano triennale del fabbisogno, il comma 2 dell'art.6 D.L.80/2021, lett. c) prevede che il PIAO definisca "compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale di cui all'art. 6 D.Lgs 165/2001, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della lett. b), assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali".

Coerentemente con quanto previsto dalla normativa sopra citata ed in considerazione della delibera del [D.G. n. 1085/2023](#), con cui è stato adottato in maniera definitiva il [Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2021-2023](#), il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale 2022-2024, adottato con delibera del D.G. n. 1201 del 27/11/2023 : " *Approvazione provvisoria piano triennale del fabbisogno del personale 2022-2024 - Azienda Ospedaliera- Universitaria Policlinico di Bari , ex art 6 Dlgs n. 165/01.*" ed inserire LINK- vanno inseriti anche i 3 allegati previsti per la deliberazione 1201/2023 ) persegue una compatibilità con i vincoli di finanza pubblica vigenti ed i contenuti ivi descritti sono organizzati ed elaborati secondo quanto previsto dai seguenti provvedimenti regionali, di seguito elencate:

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

- D.G.R. Puglia n.1980 del 22.12.2022, prot. n. AOOO183/10/01/2023/0000431, notificata a quest'Azienda in pari data, avente ad oggetto " *Art. 6 D.Lgs. 165/2001; D.M. 08/05/2018 - Presa d'atto Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2021 - 2023 delle Aziende ed Enti SSR. Prima valutazione*", con cui la Giunta della Regione Puglia, ha dato atto dell'avvenuta istruttoria sulla verifica della coerenza dei costi del PTFP 2021 - 2023 rispetto al tetto di spesa assegnato in via preliminare con D.G.R. n. 1818/2022, riservandosi di approvare in via definitiva il PTFP 2021 - 2023 a seguito della valutazione analitica di coerenza del fabbisogno di personale relativo all'assistenza ospedaliera in termini di FTE rispetto alla programmazione sanitaria regionale;

- D.G.R. n. 261 del 06.03.2023, trasmessa con nota prot. AOOO183/08/03/2023/0004363, recante " *Linee guida per l'adozione dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP) Aziende ed Enti del SSR. Modifica ed integrazione DGR n. 2416/2018 e DGR n. 2452/2019. Recepimento "Metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio Sanitario Nazionale" ex schema Decreto ministeriale di cui all'Intesa Conferenza Stato-Regioni Rep. Atti n. 267/CSR del 21.12.2022.*", con cui in particolare è stato disposto:

- il recepimento della metodologia per la determinazione del fabbisogno predisposta dall'AGENAS con prot. n. 2022/0005733 del 10.06.2022, di cui all'Allegato A);
- l'approvazione del modello del PTFP (Allegato B), redatto secondo la classificazione prevista dal D.M. n. 70/2015 e dal Modello HSP 12 del D.M. 05.12.2006;
- la modifica della DGR n. 2452/2019, eliminando l'obbligo del rapporto percentuale massimo del numero di personale del ruolo amministrativo rispetto al totale del personale;

- che i predetti PTFP di ciascuna Azienda del SSR, a partire dal triennio 2022-2024, dovranno essere formulati nel rispetto degli atti di programmazione regionale – ospedaliera, territoriale e prevenzione, con particolare riferimento alle attività assistenziali del Pronto Soccorso e della Medicina Penitenziaria, all'attivazione dei posti letto di Terapia Intensiva e Semi-intensiva di cui al D.L. n. 34/2020, convertito in legge n. 77/2020, nonché alle unità di personale ostetrico afferente alle UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia, di cui all'Accordo Stato Regioni rep. Atti n. 137/2010;
- che l'assegnazione del personale per ciascuna U.O. ospedaliera e territoriale deve essere commisurata alla produttività delle stesse;
- che i PTFP di ciascuna Azienda devono essere predisposti nel rispetto dei tetti di spesa assegnati con DGR n. 1818/2022, i cui costi del personale dovranno essere riportati nell'apposito prospetto denominato "Costi PTFP", di cui all'Allegato B), con la precisazione che i costi derivanti dai rinnovi contrattuali, intervenuti successivamente all'anno 2004, sono pari al 17,72% per i ruoli dirigenziali e al 20,80% per il personale del comparto, come modificato con DGR n. 640 del 10.05.2023;
- il divieto all'assunzione di unità di personale, per ciascuna disciplina/attività, oltre il numero previsto nel PTFP.

- D.G.R. Puglia n.412 del 28.03.2023, con cui la Giunta Regionale ha adottato misure urgenti di riqualificazione e razionalizzazione della spesa sanitaria, alla luce degli esiti dell'analisi e della valutazione della medesima spesa per l'esercizio 2022, prevedendo, tra l'altro, l'adozione di specifici provvedimenti inerenti misure urgenti e non differibili per il contenimento della spesa sanitaria e la qualificazione gestionale e organizzativa negli ambiti ove si registrano maggiori criticità, tra le quali quelle relative al contenimento della spesa per il personale delle Aziende ed Enti del SSR;

- DGR Puglia n.640 del 10.05.2023, con la quale la Giunta Regionale ha adottato una serie di azioni finalizzate alla razionalizzazione e qualificazione della spesa del personale, in attuazione di quanto disposto con la citata DGR 412/2023, nonché nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di gestione del personale e di tetti di spesa del personale SSR.

Con la medesima Deliberazione n.640/2023 la Giunta Regionale ha altresì previsto che, in fase di definizione del PTFP ed in coerenza con gli atti di programmazione regionali in materia, a decorrere dal triennio di riferimento 2022-2024, le Aziende ed Enti del SSR devono tener conto delle previsioni di cui all'art.1, commi 4, 5 e 8 e all'art.2 commi 1,5 e 7 del D.L.n.34/2020, convertito in Legge n.77/2020, con il quale è stato stabilito che le Regioni possono incrementare la spesa del personale, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia, sulla base degli importi ivi assegnati alla Regione Puglia a decorrere dall'anno 2021 e per le sole finalità ivi espressamente individuate dal legislatore nazionale, tra le quali "Potenziamento Terapia Intensiva e reparti alta intensità di cure", di cui all'art.2 commi 1 e 7 del D.L.34/2020, convertito in legge 77/2020;

- Da ultimo, con la determinazione dirigenziale del Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta n.136 del 17.05.2023, trasmessa con nota prot. AOOO183/17/05/2023/0007740, avente ad oggetto: "DGR n. 640 del 10.05.2023. Integrazione modello di predisposizione dei Piani Triennali di Fabbisogno di Personale (PTFP) delle Aziende ed Enti del SSR adottato con DGR n. 261 del 06.03.2023, secondo le finalità ex D.L. n. 34/2020, convertito in Legge n. 77/2020 e del D.M. n. 77/2022", sono state previste le seguenti attività:

- è stato introdotto apposito prospetto integrativo di dettaglio del fabbisogno di personale destinato alle finalità di cui alla normativa indicata in oggetto (Allegato 1), che dovrà essere elaborato dalle Aziende ed Enti del SSR in sede di predisposizione dei PTFP;
- è stato modificato ed integrato il prospetto denominato "Costi PTFP", di cui alla DGR n. 261/2023, con l'adozione del nuovo prospetto (Allegato 3), che dovrà anch'esso essere compilato dalle Aziende ed Enti del SSR in sede di predisposizione dei PTFP.

183/DIR/2023/00136  
ALL. 2)

PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE (PTFP) 2022-2024  
PROSPETTO COSTI PTFP

		COSTO PTFP ANNO 2022 (escluso pers. a TD COVID)	COSTO PTFP ANNO 2023	COSTO PTFP ANNO 2024	
[A]	<b>COSTO COMPLESSIVO FABBISOGNO DI PERSONALE</b>	262.368.548,00 €	270.495.751,00 €	270.495.751,00 €	
[A <sub>1</sub> ]	SPESE PERSONALE IN CONVENZIONE EX ART. 58, COMMA 2, LETT. A) CCNL DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA, STIPULATO L'8.06.2000 (ORA ART. 117, COMMA 2, LETT. A), CCNL 19.12.2019 AREA SANITÀ) (DI CUI DEL CAMPO [A])				
[A <sub>2</sub> ]	ALTRE SPESE DI CUI ALLA CIRCOLARE RGS N° 9 DEL 17/02/2006 (DI CUI DEL CAMPO [A])	645.000,00 €	2.000.000,00 €	2.000.000,00 €	
[B]	VOCI DA ESCLUDERE (CIRCOLARE RGS N° 9 DEL 17/02/2006)	COSTO PERSONALE DELLA SANITÀ PENITENZIARIA (INCLUDE LE REMS)	213.840,00 €	213.840,00 €	213.840,00 €
		COSTO PERSONALE CLASSIFICATO EX LEGGE N. 68/1999 (DISABILI E CATEGORIE PROTETTE)	5.704.083,25 €	5.704.083,25 €	5.704.083,25 €
		COSTO PERSONALE FINANZIATO CON CONTRIBUTI PROVENIENTI DA PRIVATO			
		COSTO PERSONALE FINANZIATO CON CONTRIBUTI PROVENIENTI DALL'UNIONE EUROPEA			
		COSTO PERSONALE FINANZIATO CON FONDI DESTINATI ALLA RICERCA			
		SPESE PER LA FORMAZIONE E LE MISSIONI (INDENNITÀ E RIMBORSI)			
		RINNOVI CONTRATTUALI (QUOTE STANDARD PARI AL 17,72% PER LA DIRIGENZA E AL 20,8% PER IL COMPARTO)	49.137.254,40 €	50.558.151,20 €	50.558.151,20 €
	SPESA personale per attività REGIONALI (Centrale Operativa 118, Telecardiologia, Centro Reg. Trap. inclusa Tipizzazione Tissutale, S.R. di coordinamento-attività trasfusionali)	4.255.301,60 €	4.255.301,60 €	4.255.301,60 €	
[C]=[A]-[B]	<b>COSTO FABBISOGNO AL NETTO DELLE VOCI DA ESCLUDERE (compresa riga 17)</b>	203.058.068,75 €	209.764.374,95 €	209.764.374,95 €	
[D]	<b>TETTO DI SPESA ASSEGNATO CON DGR N. 1818 DEL 12/12/2022</b>	209.773.429,00 €	209.773.429,00 €	209.773.429,00 €	
[E]=[D]-[C]	<b>RISORSE A DISPOSIZIONE</b>	6.715.360,25 €	9.054,05 €	9.054,05 €	

Alla luce di tutto quanto sopra rappresentato, si evidenzia che il Piano triennale dei fabbisogni di personale per il triennio 2022/2024, in continuità con il PTFP 2021/2023, costituisce la cornice programmatoria per l'adozione dei provvedimenti aziendali inerenti la copertura del fabbisogno aziendale, anche con riferimento alle procedure di stabilizzazione ex art. 20, commi 1 e 2, del D.Lgs n.75/2017 e dell'art. 1 comma 268, lett.b), primo periodo, della Legge 234/2021 e, altresì, con riferimento alla spesa complessiva per il personale a Tempo Indeterminato e Tempo Determinato, al netto dei rinnovi contrattuali e delle categorie protette, è rispettosa del limite di cui all'art.1 comma 71 della L.191/09 definito per quest'Azienda Ospedaliera con la succitata DGR n.1818/2022 nel valore pari ad € 209.773.429.

Il Piano del fabbisogno di personale pocanzi presentato è in corso di rimodulazione con riferimento al triennio 2023-2025.

### ***3.3.1 Consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente***

<b>RUOLO</b>	<b>Totale</b>
Amministrativo	349
Professionale	9
Ruolo Socio Sanitario	495
Sanitario Altri (non medici)	2308
Sanitario Medici	1097
Tecnico	228
<b><i>Totale complessivo</i></b>	<b><i>4524</i></b>

[Personale - pugliasalute \(sanita.puglia.it\)](http://sanita.puglia.it)

### 3.3.2 Copertura del fabbisogno: trend delle cessazioni

ANNO cessazione	cessazione	qualifica	Totale
2024	Collocamento a Riposo a domanda	Operatore Socio Sanitario	1
	Collocamento a Riposo a domanda	Assistente Tecnico	1
	Collocamento a Riposo a domanda	Ausiliario Specializzato	1
	Collocamento a Riposo a domanda	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	10
	Collocamento a Riposo a domanda	Collaboratore Professionale Sanitario Ostetrica	1
	Collocamento a Riposo a domanda	Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Radiologia Medica	1
	Collocamento a Riposo a domanda	Commesso	2
	Collocamento a Riposo a domanda	Dirigente Medico	3
	Collocamento a Riposo a domanda	Dirigente Sanitario Biologo	1
	Collocamento a Riposo a domanda	Operatore Tecnico	1
	Collocamento a Riposo per limiti di età	Assistente Amministrativo	5
	Collocamento a Riposo per limiti di età	Ausiliario Specializzato	7
	Collocamento a Riposo per limiti di età	Coadiutore Amministrativo	2
	Collocamento a Riposo per limiti di età	Coadiutore Amministrativo Esperto	1
	Collocamento a Riposo per limiti di età	Collaboratore Professionale Sanitario Fisioterapista	1
	Collocamento a Riposo per limiti di età	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	11
	Collocamento a Riposo per limiti di età	Collaboratore Professionale Sanitario Logopedista	1
	Collocamento a Riposo per limiti di età	Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Laboratorio Biomedico	1
	Collocamento a Riposo per limiti di età	Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Radiologia Medica	1
	Collocamento a Riposo per limiti di età	Commesso	1
	Collocamento a Riposo per limiti di età	Direttore Medico	1
	Collocamento a Riposo per limiti di età	Dirigente Medico	14
	Collocamento a Riposo per limiti di età	Operatore Socio Sanitario	11
	Collocamento a Riposo per limiti di età	Operatore Tecnico	1
	Collocamento a Riposo per limiti di età	Operatore Tecnico Specializzato	1
	Dimissioni Volontarie	Ausiliario Specializzato	1
	Dimissioni Volontarie	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	4
	Dimissioni Volontarie	Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Radiologia Medica	1
	Dimissioni Volontarie	Dirigente Medico	3
	Dispensa dal servizio per invalidità permanente	Operatore Socio Sanitario	1
	Licenziamento con preavviso	Operatore Socio Sanitario	1
	mobilità a scambio	Collaboratore Professionale Sanitario Fisioterapista	1
	mobilità a scambio	Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Laboratorio Biomedico	1
	Termine Assegnazione TemporaneaL350/03	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	3
	Termine Assegnazione TemporaneaL350/03	Collaboratore Professionale Sanitario Ostetrica	1
	Termine Assegnazione TemporaneaL350/03	Dirigente Medico	1
	Termine Comando	Dirigente Amministrativo	2
	Termine Comando	Dirigente Medico	1
	Termine Incarico a tempo determinato		2
	Termine Incarico a tempo determinato	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	5
	Termine Incarico a tempo determinato	Collaboratore Tecnico Professionale	2
	Termine Incarico a tempo determinato	Dirigente Medico	26
	Termine Incarico a tempo determinato	Dirigente Sanitario Biologo	1
Termine Incarico con proroga	Dirigente Medico	4	
Termine Incarico con proroga	Dirigente Professioni Sanitarie	3	
<b>2024 Totale</b>			<b>145</b>
2025	Collocamento a Riposo a domanda	Dirigente Medico	1
	Collocamento a Riposo a domanda	Operatore Socio Sanitario	1
	Collocamento a Riposo per limiti di età	Assistente Amministrativo	4
	Collocamento a Riposo per limiti di età	Ausiliario Specializzato	7
	Collocamento a Riposo per limiti di età	Coadiutore Amministrativo	2
	Collocamento a Riposo per limiti di età	Coadiutore Amministrativo Esperto	1
	Collocamento a Riposo per limiti di età	Collaboratore Amministrativo	3
	Collocamento a Riposo per limiti di età	Collaboratore Professionale Sanitario Fisioterapista	3
	Collocamento a Riposo per limiti di età	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	7
	Collocamento a Riposo per limiti di età	Collaboratore Professionale Sanitario Logopedista	1
	Collocamento a Riposo per limiti di età	Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Laboratorio Biomedico	1
	Collocamento a Riposo per limiti di età	Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Radiologia Medica	1
	Collocamento a Riposo per limiti di età	Commesso	1
	Collocamento a Riposo per limiti di età	Direttore Medico	2
	Collocamento a Riposo per limiti di età	Dirigente Medico	6
	Collocamento a Riposo per limiti di età	Dirigente Sanitario Biologo	1
	Collocamento a Riposo per limiti di età	Dirigente Sanitario Psicologo	1
	Collocamento a Riposo per limiti di età	Operatore Socio Sanitario	11
	Collocamento a Riposo per limiti di età	Operatore Tecnico	2
	Collocamento a Riposo per limiti di età	Operatore Tecnico Specializzato	2
Collocamento a Riposo per limiti di età	Operatore Tecnico Specializzato Esperto	1	
Collocamento a Riposo per limiti di età	Dirigente Medico	1	
Termine Incarico a tempo determinato	Collaboratore Tecnico Professionale	1	
Termine Incarico a tempo determinato	Dirigente Medico	1	
<b>2025 Totale</b>			<b>62</b>



## 4. SEZIONE – MONITORAGGIO

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

### 4.1 Monitoraggio del Valore pubblico e della performance

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

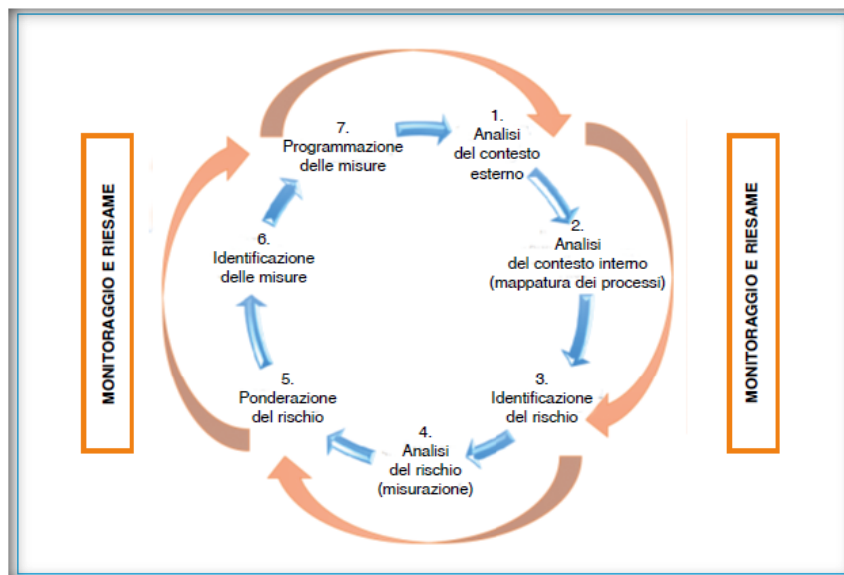
A riguardo, va evidenziato che, con la [Direttiva in materia di misurazione e valutazione della performance dei dipendenti pubblici](#) del 28 dicembre 2023, il Ministero ha inteso richiamare l'attenzione delle amministrazioni sulla implementazione e corretta attuazione delle modalità di valutazione della performance, adottando sistemi in grado di garantire una adeguata differenziazione, quale leva essenziale per la corretta gestione delle risorse umane, implementando momenti di confronto, feedback ed omogeneizzazione, in grado di agire sul livello di equità percepita da parte dei soggetti valutati, così da introdurre:

- La **valutazione dal basso**, in forma rigorosamente anonima (es. questionari)
- La **valutazione tra pari**, nella quale siano coinvolti i colleghi legati da un rapporto più costante e rilevante
- La **valutazione collegiale**, nell'ottica della *calibration* e, cioè, in base ad un processo che si concentra sugli standard di valutazione, in modo che i revisori abbiano un insieme uniforme di linee guida da seguire quando valutano il lavoro di qualcuno e chiunque fornisca un feedback di revisione si riunisce per discutere e capire come applicare ogni valutazione a un valutato, sugli obiettivi specifici individuati nel periodo considerato
- La **valutazione con stakeholder esterni** della performance **organizzativa**

In tal senso, il Ministero richiede che le P.P.A.A. adottino modalità di valutazione, in special modo per il personale dirigente, che vada oltre la sola valutazione del superiore gerarchico, in grado di coinvolgere più soggetti, interni ed esterni all'organizzazione, nella prospettiva di giungere ad una valutazione a 360°. Quello che viene richiesto è anche la promozione del ruolo fondamentale della formazione nella valutazione individuale, in particolare per i dirigenti, al fine di rendere efficace la leadership; nonché la individuazione di nuove forme di premialità idonee a valorizzare il merito e riconoscendo il valore aggiunto che ciascuno può rappresentare all'interno dell'amministrazione.

Questa Azienda Ospedaliera Universitaria, da molti anni attenta all'attuazione del ciclo della *performance*, è in procinto di implementare e/o le modalità di valutazione assunte, in modo che tengano conto di quanto emerso in fase applicativa e delle nuove indicazioni ministeriali, nell'ottica della migliore ed adeguata premialità del merito del personale sia esso dirigenziale e non e della maggiore conoscenza e sensibilizzazione di tutto il personale all'istituto della valutazione della performance.

## 4.2 Monitoraggio dei rischi corruttivi e trasparenza



Processo di gestione del rischio corruttivo

L'Azienda ospedaliera Universitaria ha inteso ed intende perseguire implementare una condivisione della responsabilità tra i soggetti coinvolti nella politica di prevenzione, in modo da superare qualunque applicazione formalistica del sistema di prevenzione della corruzione. In tal senso le singole unità operative sono state interessate, anche i fini della performance, di obiettivi idonei ad implementare la trasparenza; oltremodo l'Azienda è ad oggi impegnata in una reingegnerizzazione ed una revisione organizzativa e delle conseguente mappatura dei processi.

Al fine di poter agire tempestivamente su una o più variabili definendo le rettifiche adeguate e funzionali alla corretta attuazione delle misure vengono utilizzati indicatori di monitoraggio legati agli obiettivi operativi ed incidenti sulla performance organizzativa.

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

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

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

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

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