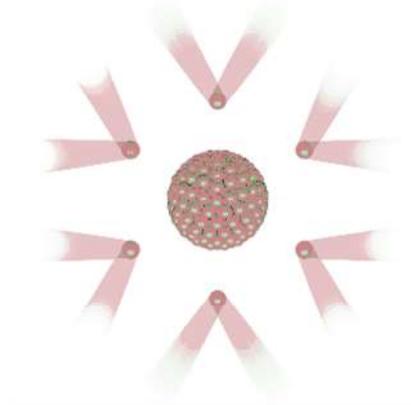
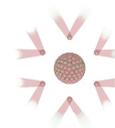




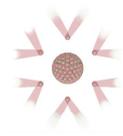
Piano Integrato di Attività e Organizzazione dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari per il triennio 2023-2025.



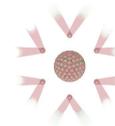


Indice

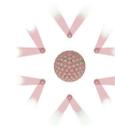
Piano Integrato di Attività e Organizzazione	1
dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari	1
per il triennio 2023-2025.	1
1. Introduzione	11
1.1. Premessa	11
1.2. Principi generali del Piano	13
1.3. Articolazione del Piano e contenuti	14
2. Sezione Valore Pubblico, Performance ed Anticorruzione	21
2.a. Sottosezione Valore Pubblico	21
2.a.1. Il valore pubblico dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari nel SSN e SSR	21
2.a.1.1. Epidemiologia territoriale di interesse	23
2.a.1.2. Incidenza, sopravvivenza e mortalità	24
2.a.1.3. La valenza assistenziale dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari nel SSN e SSR	44
2.a.2. Obiettivi generali e specifici coerenti con i documenti di programmazione finanziaria assegnati all'Istituto	49
2.a.2.1. Obiettivi vincolanti a pena di decadenza contenuti nel contratto stipulato dal Direttore Generale.	49
2.a.2.2. Obiettivi di mandato del Direttore Generale e riportati nel D.P.G.R n. 34 del 9 febbraio 2022	51
2.a.2.3. Obiettivi di performance assegnati dal Consiglio di Indirizzo e Verifica	53
2.b. Sottosezione Performance	53
2.b.1. Analisi generale assistenza in regime di ricovero	53
2.b.2. Analisi generale assistenza in regime ambulatoriale	64
2.b.3. Analisi generale sull'equilibrio economico-finanziario	80
2.b.4. Vision strategica	90
2.b.4.1. Individuazione dell'obiettivo in termini di nuovi posti letto.	95
2.b.4.2. Verifica sulla fattibilità del progetto.	96
2.b.4.3. Attività già poste in essere.	97
2.b.4.3.1. Delocalizzazione attività amministrative: nuova sede di Camillo Rosalba via 47/z.	97
2.b.4.3.2. Delocalizzazione magazzini: nuova sede presso Strada Provinciale n.1.	98
2.b.4.3.3. Delocalizzazione Direzione Scientifica: nuova sede presso Strada Provinciale n.1.	99
2.b.4.3.4. Aumento posti letto Terapia Intensiva.	99
2.b.4.3.5. Incremento di posti letto utilizzando spazi già esistenti.	100



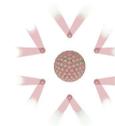
2.b.4.3.6.	Nuovo ambulatorio di infusione.....	101
2.b.4.4.	Obiettivi di dettaglio per il completamento della Fase 1 di ampliamento dei posti letto e cronoprogramma.....	102
2.b.4.5.	Fase II della riallocazione delle attività per l'attuazione del Piano di Rilancio.....	103
2.b.5.	Dalla pianificazione strategica alla programmazione operativa delle attività. Il processo di budget.....	106
2.b.6.	Una preliminare declinazione degli obiettivi per ambito di applicazione	112
2.b.6.1.	Mantenimento della sostenibilità economico-finanziaria	112
2.b.6.1.1.	Produzione ricoveri chirurgici con utilizzo IV sala	113
2.b.6.1.2.	Efficientamento utilizzo gruppo operatorio	113
2.b.6.1.3.	Potenziamento attività ambulatorio chirurgico	113
2.b.6.1.4.	Ri-avvio attività trapianto autologo midollo e accreditamento allogeneico.....	113
2.b.6.1.5.	Miglioramento organizzativo delle attività propedeutiche all'esecuzione di procedure di biopsia profonda	113
2.b.6.1.6.	Miglioramento complessivo degli indicatori di ricovero	113
2.b.6.1.7.	Attivazione sistematica di procedure per la dimissione protetta.....	114
2.b.6.1.8.	Efficientamento chemioterapie.....	114
2.b.6.1.9.	Digital Pathology.....	114
2.b.6.1.10.	Avvio della pre-analitica	114
2.b.6.1.11.	Monitoraggio continuo dei costi.....	114
2.b.6.1.12.	Autoprescrizione.....	115
2.b.6.1.13.	Valutazione della remuneratività tariffe di diagnostica molecolare	115
2.b.6.1.14.	Attivazione controlli «pace-maker» e «defibrillatori».....	115
2.b.7.	Attivazione controlli «pace-maker» e «defibrillatori».....	115
2.b.7.1.	Organizzazione	116
2.b.7.1.1.	Redazione del nuovo regolamento di organizzazione entro il 31 marzo 2023 ai sensi dell'art. 6 Comma 1-bis del D.Lgs. 288/2013 come modificato dal D.Lgs. 200/2022 ..	116
2.b.7.1.2.	Avanzamento e completamento dei processi di accreditamento presso OECD, JCI e QUOTA.....	116
2.b.7.1.3.	Progettualità (PNRR) e networks	116
2.b.7.1.4.	Potenziamento infrastrutturale	117
2.b.7.2.	Ricerca	118
2.b.7.3.	Appropriatezza.....	118
2.b.7.3.1.	Previsione di una funzione qualità "ad hoc".....	119
2.b.7.3.2.	Implementazione diffusa e controllata del manuale procedure C.Or.O.;	119
2.b.7.3.3.	«Improvement» del ricorso alla valutazione in Team Multidisciplinare	119



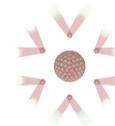
2.b.7.3.4.	Avvio sistema identificazione pazienti.....	119
2.b.7.3.5.	Perseverare nella formazione alla corretta compilazione delle Schede di Dimissione Ospedaliera.....	119
2.b.7.3.6.	Somministrazione PROM.....	120
2.b.7.3.7.	Risk assessment delle procedure sanitarie digitali.....	120
2.b.7.3.8.	Introduzione chirurgia robotica.....	120
2.b.7.3.9.	Attivazione HDR Brachiterapia.....	120
2.b.7.3.10.	Benchmarking PNE e Regione Puglia.....	120
2.b.7.3.11.	CAR-T: Accreditamento laboratorio Ematologia.....	121
2.b.7.3.12.	Rilancio e stimolo delle attività del Registro Tumori.....	121
2.b.7.4.	Miglioramento dell'efficienza organizzativa.....	121
2.b.7.4.1.	Efficientamento procedure Pre-ricovero.....	121
2.b.7.4.2.	Revisione agende, gestione Liste d'Attesa, riduzione tempi.....	121
2.b.7.4.3.	Verifica ed efficientamento assegnazioni comparto infermieristico.....	121
2.b.7.5.	Qualità percepita.....	122
2.b.7.5.1.	Aggiornamento della Carta dei Servizi.....	122
2.b.7.5.2.	Importanza dell'informazione ai pazienti.....	122
2.b.7.5.3.	Monitoraggio della qualità percepita nell'attuale dislocazione del Punto Prelievi.....	122
2.b.7.5.4.	Implementazione del Piano Hospitality.....	122
2.b.7.5.5.	Somministrazione di questionari Patient Reported Experience Measures.....	122
2.b.7.5.6.	Attivazione di procedura tracciabile per rilievi @ URP.....	122
2.b.7.5.7.	Formazione del personale all'uso dei social per la promozione dell'Istituto e nei rapporti con la stampa.....	122
2.b.7.6.	Transizione digitale.....	123
2.b.7.6.1.	Introduzione della nuova CCE;.....	123
2.b.7.6.2.	Avvio prestazioni di telemedicina;.....	123
2.b.7.6.3.	Redazione del Piano triennale di transizione digitale dell'Istituto e sua implementazione.....	123
2.b.7.6.4.	Azioni formative.....	124
2.b.7.6.5.	Implementazione della App IO per i rapporti con il cittadino (CUP/Cassa).....	124
2.b.7.6.6.	Sistema Informativo della Ricerca.....	124
2.b.7.6.7.	Attivazione del nuovo applicativo software per il Protocollo Informatico.....	124
2.b.7.7.	Anticorruzione e trasparenza.....	125
2.b.7.7.1.	Obiettivi specifici del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.....	125



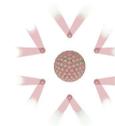
2.b.7.7.2.	Redazione di un codice di condotta e di obiettivi specifici della prevenzione della Corruzione relativi all'attività di ricerca	125
2.b.7.8.	Obiettivi concernenti le «Good Practices» nel trattamento del personale.....	125
2.b.7.8.1.	Publicizzazione del Comitato Unico di Garanzia, competenze ed attività.....	125
2.b.7.8.2.	Procedure di accoglienza	125
2.b.7.8.3.	Promozione della tutela del benessere del personale.	125
2.b.7.9.	Obiettivi riguardanti flussi informativi e controlli.....	126
2.b.7.10.	Ispezioni Armadietti di Reparto	126
2.b.7.11.	Tempestività dei pagamenti	126
2.b.7.12.	Introduzione della procedura di controllo del budget assegnato.....	126
2.b.8.	Declinazione degli obiettivi per dipartimenti	126
2.b.8.1.	Dipartimento Area Chirurgica	126
2.b.8.1.1.	Area Chirurgica - Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi»	126
2.b.8.1.2.	Area Chirurgica - Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale	127
2.b.8.1.3.	Area Chirurgica - Obiettivi di miglioramento organizzativo (efficienza).....	128
2.b.8.1.4.	Area Chirurgica - Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza (efficacia)	129
2.b.8.1.5.	Area Chirurgica - Obiettivi di miglioramento della qualità percepita e comunicazione	129
2.b.8.1.6.	Area Chirurgica - Transizione digitale in sanità.....	129
2.b.8.1.7.	Area Chirurgica - Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive.....	130
2.b.8.1.8.	Area Chirurgica - Azioni di benessere organizzativo e pari opportunità (CUG).....	130
2.b.8.2.	Dipartimento Area Medica	130
2.b.8.2.1.	Area Medica - Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi»	130
2.b.8.2.2.	Area Medica - Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale	131
2.b.8.2.3.	Area Medica - Obiettivi di miglioramento organizzativo (efficienza).....	132
2.b.8.2.4.	Area Medica - Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza (efficacia)	132
2.b.8.2.5.	Area Medica - Obiettivi di miglioramento della qualità percepita e comunicazione... ..	133
2.b.8.2.6.	Area Medica - Transizione digitale in sanità	133
2.b.8.2.7.	Area Medica - Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive	134
2.b.8.2.8.	Area Medica - Azioni di benessere organizzativo e pari opportunità (CUG)	134
2.b.8.3.	Dipartimento di Diagnostica e Terapia per Immagini.....	134



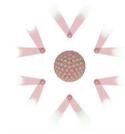
2.b.8.3.1.	Diagnostica e Terapia per Immagini - Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi»	134
2.b.8.3.2.	Diagnostica e Terapia per Immagini - Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale	135
2.b.8.3.3.	Diagnostica e Terapia per Immagini - Obiettivi di miglioramento organizzativo (efficienza)	136
2.b.8.3.4.	Diagnostica e Terapia per Immagini - Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza (efficacia)	137
2.b.8.3.5.	Diagnostica e Terapia per Immagini - Obiettivi di miglioramento della qualità percepita e comunicazione	137
2.b.8.3.6.	Diagnostica e Terapia per Immagini - Transizione digitale in sanità.....	137
2.b.8.3.7.	Diagnostica e Terapia per Immagini - Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive	138
2.b.8.3.8.	Diagnostica e Terapia per Immagini - Azioni di benessere organizzativo e pari opportunità (CUG).....	138
2.b.8.4.	Dipartimento dei Servizi	138
2.b.8.4.1.	Servizi - Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi»	138
2.b.8.4.2.	Servizi - Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale	139
2.b.8.4.3.	Servizi - Obiettivi di miglioramento organizzativo (efficienza)	140
2.b.8.4.4.	Servizi - Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza (efficacia)	141
2.b.8.4.5.	Servizi - Obiettivi di miglioramento della qualità percepita e comunicazione.....	141
2.b.8.4.6.	Servizi - Transizione digitale in sanità	141
2.b.8.4.7.	Servizi - Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive	142
2.b.8.4.8.	Servizi - Azioni di benessere organizzativo e pari opportunità (CUG)	142
2.b.8.4.9.	Dipartimento di Staff e della Gestione.....	142
2.b.9.	Misurazione e valutazione della Performance	143
2.b.9.1.	Premessa	143
2.b.9.2.	Soggetti coinvolti nel Sistema di Valutazione e Misurazione della Performance	146
2.b.9.3.	La definizione delle strategie.....	148
2.b.9.4.	Il Ciclo della Performance	149
2.b.9.5.	La gestione della performance organizzativa (budgeting operativo)	151
2.b.9.6.	Le funzioni coinvolte nella performance organizzativa	152
2.b.9.7.	La metodologia per la valorizzazione degli apporti individuali	152
2.b.9.8.	Processo di valorizzazione della performance individuale (preventiva e finale)	153
2.b.9.9.	Azioni di miglioramento del ciclo della gestione della performance.....	154



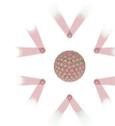
2.c.	Sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza	155
2.c.1.	Introduzione	155
2.c.1.1.	Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione	157
2.c.1.1.1.	Direttore Generale	157
2.c.1.1.2.	Responsabile R.P.C.T.	158
2.c.1.1.3.	Gruppo di Lavoro per il P.I.A.O.	158
2.c.1.1.4.	Network Sanità	158
2.c.1.1.5.	O.I.V.	158
2.c.1.1.6.	Referenti Interni	159
2.c.1.1.7.	Ufficio Procedimenti Disciplinari	159
2.c.1.1.8.	Dipendenti e collaboratori	159
2.c.2.	Valutazione d’impatto del contesto esterno	160
2.c.3.	Valutazione d’impatto del contesto interno	165
2.c.4.	Mappatura processi	167
2.c.5.	Valutazione del rischio	168
2.c.6.	Monitoraggio e riesame	172
2.c.7.	Misure generali e specifiche	173
2.c.7.1.	Inconferibilità e incompatibilità (MG-01)	174
2.c.7.2.	Incarichi extra-istituzionali (MG-02)	175
2.c.7.3.	Incompatibilità successiva (MG-03)	176
2.c.7.4.	Astensione per conflitto di interessi (MG-04)	177
2.c.7.5.	Rotazione del personale (MG-05)	179
2.c.7.6.	Codice di Comportamento (MG-06)	180
2.c.7.7.	Segnalazioni illeciti (MG-07)	181
2.c.7.8.	Formazione del personale (MG-08)	182
2.c.7.9.	Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante (MG-09)	183
2.c.7.10.	Gestore segnalazioni UIF (MG-10)	183
2.c.7.11.	Commissioni e conferimento incarichi in caso di condanna (MG-11)	184
2.c.7.12.	Patto di integrità (MG-12)	185
2.c.7.13.	Informatizzazione processi e monitoraggio procedimenti (MS-01)	185
2.c.7.14.	Procedimenti amministrativi	186
2.c.7.15.	Sponsorizzazioni (MS-02)	187
2.c.7.16.	Sperimentazioni (MS-03)	188
2.c.7.17.	Attività conseguenti al decesso (MS-04)	188
2.c.7.18.	Donazioni e comodati d’uso (MS-05)	189



2.c.7.19.	ALPI e Liste di attesa (MS-06)	189
2.c.7.20.	Alienazione immobili (MS-07)	190
2.c.7.21.	Certificazione bilancio di esercizio (MS-08)	190
2.c.7.22.	Benessere organizzativo	191
2.c.7.23.	Azioni di coinvolgimento della società civile	192
2.c.7.24.	Sorveglianza progetti PNRR	192
2.c.7.25.	Trasparenza amministrativa (MG-13)	193
2.c.8.	Accesso Civico semplice e generalizzato	195
2.c.9.	Trasparenza e privacy	197
2.c.10.	Procedimento di elaborazione e adozione del Piano "Rischi Corruttivi e Trasparenza"	197
3.	Sezione Organizzazione e Capitale Umano	198
3.a.	Sottosezione Organizzazione	198
3.a.1.	Il modello organizzativo	198
3.a.2.	Dipartimento Area Chirurgica.	203
3.a.2.1.	Struttura Complessa di Chirurgia Generale ad indirizzo Oncologico.	203
3.a.2.2.	Struttura Complessa di Chirurgia Toracica.....	204
3.a.2.3.	Struttura Complessa di Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva Post-Operatoria.	204
3.a.2.4.	Struttura Complessa di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva.....	205
3.a.2.5.	Struttura Semplice Dipartimentale di Chirurgia Oncologica ad indirizzo Senologico. .	205
3.a.2.6.	Struttura Semplice Dipartimentale di Ginecologia Oncologica.....	206
3.a.2.7.	Struttura Semplice Dipartimentale di Urologia.	206
3.a.2.8.	Struttura Semplice Dipartimentale di Endoscopia Bronchiale.....	207
3.a.2.9.	Struttura Semplice Dipartimentale di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva. ...	207
3.a.2.10.	Struttura Semplice di Otorinolaringoiatra e Chirurgia Cervico-Maxillo-Facciale.	208
3.a.3.	Dipartimento Area Medica.	208
3.a.3.1.	Struttura Complessa di Ematologia.....	208
3.a.3.2.	Struttura Complessa di Oncologia Medica.....	209
3.a.3.3.	Struttura Semplice Dipartimentale di Oncologia Medica per la Patologia Toracica. ...	209
3.a.3.4.	Struttura Semplice Dipartimentale di Oncologia Medica per la presa in carico globale del paziente.	210
3.a.3.5.	Struttura Semplice Dipartimentale Tumori rari e melanoma.	210
3.a.4.	Dipartimento Diagnostica e Terapia per Immagini.	211
3.a.4.1.	Struttura Complessa di Oncologia Medica Integrata ed Interventistica.....	211



3.a.4.2.	Struttura Complessa di Radioterapia Oncologica	213
3.a.4.3.	Struttura Semplice Dipartimentale Radiologia Diagnostica.....	213
3.a.4.4.	Struttura Semplice Dipartimentale Radiologia Senologica	214
3.a.4.5.	Struttura Semplice Dipartimentale Fisica Sanitaria.....	214
3.a.5.	Dipartimento dei Servizi	215
3.a.5.1.	Struttura Complessa di Anatomia Patologica	216
3.a.5.2.	Struttura Complessa di Oncologia Sperimentale e Biobanca.....	216
3.a.5.3.	Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale di Diagnostica Molecolare e Farmacogenetica	217
3.a.5.4.	Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale di Patologia Clinica	217
3.a.5.5.	Struttura a Valenza Dipartimentale di Cardiologia Oncologica	218
3.a.6.	Dipartimento di Staff	219
3.a.6.1.	Struttura Complessa di Farmacia ed U.MA.CA.	219
3.a.6.2.	Struttura Complessa Burocratico, Legale, Privacy ed Affari Generali.....	220
3.a.6.3.	Struttura Complessa Statistica, Epidemiologia e Qualità.....	220
3.a.6.4.	Struttura a Valenza Dipartimentale Servizio Professioni Sanitarie.....	220
3.a.6.5.	Struttura a Valenza Dipartimentale Clinical Risk Management e Formazione	220
3.a.6.6.	Struttura a Valenza Dipartimentale Controllo di Gestione. Transizione Digitale e Tradferimento Tecnologico	221
3.a.7.	Dipartimento della Gestione	221
3.a.7.1.	Struttura Complessa Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici.....	221
3.a.7.2.	Struttura Complessa Area Gestione Risorse Finanziarie	221
3.a.7.3.	Struttura Complessa Area Gestione Risorse Umane	222
3.a.7.4.	Struttura a Valenza Dipartimentale Area Gestione Patrimonio, Contratti ed Appalti.	222
3.b.	Sottosezione Organizzazione del Lavoro Agile	222
3.b.1.	Introduzione.....	222
3.b.2.	Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile.....	227
3.b.3.	Modalità attuative	230
3.b.3.1.	Modalità attuative: ambito regolamentare ed autorizzativo	231
3.b.3.2.	Modalità attuative: ambito organizzativo	231
3.b.3.3.	Modalità attuative: ambito tecnologico	233
3.b.3.3.1.	Dotazioni hardware individuali e piattaforme hardware per la “virtualizzazione” delle Postazioni di Lavoro.	234
3.b.3.3.2.	Piattaforme abilitanti il lavoro cooperativo ed operabili sia nella modalità “in presenza” che “agile”.	235
3.b.3.3.3.	Adeguamento dei sistemi informativi al lavoro “agile”.	235



3.b.3.4.	Modalità attuative: ambito formativo	236
3.b.3.5.	Modalità attuative: ambito sicurezza del luogo di lavoro	239
3.b.4.	Lavoro agile e performance organizzativa/individuale	240
3.b.5.	Obiettivi specifici del POLA dell'Istituto e relative fasi di attuazione	242
3.b.5.1.	Anno 2023	242
3.b.5.2.	Anno 2024	244
3.b.5.3.	Anno 2025	245
3.b.6.	I soggetti coinvolti	246
3.b.7.	Conclusioni	248
3.c.	Sottosezione Piano Triennale dei fabbisogni del personale	250
3.c.1.	Generalità	250
3.c.2.	Analisi del fabbisogno di personale	250
3.c.3.	La pianificazione del fabbisogno	257
3.c.4.	Il fabbisogno formativo	265
3.c.5.	Il Piano delle Azioni Positive	277
3.c.5.1.	Obiettivo 1. Pari opportunità	280
3.c.5.2.	Obiettivo 2. Valorizzazione del benessere.	280
3.c.5.3.	Obiettivo 3. Contrasto alle discriminazioni e molestie sul lavoro.	281
4.	Sezione Monitoraggio	282
4.a.	Sottosezione Monitoraggio Valore Pubblico	283
4.b.	Sottosezione Monitoraggio Performance	283
4.c.	Sottosezione Monitoraggio Trasparenza ed Anticorruzione	283
4.d.	Sottosezione Monitoraggio del Piano delle Azioni Positive	285



1. Introduzione

1.1. Premessa

Sino al 2021, le Pubbliche Amministrazioni hanno fornito evidenza della programmazione degli obiettivi prefissati al fine di assicurare idonei livelli quali/quantitativi dei propri servizi, con l'adozione del cosiddetto "Piano della Performance" previsto dall'art. 10 del D.Lgs. n. 150/2009 e ss.mm.ii..

In esso venivano infatti riportati:

- gli indirizzi e gli obiettivi generali e specifici dell'Istituto;
- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione;
- gli obiettivi assegnati al personale ed i relativi indicatori.

Il Piano della Performance rappresentava quindi il punto di riferimento della programmazione triennale di ciascuna P.A. che, nel rispetto dei principi di trasparenza dell'azione amministrativa, dava pubblica evidenza degli obiettivi e degli indicatori di efficacia adottati per misurare la qualità del servizio reso dalle Pubbliche Amministrazioni e di efficienza nell'impiego delle risorse utili a conseguire i livelli di prestazione da assicurare.

In aderenza alle previsioni dell'art. 10 del citato D.Lgs. n.150/2009, il "Piano della Performance" veniva adottato in coerenza con il ciclo della programmazione economico-finanziaria, del Bilancio dell'Istituto e con quello della programmazione strategica. La finalità era quella di assicurare e garantire elevati standard qualitativi ed economici del servizio erogato, tramite la valorizzazione dei risultati e della performance organizzativa ed individuale e renderne partecipe il personale e gli utenti.

Tale programmazione però, adottata con atto diverso dalle altre pianificazioni concorrenti e comunque determinanti per il conseguimento degli obiettivi ivi previsti, quali:

- il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza di cui al Comma 2-bis dell'art. 1 della Legge n. 190 del 6 novembre 2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" e ss. mm. ii.;
- Il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale di cui al Comma 2 dell'art 6 del D. Lgs. n. 165 del 30 marzo 2001 e ss. mm. ii.;
- il Programma Operativo del Lavoro Agile
- Altre specifiche pianificazioni, la cui integrazione nel "Piano della Performance" era già stata stabilita, quali:
 - Le azioni ed attività implementative del Piano Triennale per l'informatica nella pubblica amministrazione e della Circolare n. 3 del 1 ottobre 2018 del Ministro per la Pubblica Amministrazione come indicato dall'Art. 12 del D.Lgs. n. 82 del 7 marzo 2005 "Codice dell'amministrazione digitale";



- il Piano Organizzativo del Lavoro Agile, già definito quale sezione del Piano della Performance di cui all'art. 14 della Legge 7 agosto 2015, n. 124 "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche" e ss. mm. ii.;
- il Piano Triennale di Azioni Positive previsto dall'Art. 48 del D.Lgs. n. 198 dell'11 aprile 2006 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna";
- il Piano di Formazione redatto in aderenza alla Direttiva del 13 dicembre 2001 del Dipartimento della Funzione Pubblica sulla "formazione e valorizzazione del personale delle pubbliche amministrazioni" da trasmettere all'Organismo Regionale per la Formazione in Sanità ex Deliberazione di Giunta Regionale n. 394 del 5 marzo 2012,

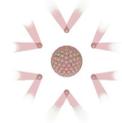
portava comunque con sé intrinseci rischi di una scarsa armonizzazione de:

- i cronoprogrammi attuativi;
- le risorse umane necessarie sia sotto il profilo quantitativo che delle "skill" da esse possedute;
- le risorse economico-finanziarie;
- le infrastrutture anche di tipo tecnologico e digitale, le dotazioni di beni strumentali e di servizi accessori
- l'integrazione operativa fra servizi.

Consapevole di tale pericolo, il Dipartimento della Funzione Pubblica, con Il recente D.L. 9 giugno 2021, n. 80 "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", entrato in vigore in data 10 giugno 2021 e convertito in Legge n. 113 il 6 agosto 2021, all'art. 6 ha previsto che ***"per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, le pubbliche amministrazioni, (...) adottano il Piano integrato di attività e organizzazione" (PIAO)***.

Difatti, sempre ai sensi dell'art. 6 esso ingloba, in una visione sinottica ed integrata:

- a. gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- b. la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;

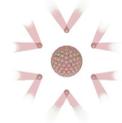


- c. compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, 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 lettera b), assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;
- d. gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità Nazionale AntiCorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione;
- e. l'elenco delle procedure da semplificare e reinquadrare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;
- f. le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- g. le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

1.2. Principi generali del Piano

Tutto il Piano è comunque conformato ai principi che guidavano il precedente Piano Triennale della Performance, indicati nelle Linee Guida n. 1/2017 del Dipartimento della Funzione Pubblica:

- **Trasparenza**: l'Istituto pubblica il Piano sul proprio sito istituzionale nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente" e lo presenta nelle sedi e nelle forme ritenute più opportune, nell'ambito di apposite giornate dedicate alla trasparenza, alle associazioni degli utenti e alle organizzazioni sindacali;
- **Immediata intellegibilità**: al fine di garantire facilità di comprensione agli stakeholders esterni (istituzioni, utenti, cittadini, associazioni di categoria, ecc.) il piano viene proposto in forma schematica;
- **Veridicità e verificabilità**: per ciascun indicatore di misurazione e di valutazione della performance individuato nel piano, viene indicato la fonte di provenienza dei dati. I dati che alimentano gli indicatori sono tutti tracciabili. Al fine di garantire la verificabilità del processo seguito, vengono inoltre definite le fasi, i tempi, e le modalità del processo per la predisposizione del Piano e per la sua eventuale revisione infra-annuale nel caso in



cui intervenissero situazioni o eventi straordinari. Vengono altresì individuati gli attori coinvolti (organi di indirizzo politico-amministrativo, dirigenti e strutture) e i loro ruoli;

- **Partecipazione**: il Piano viene definito attraverso la partecipazione attiva del personale dirigente nonché attraverso l'interazione con gli stakeholders esterni, dei quali vengono individuate, raccolte e recepite aspettative ed attese, al fine di favorire la promozione partecipativa, le pari opportunità ed il miglioramento del benessere organizzativo nonché gli esiti attesi dell'attività assistenziale erogata;
- **Coerenza interna ed esterna**: al fine di rendere il Piano effettivamente attuabile, i contenuti dello stesso sono coerenti con il contesto di riferimento (coerenza esterna) e con gli strumenti e le risorse (umane, strumentali, finanziarie) disponibili (coerenza interne);
- **Orizzonte pluriennale**: l'arco temporale di riferimento del Piano è il triennio, con scomposizione in obiettivi annuali, secondo una logica di scorrimento. La struttura del documento consente il confronto degli anni del Piano con la Relazione sulla Performance di cui all'art. 10, comma 1 lettera b), del D.Lgs. n. 150/2009 e ss.mm.ii., che evidenzia a consuntivo e con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali conseguiti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse disponibili, con la rilevazione degli eventuali scostamenti ed il bilancio di genere realizzato.

1.3. Articolazione del Piano e contenuti

14

Il contenuto, l'articolazione, le modalità di redazione, di adozione e pubblicità del PIAO sono stati definiti con il "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione" adottato con il DPCM n. 132 del 30 giugno 2022 del Dipartimento della Funzione Pubblica, il quale prevede - all'art. 2 – una sua estensione in 3 sezioni:

- **Sezione 1 – Introduzione**
- **Sezione 2 – Valore Pubblico, Performance ed Anticorruzione**, a sua volta articolata in 3 sottosezioni:
 - **Sottosezione 2.a. - Valore Pubblico**, in cui sono definiti:
 - Il valore pubblico dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari nel Servizio Sanitario Nazionale quale Ospedale di Alta Specializzazione e di ricerca nel settore oncologico e nel Sistema Sanitario Regionale quale Centro di Riferimento Regionale della Rete Oncologica Pugliese.
 - I risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici, programmati in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria adottati da ciascuna amministrazione;



- Le modalità ed 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;
- Le procedure da semplificare e reingegnerizzare, secondo le misure previste dall'Agenda Semplificazione e, per gli enti interessati dall'Agenda Digitale, secondo gli obiettivi di digitalizzazione ivi previsti;
- 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.

Nella Sottosezione Valore Pubblico sono descritti gli obiettivi strategici che riprendono – integrandoli in un rationale compiuto – quelli assegnati alla Direzione Strategica da parte del Comitato di Indirizzo e Vigilanza, quelli di performance ed economico – gestionali definiti per le Aziende Sanitarie Locali del S.S.R. da parte della Regione Puglia, gli obiettivi vincolanti di mandato e quelli previsti dal contratto di prestazione d'opera intellettuale sottoscritto dal Direttore Generale pro – tempore, gli obiettivi L.E.A..

Tale descrizione, secondo linea guida, è resa con linguaggio semplice attraverso la risposta alle seguenti domande:

- a) Identificazione del Valore Pubblico principale ed eventuali Valori Pubblici secondari;
- b) Individuazione degli obiettivi strategici atti a favorire la creazione/incremento dei Valori Pubblici;
- c) Soggetti cui è indirizzato il servizio pubblico ed eventuali altri “stakeholders”;
- d) Tempistiche di implementazione e milestones delle strategie;
- e) Indicatori di conseguimento globale o parziale degli obiettivi in termini di Valore Pubblico e loro misurazione con individuazione del valore di partenza (baseline) di arrivo (target) e delle fonti informative per la misurazione degli stessi.

Gli obiettivi generali e specifici individuati dall'Istituto Tumori mirano a migliorare la qualità della vita e di salute del cittadino/paziente, fine ultimo cui devono essere orientati tutti gli sforzi di miglioramento delle performance dell'Istituto ed a cui devono essere sempre orientati gli obiettivi specifici-operativi di cui alla successiva Sottosezione 2.b.

L'Istituto vigilerà sul rispetto dei vincoli di buona prassi di gestione dei servizi sanitari e di qualità delle prestazioni in quanto elementi necessari al conseguimento degli “outcome” di tutto il processo organizzativo cui il presente documento sottende.

- **Sottosezione 2.b. – Performance**, predisposta in conformità alle previsioni del Capo II del decreto legislativo n. 150 del 2009, è finalizzata all'individuazione degli obiettivi e



degli indicatori di performance, di efficienza e di efficacia dell'amministrazione. In essa, tenendo conto del **contesto esterno ed interno** nei quali l'Istituto si trova ad operare, e con riferimento **alla struttura dell'offerta, ai livelli assistenziali assicurati ed alla peculiare natura di Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico**, si procede alla declinazione degli obiettivi strategici assegnati dalla committenza nazionale e regionale e dagli organi di indirizzo e controllo in obiettivi operativi così classificati:

- ✓ Conservazione dell'equilibrio economico-finanziario attraverso incremento dei ricavi - contenimento dei costi;
- ✓ Potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale;
- ✓ Miglioramento dell'appropriatezza mediante approcci clinico-terapeutici scientificamente comprovati e conseguente economicità nell'impiego delle risorse per l'assistenza sanitaria;
- ✓ Miglioramento dell'assistenza e dei servizi complementari e di supporto mediante efficientamento organizzativo e procedurale;
- ✓ Miglioramento della qualità percepita, e piena accessibilità da parte dell'utenza e comunicazione ed informazione verso di essa;
- ✓ Transizione digitale in sanità;
- ✓ Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive;
- ✓ Azioni di benessere organizzativo e pari opportunità (CUG)

e descrivendo:

- ✓ Le attività che si reputano necessarie al loro conseguimento;
- ✓ L'attribuzione ai Direttori di Struttura Complessa o Dirigenti Responsabili di Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale (eventualmente in condivisione o con il contributo di soggetti esterni) , secondo il principio di competenza;
- ✓ Soggetti cui è indirizzato il risultato dell'obiettivo operativo ed eventuali altri "stakeholders";
- ✓ Tempistiche e "milestones" della loro implementazione;
- ✓ Indicatori di conseguimento globale o parziale degli obiettivi operativi e loro misurazione con individuazione del valore di partenza (baseline) di arrivo (target) e delle fonti informative per la misurazione degli stessi.

Infine, la Sottosezione descrive il ciclo e le fasi della performance organizzativa ed individuale, ponendo attenzione agli elementi di integrazione tra i due ambiti e all'individuazione di azioni di miglioramento del processo, nonché gli strumenti per la valutazione del personale.



- **Sottosezione 2.c. - Rischi corruttivi e trasparenza**, predisposta dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, sulla base degli obiettivi strategici in materia definiti dall'organo di indirizzo, ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190, contiene sulla base delle indicazioni del Piano nazionale anticorruzione (PNA) e degli atti di regolazione generali adottati dall'ANAC ai sensi della legge 6 novembre 2012 n. 190 del 2012 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 del 2013:
 - La valutazione di impatto del contesto esterno, che evidenzi se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l'amministrazione opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi;
 - La valutazione di impatto del contesto interno, che evidenzi se lo scopo dell'ente o la sua struttura organizzativa possano influenzare l'esposizione al rischio corruttivo;
 - La mappatura dei processi, per individuare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità, dell'attività, espongono l'amministrazione a rischi corruttivi con particolare attenzione ai processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico;
 - L'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi, in funzione della programmazione delle misure previste dalla legge n. 190 del 2012 e di quelle specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati;
 - La progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio, privilegiando l'adozione di misure di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa; . Le misure specifiche sono progettate in modo adeguato rispetto allo specifico rischio, calibrate sulla base del miglior rapporto costi benefici e sostenibili dal punto di vista economico e organizzativo. Devono essere privilegiate le misure volte a raggiungere più finalità, prime fra tutte quelle di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità. Particolare favore va rivolto alla predisposizione di misure di digitalizzazione.
 - Il monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure;
 - La programmazione dell'attuazione della trasparenza e monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato, ai sensi del d.lgs. n. 33 del 2013.
- **Sezione 3 – Organizzazione e Capitale umano**, a sua volta articolata nelle seguenti sottosezioni:
 - **Sottosezione 3.a. – Struttura organizzativa**, in cui sono descritti:



- Il modello organizzativo adottato in cui sono riportati:
 - ✓ l'organigramma,
 - ✓ la descrizione delle funzioni organizzative svolte da ciascuna Struttura Complessa e Semplice a Valenza Dipartimentale ed i livelli di responsabilità organizzativa, nonché le fasce per la gradazione delle posizioni dirigenziali ed assimilabili (posizioni organizzative);
 - ✓ L'ampiezza media delle unità organizzative in termini di numero di dipendenti in servizio distinte tra dirigenza e comparto, tipologia e specializzazione;
 - ✓ Le specificità del modello organizzativo connesse alla funzione della ricerca;
- Gli interventi e le azioni programmate in materia di garanzia del valore pubblico di cui alla precedente sezione;
- **Sottosezione 3.b. – Organizzazione del lavoro agile**, in cui si descrive la strategia di implementazione nell'Istituto delle prestazioni lavorative in tale specifico regime, la cui applicazione era già stata autorizzata dall'art. 18 comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81, e che in corso di emergenza pandemica si è trasformata nella modalità ordinaria di prestazione in virtù dell'articolo 87, comma 1, del D.L. n. 18 del 17 marzo 2020, convertito in Legge n. 27 del 24 aprile 2020, ritornata poi modalità speciale a seguito della pubblicazione del D.P.C.M. del 23 settembre 2021 e successivamente sottoposta ad un regime di revisione con le specifiche Linee Guida per le pubbliche amministrazioni promulgate con Decreto del Ministro della P.A. dell'8 ottobre 2021, in attesa di specifica contrattazione collettiva nazionale. Essa riporta le informazioni riguardanti:
 - La condizionalità ed i fattori abilitanti in cui viene delineato il sistema di garanzie che da una parte assicuri la capacità di erogazione di servizi dell'Istituto con comparabili se non migliori prestazioni in termini di efficacia ed efficienza anche in condizioni di lavoro agile e dall'altra fornisca ampie tutele dei diritti dei lavoratori e degli utenti, favorisca la produttività e l'orientamento ai risultati, concili le esigenze dei lavoratori con le esigenze organizzative dell'Istituto, consentendo, allo stesso tempo anche il miglioramento dei servizi pubblici e l'equilibrio fra vita professionale e vita privata. A tal scopo è prospettata l'evoluzione del sistema tecnologico-organizzativo dall'attuale situazione ad una conforme alle citate Linee Guida in termini di:
 - ✓ dotazioni tecnologiche individuali;
 - ✓ sistemi per la sicurezza e resilienza della connettività;
 - ✓ sistemi di autenticazione ed autorizzazione all'accesso;



- ✓ protocolli e modalità di collegamento alla Postazione di lavoro ed agli strumenti condivisi di produttività;
 - ✓ revisione e verifica dei criteri di redazione degli accordi individuali;
 - ✓ individuazione delle prestazioni erogabili in “telelavoro” per singole strutture e coefficienti di contemporaneità del personale in lavoro agile;
 - ✓ attività formative abilitanti (dirigenti: strumenti informatici, tecniche di organizzazione del lavoro e di verifica, comparto: strumenti informatici e sicurezza del lavoro).
- Gli specifici obiettivi connessi all'erogazione di servizi in lavoro agile sia di tipo amministrativo, ma anche e non certo trascurabili, per le potenzialità di efficientamento, quelli relativi ai servizi di telemedicina, ed individuazione delle misurazioni delle performance relative
 - I possibili contributi al miglioramento delle performance sia di tipo amministrativo, ma anche e non certo trascurabili, per le potenzialità di efficientamento, quelli relativi ai servizi di telemedicina, ed individuazione delle misurazioni delle performance relative in termini di efficienza e di efficacia (es. qualità percepita del lavoro agile; riduzione delle assenze, customer/user satisfaction per servizi campione, ecc.).
- **Sottosezione 3.c. – Piano triennale dei fabbisogni di personale**, indica la programmazione strategica triennale delle risorse umane a partire dalla consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente a quello di adozione del Piano, suddivisa per inquadramento professionale e tipologia contrattuale descrivendo la distribuzione della capacità assunzionale e l'allocazione mirata delle professionalità disponibili in relazione all'ottimale conseguimento degli obiettivi di valore pubblico e di performance designati nelle precedenti parti del PIAO, sia in termini di servizi, ma anche di cambiamento dei modelli organizzativi. Vengono naturalmente tenuti in debito conto vincoli e criteri connessi a:
 - la capacità assunzionale dell'amministrazione, calcolata sulla base dei vigenti vincoli di spesa;
 - la stima delle cessazioni dal servizio, effettuata sulla base della disciplina vigente, dell'evoluzione dei fabbisogni di personale in relazione alle scelte in materia di reclutamento, operate sulla base della digitalizzazione dei processi, delle esternalizzazioni o internalizzazioni o dismissioni di servizi, attività o funzioni, introduzione di modificazioni organizzative, di tecniche e tecnologie emergenti o altri fattori interni/esterni che richiedono (riduzione/aumento del numero degli addetti e/o individuazione di addetti con competenze diversamente qualificate);



- le strategie di copertura del fabbisogno - ove individuate - sulla base delle prioritizzazioni strategiche, mediante:
 - ✓ Trasformazione dell'allocazione delle risorse: trasferimenti, assegnazioni condivise, fra servizi/settori/aree;
 - ✓ Modificazioni di livello/inquadramento del personale: progressione di carriera, riqualificazione funzionale (formazione/TOTJ), job enlargement, stabilizzazioni, ricorso a forme flessibili di lavoro;;
 - ✓ Soluzioni esterne: mobilità esterna in/out o altre forme di assegnazione temporanea di personale tra PPAA(comandi e distacchi) e con il mondo privato (convenzioni), concorsi;
- le eventuali situazioni di soprannumero o le eccedenze di personale, in relazione alle esigenze funzionali.
- le strategie di formazione del personale, evidenziando:
 - ✓ le priorità strategiche in termini di riqualificazione o potenziamento delle competenze suddivise per livello organizzativo e per filiera professionale;
 - ✓ le risorse interne ed esterne disponibili e/o 'attivabili' ai fini delle strategie formative;
 - ✓ le misure volte ad incentivare e favorire l'accesso a percorsi di istruzione e qualificazione del personale laureato e non laureato (es. politiche di permessi per il diritto allo studio e di conciliazione);
 - ✓ gli obiettivi e i risultati attesi (a livello qualitativo, quantitativo e in termini temporali) della formazione in termini di riqualificazione e potenziamento delle competenze e del livello di istruzione e specializzazione dei dipendenti, anche con riferimento al collegamento con la valutazione individuale, inteso come strumento di sviluppo.
- **Sezione 4 – Monitoraggio**, In essa sono descritti gli strumenti (fonti informative), le modalità (indicatori), i valori di riferimento (target) ed i responsabili del monitoraggio stesso. In particolare, il sistema di monitoraggio nei 3 ambiti fondamentali:
 - **Monitoraggio del Valore pubblico e della Performance**
 - **Monitoraggio della sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza**
 - **Monitoraggio della sottosezione Organizzazione e capitale umano**



2. Sezione Valore Pubblico, Performance ed Anticorruzione

2.a. Sottosezione Valore Pubblico

2.a.1. Il valore pubblico dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari nel SSN e SSR

L'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), persona giuridica di diritto pubblico, di rilevanza nazionale nella specializzazione disciplinare ONCOLOGIA, non trasformato in fondazione, confermato con D.M. Salute del 30 maggio 2014 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 140 del 19-6-2014, e successivo D.M. Salute del 06 maggio 2019 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 130 del 05 giugno 2019

L'Istituto trae origine dal Centro Tumori, gestito dal Consorzio Provinciale per la lotta contro i tumori istituito con Decreto Prefettizio del 19 gennaio 1933, n. 264243. Successivamente, con decreto del Presidente della Regione Puglia n.1058 del 20 maggio 1976 è stato costituito quale Ente Ospedaliero e dichiarato Ospedale Specializzato in Oncologia e con decreto interministeriale del 13 maggio 1985 l'Ospedale Provinciale specializzato in Oncologia è stato riconosciuto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico.

L'Istituto ha la propria sede di proprietà nell'ex Ospedale "DOMENICO COTUGNO" sito in Bari, in via Orazio Flacco, n. 65.

L'Istituto persegue gli obiettivi di ricerca stabiliti nei piani e programmi nazionali e regionali e gli obiettivi di assistenza previsti dal Piano Sanitario Nazionale e dalla programmazione sanitaria regionale. Esso si pone quale polo di eccellenza per le attività di ricerca pre-clinica, traslazionale e clinica, e di assistenza per le patologie oncologiche ed ematologiche.

L'inscindibilità, la reciprocità e il continuum funzionale tra clinica e ricerca costituisce un plusvalore di indubbia positiva portata, la cui presenza simultanea riconosce all'Istituto la certificazione, (con data di emissione del certificato di accreditamento il giorno 12 febbraio 2015), di Clinical Cancer Center, secondo quanto stabilito dall'Organizzazione degli Istituti del Cancro Europei (OECE).

L'accreditamento internazionale conferma che l'Istituto rispetta gli standards internazionali in specifico per la multidisciplinarietà, la ricerca/innovazione e la qualità delle prestazioni assistenziali che caratterizzano la sua attività giornaliera.

La salvaguardia della dignità e della salute complessiva della persona, nel complesso degli aspetti biologici, psicofisici e relazionali, è il riferimento valoriale condiviso di tutte le sue attività.

La "mission" dell'Istituto consiste nella prevenzione, diagnosi, terapia medica, chirurgica e riabilitativa dei tumori perseguendo in questi campi l'eccellenza attraverso lo sviluppo della ricerca oncologica di base, traslazionale e clinica e il miglioramento dell'organizzazione dell'attività di cura e assistenza. Elementi fondamentali sono l'approccio multidisciplinare alla



patologia e la creazione di una rete di collaborazione/condivisione tra le strutture Oncologiche della Regione Puglia, Nazionali e Internazionali.

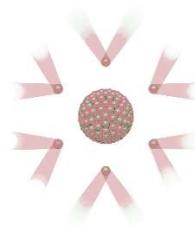
L'Istituto è un soggetto strutturale del Servizio Sanitario Regionale e risponde alla missione indicata dalla Regione Puglia ... di "Centro di riferimento oncologico regionale", con il compito di supportare le autorità regionali nella formulazione dei programmi, nella standardizzazione di metodiche diagnostico - terapeutiche per la validazione dei protocolli.

Presso l'Istituto ha altresì sede il Centro di Coordinamento del Registro Tumori Puglia, istituito con DGR 1500/2008.

L'Istituto, in conformità ai principi stabiliti dal D. Lgs. n 288/03, nonché alle norme e disposizioni nazionali e regionali di programmazione sanitaria, persegue le seguenti finalità:

- svolgere, nella disciplina di oncologia, attività di assistenza sanitaria di tipo clinico e traslazionale e di ricerca scientifica biomedica e sanitaria, integrandole strategicamente in funzione della natura di Istituto a carattere scientifico della struttura;
- elaborare ed attuare, direttamente o in rapporto con altri enti, programmi di formazione professionale e di educazione sanitaria con riferimento agli ambiti istituzionali di attività e per il miglioramento e lo sviluppo delle stesse;
- sperimentare e verificare forme innovative di gestione e organizzazione in campo sanitario, nei rispettivi ambiti disciplinari;
- sviluppare, in adesione alla rete nazionale degli IRCCS oncologici, criteri condivisi per la scelta, l'utilizzo e la valutazione di programmi di Valutazione Esterna della Qualità degli Istituti Oncologici Integrati;
- promuovere l'inserimento dell'Istituto nelle attività internazionali;
- promuovere la ricerca in campo biomedico e biotecnologico, e sui servizi sanitari in oncologia, al fine di trasferirne i risultati nei processi assistenziali del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale;
- supportare, mediante idonee modalità ed appositi accordi con le Università, percorsi di istruzione e formazione pre e post-laurea negli ambiti delle scienze mediche e sanitarie, della ricerca biomedica, delle discipline infermieristiche e delle professioni sanitarie, delle discipline giuridico-economiche e tecniche.

Il logo dell'Istituto è rappresentato dall'immagine storicamente utilizzata della cellula tumorale aggredita dalla "terapia", che rappresenta la mission delle attività assistenziali e di ricerca.





In virtù della recente emissione delle Linee Guida sull'Hospitality da parte della Regione Puglia, le quali impongono un'immagine standardizzata e ben riconoscibile per tutti i presidi del Servizio Sanitario Regionale, esso è stato affiancato su tutti i documenti dall'intestazione grafica seguente:



2.a.1.1. Epidemiologia territoriale di interesse

Stante la specifica vocazione dell'Istituto verso la prevenzione, diagnosi, terapia medica, chirurgica e riabilitativa dei tumori perseguendo in questi campi l'eccellenza attraverso lo sviluppo della ricerca oncologica di base, traslazionale e clinica e la designazione dell'Istituto - soggetto pubblico strutturale del Servizio Sanitario Regionale – quale "Centro di riferimento oncologico regionale", il suo Valore Pubblico deve essere commisurato al bisogno espresso dalla popolazione regionale di riferimento riguardo alle patologie tumorali ed assimilabili.

La valutazione di tale bisogno deve necessariamente fondarsi sulle analisi più recenti condotte dal Registro Tumori Regionale, istituito con DGR 1500/2008, unico in Italia a nascere prevedendo una copertura regionale, con Centro di Coordinamento collocato proprio presso l'Istituto e con sezioni periferiche in ciascuna delle ASL pugliesi.

Nel report più recente pubblicato dal Registro vengono rilevate l'incidenza in termini di "nuovi casi di tumore per anno, e la mortalità, misurata in decessi aventi causa principale di morte il tumore sempre in un anno, in entrambi i casi espresse in riferimento a centomila abitanti, suddivisa per sede di insediamento della malattia.

La rilevazione basata sui registri tumori delle 4 ASL territoriali accreditate AIRTUM permette di costituire un raggruppamento di dati denominato "Pool Puglia" che include circa il 53% della popolazione pugliese residente. Su tale base è stata prodotta una stima del tasso di incidenza tumorale sull'intero territorio regionale applicando i tassi del Pool Puglia alla restante parte (47%), aggiustati per un fattore che ha tenuto conto dell'ospedalizzazione nelle aree non coperte (Foggia e Bari): in particolare, il fattore correttivo utilizzato ha incorporato l'ospedalizzazione di Foggia e Bari rapportata all'ospedalizzazione del Pool Puglia.

La popolazione a rischio utilizzata è rappresentata dalla popolazione residente nelle quattro suddette province (fonte ISTAT), calcolata come media della popolazione intercensuaria per gli anni di incidenza e mortalità disponibili.



2.a.1.2. Incidenza, sopravvivenza e mortalità

I criteri di classificazione dell'incidenza neoplastica per sede tumorale sono stati i seguenti:

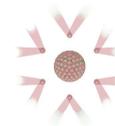
Incidenza					
Sede	Aggregazione	Topografia ICD-O-3	Morfologia ICD-O-3	Malignità	ICD9 ICD9-CM
Labbro	Testa e collo	C00	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	140
Lingua	Testa e collo	C01-C02	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	141
Bocca	Testa e collo	C03-C06	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	143-145
Ghiandole salivari	Testa e collo	C07-C08	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	142
Orofaringe	Testa e collo	C09-C10	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	146
Rinofaringe	Testa e collo	C11	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	147
Ipfaringe	Testa e collo	C12-C13	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	148
Faringe NAS	Testa e collo	C14	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	149
Stomaco		C16	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	151
Colon	Colon-retto	C18	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	153
Retto	Colon-retto	C19-C21	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	154
Fegato		C22	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	155
Pancreas		C25	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	157
Cavità nasale	Testa e collo	C30-C31	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	160
Laringe	Testa e collo	C32	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	161
Polmone		C33-C34	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	162
Pelle, melanomi		C44	8720-8790	/3	172
Pelle, non melanomi (a)		C44	escluso 8720-8790, 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	173
Mesotelioma		tutte	9050-9055	/3	nd
Mammella		C50	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	174-175
Cerviceuterina		C53	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	180
Utero, corpo		C54	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	182
Ovaio		C56	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	183.0
Prostata		C61	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	185
Testicolo		C62	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	186
Rene		C64	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	189.0
Vescica (maligno)	Vescica	C67	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	188
Vescica (non maligno)	Vescica	C67	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/1 /2	233.7-236.7
Encefalo e SNC (maligno)		C70-C72	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	191-192
Encefalo e SNC (non maligno) (b)		C70-C72	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/0 /1	225, 228.02, 237.(5-9)
Tiroide		C73	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	193
Linfoma di Hodgkin		tutte	9650-9667	/3	201
Linfoma non Hodgkin		tutte	9590-9596, 9670-9729, 9760-9764, 9940, 9948	/3	200, 202.0-202.2, 202.4, 202.8, 202.9, 273.3
		escl. C42.0, .1, .4	9823-9827	/3	



Mieloma		tutte	9731-9734	/3	203, 238.6
Leucemia linfatica acuta	Leucemia	tutte	9826, 9835-9837	/3	204.0
	Leucemia	C42.0, .1, .4	9827	/3	
Leucemia linfatica cronica	Leucemia	tutte	9831-9834	/3	204.1
	Leucemia	C42.0, .1, .4	9823	/3	
Leucemia mieloide acuta	Leucemia	tutte	9840, 9861, 9866-9874, 9891-9920, 9931	/3	205.0 , 206.0, 207.0, 207.2
Leucemia mieloide cronica	Leucemia	tutte	9863, 9875, 9876, 9945, 9946	/3	205.1
Leucemia NAS	Leucemia	tutte	9800-9820, 9860, 9930	/3	204-208 (escl. precedenti leucemie)
Tutti esclusi (a) e (b)					

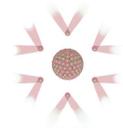
e l'incidenza rilevata è la seguente:

	Maschi (incidenza ogni 100.000 abitanti)	Femmine (incidenza ogni 100.000 abitanti)
Testa - collo	25.5	5.8
Stomaco	20.6	12.7
Colon-retto	65.8	55.9
Fegato	29.6	12.8
Pancreas	13.7	11.5
Polmone e bronchi	102	18.6
Melanoma	9.6	10
Mammella		124.7
Cervice uterina		7.9
Utero		22.7
Ovaio		16.1
Prostata	95.0	
Testicolo	7.3	
Rene ed altri organi urinari	14.5	7.4
Vescica	77.2	12.5
Encefalo e SNC	11.3	8.5
Tiroide	8.3	29.4
Leucemia	18.1	12.8
Linfoma di Hodgkin	3.9	3.6
Linfoma non Hodgkin	17.6	14.2
Mesotelioma	2.9	0.9
Mieloma multiplo	8.5	7.6
Sub-totale	531.4	395.6
Tutti escluso encefalo e SNC e pelle non melanomi	562.1	426.7
Con SNC ed encefalo	573.4	435.2



Tale incidenza una volta correlata alla popolazione residente, determina la seguente stima di nuovi casi nell'anno (stima ottenuta moltiplicando l'incidenza rilevata per la popolazione residente nei territori regionali secondo rilevazione ISTAT del 2021):

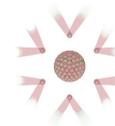
Nuovi casi per provincia	Foggia		Bari		Brindisi		Taranto		Lecce		Barletta-Andria-Trani		Puglia	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Testa - collo	75	18	153	36	47	11	69	17	95	23	48	11	487	117
Stomaco	61	39	123	80	38	25	56	37	77	51	39	24	394	256
Colon-retto	194	170	394	351	121	110	179	161	245	225	124	108	1257	1125
Fegato	87	39	177	80	55	25	81	37	110	52	56	25	566	258
Pancreas	40	35	82	72	25	23	37	33	51	46	26	22	262	231
Polmone e bronchi	301	57	610	117	188	37	277	54	380	75	192	36	1949	374
Melanoma	28	30	57	63	18	20	26	29	36	40	18	19	183	201
Mammella		379		784		246		359		502		240		2509
Cervice uterina		24		50		16		23		32		15		159
Utero		69		143		45		65		91		44		457
Ovaio		49		101		32		46		65		31		324
Prostata	280		569		175	0	258		354		179		1815	
Testicolo	22		44		13	0	20		27		14		139	
Rene ed altri organi urinari	43	22	87	46	27	15	39	21	54	30	27	14	277	149
Vescica	228	38	462	79	142	25	210	36	288	50	145	24	1475	252
Encefalo e SNC	33	26	68	53	21	17	31	24	42	34	21	16	216	171
Tiroide	24	89	50	185	15	58	23	85	31	118	16	57	159	592
Leucemia	53	39	108	80	33	25	49	37	67	52	34	25	346	258
Linfoma di Hodgkin	12	11	23	23	7	7	11	10	15	14	7	7	75	72
Linfoma non Hodgkin	52	43	105	89	32	28	48	41	66	57	33	27	336	286
Mesotelioma	9	3	17	6	5	2	8	3	11	4	5	2	55	18
Mieloma multiplo	25	23	51	48	16	15	23	22	32	31	16	15	162	153
Sub-totale	1569	1202	3180	2486	980	779	1445	1139	1981	1593	1000	761	10155	7960



Tutti escluso encefalo e SNC e pelle non melanomi	1659	1297	3364	2681	1036	840	1529	1228	2095	1718	1058	821	10741	8585
Totale incluso SNC ed encefalo	1693	1322	3431	2735	1057	857	1560	1253	2137	1752	1079	838	10957	8756

Sono stati quindi desunti dalla letteratura scientifica i dati di sopravvivenza in termini di percentuale dei nuovi casi senza recidiva a 5, ricavando così a partire dai dati dei nuovi casi annui di cui alla tabella precedente la stima di seguito riportata:

Sopravvivenza a 5 anni	Percentuale sopravvivenza		Foggia		Bari		Brindisi		Taranto		Lecce		Barletta-Andria-Trani		Puglia	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Testa e collo	59%	61%	44	11	90	22	28	7	41	10	56	14	28	7	286	71
Stomaco	28%	26%	17	10	35	21	11	7	16	10	22	13	11	6	112	66
Colon-retto	59%	60%	115	102	233	211	72	66	106	97	145	135	73	65	744	677
Fegato	17%	13%	15	5	30	10	9	3	14	5	19	6	10	3	97	32
Pancreas	6%	5%	2	2	5	4	1	1	2	2	3	2	1	1	15	11
Polmone e bronchi	12%	20%	36	11	73	23	22	7	33	11	45	15	23	7	232	75
Melanoma	80%	87%	23	26	46	54	14	17	21	25	29	35	14	17	147	174
Mammella		86%		327		676		212		310		433		207	0	2165
Cervice uterina		61%		15		30		9		14		19		9	0	97
Utero		81%		56		115		36		53		74		35	0	368
Ovaio		41%		20		42		13		19		27		13	0	133
Prostata	91%		255		517		159		235		322		163		1652	0
Testicolo	95%		20		41		13		19		26		13		132	0
Rene ed altri organi urinari	63%	72%	27	16	55	34	17	11	25	15	34	22	17	10	175	108
Vescica	76%	72%	174	27	353	57	109	18	160	26	220	36	111	17	1127	182
Encefalo e SNC	20%	18%	7	5	14	9	4	3	6	4	8	6	4	3	43	30
Tiroide	92%	97%	23	87	46	180	14	56	21	82	29	115	14	55	147	576



Leucemia	55%	51%	29	20	60	41	18	13	27	19	37	26	19	12	191	130	
Linfoma di Hodgkin	87%	92%	10	10	20	21	6	7	9	10	13	13	6	6	65	67	
Linfoma non Hodgkin	64%	68%	33	29	68	61	21	19	31	28	42	39	21	19	217	194	
Mesotelioma	10%	11%	1	0	2	1	1	0	1	0	1	0	1	0	5	2	
Mieloma multiplo	54%	44%	13	10	27	21	8	7	12	10	17	14	9	6	87	68	
Sub-totale	54%	53%	844	640	171	132	527	415	778	607	1066	848	538	405	5463	4239	
Tutti escluso encefalo e SNC e pelle non melanomi	53%	64%	874	825	177	170	546	534	806	781	1104	109	3	557	522	5661	5460
Totale incluso SNC ed encefalo	52%	62%	881	829	178	171	550	537	812	786	1113	109	9	562	525	5704	5491

Oltre ai dati di incidenza ed alle stime di sopravvivenza dalle quali è possibile stimare la domanda di servizi assistenziali oncologici e quindi basare il dimensionamento dell'offerta da parte dell'Istituto, in termini di nuove diagnosi e correlati Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, è stato rilevato il tasso di mortalità ogni 10.000 abitanti dei vari tipi di tumore tra la popolazione pugliese residente come desunto dai dati ISTAT per il 2019 (ultimo dato disponibile).

I criteri di definizione della mortalità neoplastica sono quelli di seguito indicati:

Mortalità	
Sede	ICD-10
Testa e collo	C00-C14, C30-C32
Stomaco	C16
Colon, retto e ano	C18-C21
Fegato	C22
Pancreas	C25
Polmone	C33-C34
Melanoma della pelle	C43
Mesotelioma	C45
Mammella	C50
Cervice uterina	C53



Corpo dell'utero	C54
Ovaio	C56
Prostata	C61
Testicolo	C62
Rene	C64
Vescica	C67
Encefalo e SNC, maligno	C72
Tiroide	C73
Linfoma di Hodgkin	C81
Linfoma non Hodgkin	C82-C85
Mieloma multiplo	C88-C90
Leucemia	C91-C96
Totale, esclusa pelle non melanomi	C00-C97, no C44

Territorio	Foggia		Bari		Brindisi		Taranto		Lecce		BAT		Puglia	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
tumori	886	663	1805	1426	617	491	916	681	1324	992	539	398	6086	4652
tumori maligni	818	621	1719	1333	580	449	864	631	1248	930	507	368	5737	4334
labbra, cavità orale e faringe	27	14	31	17	16	7	27	6	28	13	12	4	139	60
esofago	6	4	13	9	6	3	8	4	10	1	4	3	46	24
stomaco	37	27	99	66	33	20	48	31	52	36	19	23	289	203
colon, retto e ano	104	92	239	176	53	51	85	77	108	132	56	47	644	575
fegato e dotti biliari intraepatici	44	27	127	68	31	24	62	34	76	35	32	25	373	213
pancreas	49	53	103	104	34	26	58	51	69	76	33	32	346	342
laringe	16		26	2	4		9	3	22	4	5	1	80	10
trachea, bronchi e polmoni	210	53	372	106	142	46	217	47	375	87	120	28	1435	366
cute	14	7	20	14	7	4	5	9	18	16	11	1	75	50
seno	2	115	2	247	2	100		135	1	180	2	76	10	853
prostata	63	0	147	0	55	0	66	0	95	0	44	0	470	0
cervice uterina	0	5	0	6	0	4	0	1	0	15	0		0	30
utero	0	21	0	43	0	22	0	24	0	32	0	14	0	157
ovaio	0	31	0	52	0	17	0	36	0	45	0	23	0	203
rene	14	12	35	19	14	6	13	8	25	18	12	6	113	68
vescica	44	10	104	30	49	5	57	13	88	15	26	5	367	76
cervello e sistema nervoso centrale	24	14	41	41	20	17	27	13	32	29	11	10	153	123
tiroide	3	2	5	10	1	2	1	2	2	4			11	20
morbo di hodgkin e linfomi	24	11	57	38	13	13	16	16	34	24	20	5	162	107
leucemia	32	22	67	64	20	16	35	22	47	27	33	11	235	163
tessuto linfatico/ematopoietico	16	22	35	33	11	17	22	15	25	27	11	6	118	121
altri tumori maligni	92	81	196	187	71	50	109	85	142	114	57	50	667	567
tumori non maligni (benigni e	68	42	86	93	36	41	51	50	77	63	32	29	350	318

di comportamento
incerto)

Nella Regione Puglia, ogni anno si sono ammalano di tumore circa 20.000 persone, di cui circa il 45% donne e il 55% uomini (rispettivamente circa 9.000 e 11.000 casi), oltre ai carcinomi della cute che, per le loro peculiarità biologiche e cliniche e per la difficoltà di stimarne esattamente il numero, vengono in genere conteggiati separatamente.

La frequenza con cui vengono diagnosticati i tumori (escludendo i carcinomi della cute) è quindi in media di 5-6 nuovi casi ogni 1.000 uomini e di 4 casi ogni 1.000 donne ogni anno, quindi nel complesso circa 5 casi ogni 1.000 persone.

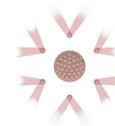
Nella popolazione femminile, il tumore della mammella è il tumore più frequente (29% del totale), seguito dal tumore del colon retto (13%), della tiroide (7%), corpo dell'utero (5%) e del polmone (4%): confrontando i dati pugliesi con quelli nazionali³, si osserva che vi è una coincidenza di posizione e di valori nelle prime due patologie, mentre in Italia la terza posizione è occupata dal tumore del polmone (6%), seguito da tiroide e corpo dell'utero.

Nel sesso maschile la prima posizione è ancora occupata in Puglia dal tumore del polmone che rappresenta il 18% del totale, seguito dal tumore della prostata (17%), della vescica (14%) del colon-retto (12%) e del fegato (5%): il dato nazionale vede invece al primo posto il tumore della prostata e, tra le cinque patologie più frequenti, si conta il tumore dello stomaco ma non quello del fegato.

I dati dell'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) indicano per il 2019 (ultimo anno al momento disponibile) in circa 10.700 i decessi attribuibili a tumore (57% tra gli uomini e 43% tra le donne) – tra i poco più di 40.000 decessi verificatisi in quell'anno in Puglia. A livello nazionale e regionale i tumori sono la seconda causa di morte (27% di tutti i decessi), dopo le malattie cardio-circolatorie (36%). Tuttavia va segnalato che i tumori sono equivalenti quale causa di morte al primo posto tra gli uomini (32%) con le patologie cardiovascolari. Nel 2013 i tumori erano addirittura percentualmente superiori.

Le cinque cause di morte tumorali più frequenti nel sesso femminile vedono ancora al primo posto il tumore della mammella (18%), seguito dai tumori del colon-retto (12%), polmone (8%), pancreas (7%) ed infine al quinto posto fegato ed ovaio (4,5%): il dato è abbastanza sovrapponibile a quello nazionale tranne che per l'ultima posizione, è invece occupata dallo stomaco.

Per il sesso maschile, il tumore dei polmone è responsabile di ben il 24% dei decessi per neoplasia, cui segue il tumore del colon (10,6%), della prostata (8%), del fegato e della vescica (6%): anche in questo caso si rileva una differenza rispetto ai valori italiani solo per l'ultima posizione, occupata dallo stomaco.



La probabilità teorica individuale di avere una diagnosi oncologica nel corso della vita (considerando l'intervallo di tempo che va dalla nascita agli 84 anni), viene calcolata attraverso una misura chiamata "rischio cumulativo".

Questa misura viene espressa attraverso il numero di persone che, in termini probabilistici, sarebbe necessario seguire nel corso della loro vita, in assenza di decessi, perché una di queste abbia una diagnosi di tumore.

Considerando il rischio cumulativo di avere una diagnosi di qualunque tumore, questa probabilità riguarda un uomo ogni due e una donna ogni tre nel corso della loro vita nel periodo 0-84 anni.

Tanto più il tumore è frequente, tanto minore sarà il numero di persone da seguire per riscontrarne una affetta da tumore: una donna ogni 10 ha la probabilità di ammalarsi di tumore della mammella, un uomo ogni 9 ha la probabilità di ammalarsi di tumore della prostata e del polmone.

Al fine di consentire una più agevole lettura della situazione epidemiologica della Regione rispetto al dato nazionale si riassume di seguito la sinossi dei dati nazionali in termini di incidenza (nuovi casi annui), prevalenza (malati in vita nell'anno), mortalità, così come rilevata dal rapporto AIRTUM "I numeri del cancro in Italia":

Sede	Nuovi casi annui (2020)		Decessi (2021)		Ammalati in vita (2021)		Incidenza (ogni 100.000 residenti)		Prevalenza (ogni 100.000 residenti)		Mortalità (ogni 100.000 residenti)		Sopravvivenza ai 5 anni		Sopravvivenza ai 5 anni condizionata al superamento del 1° anno	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Testa - Collo	7300	2600	2900	1200	36100	21800	25.13	8.50	124.27	71.26	9.98	3.92	59%	62%	72%	76%
Esofago	1700	700	1400	500	5100	2000	5.85	2.29	17.56	6.54	4.82	1.63	13%	22%	n.d.	n.d.
Stomaco	8500	6000	5100	3400	50300	32100	29.26	19.61	173.15	104.93	17.56	11.11	30%	35%	53%	59%
Colon-Retto	2340	2030	1150	1020	28030	23320	80.55	66.36	964.88	762.31	39.59	33.34	65%	66%	77%	79%
Fegato	8700	4300	5400	2400	25300	8500	29.95	14.06	87.09	27.79	18.59	7.85	22%	22%	40%	39%
Pancreas	6900	7400	6300	6600	11000	10100	23.75	24.19	37.87	33.02	21.69	21.57	11%	12%	31%	28%
Colecisti e vie biliari	2400	3000	n.d.	n.d.	6800	5900	8.26	9.81	23.41	19.29	n.d.	n.d.	17%	15%	n.d.	n.d.
Polmone	2755	1330	2310	1090	77200	40600	94.84	43.48	265.75	132.72	79.52	35.63	16%	23%	37%	44%
Melanomi	8100	6700	1193	872	80100	89800	27.88	21.90	275.73	293.55	4.11	2.85	88%	91%	91%	93%
Mesotelioma	1500	500	n.d.	n.d.	4400	1100	5.16	1.63	15.15	3.60	n.d.	n.d.	11%	14%	n.d.	n.d.
Sarcomi dei tessuti molli	1400	900	n.d.	n.d.	17000	11800	4.82	2.94	58.52	38.57	n.d.	n.d.	64%	64%	n.d.	n.d.

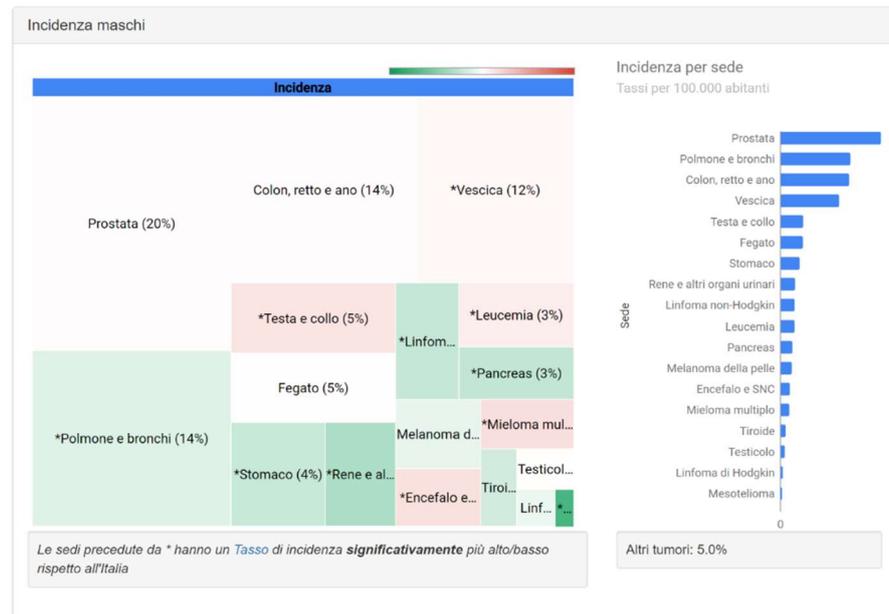


Mammella	n.d.	5500	n.d.	1250	n.d.	83420	n.d.	179.7	n.d.	2.726.	n.d.	40.86	n.d.	88%	n.d.	91%	
Endometrio (utero corpo)	n.a.	8300	n.a.	3100	n.a.	12260	n.a.	27.13	n.a.	400.77	n.a.	10.13	n.a.	79%	n.a.	86%	
Ovaio	n.a.	5200	n.a.	3200	n.a.	49800	n.a.	17.00	n.a.	162.79	n.a.	10.46	n.a.	43%	n.a.	55%	
Prostata	3600	n.a.	7200	n.a.	56400	n.a.	123.9	n.a.	1.941.	n.a.	24.7	n.a.	91	n.a.	94%	n.a.	
Testicolo	2300	n.a.	n.d.	n.a.	63400	n.a.	7.92	n.a.	218.24	n.a.	n.d.	n.a.	93	n.a.	96%	n.a.	
Rene	9000	4500	3300	1600	97200	47200	30.98	14.71	334.59	154.29	11.3	6	71	%	71%	83%	85%
Vescica	2050	5000	4800	1300	25500	58600	70.57	16.34	877.79	191.56	16.5	2	80	%	78%	86%	87%
Sistema nervoso centrale	3500	2600	2700	2400	23500	29300	12.05	8.50	80.89	95.78	9.29	7.85	24	%	27%	n.d.	n.d.
Tiroide	3300	9900	200	300	46000	16690	11.36	32.36	158.35	545.58	0.69	0.98	92	%	96%	97%	99%
Linfomi di hodgkin	1220	930	n.d.	n.d.	38000	29000	4.20	3.04	130.81	94.80	n.d.	n.d.	85	%	87%	91%	92%
Linfomi non hodgkin	7000	6200	n.d.	n.d.	82800	73600	24.10	20.27	285.02	240.59	n.d.	n.d.	67	%	70%	83%	85%
Leucemie	4700	3200	3500	2800	45900	39100	16.18	10.46	158.00	127.81	12.0	5	48	%	47%	67%	66%

Evidenziati in giallo i dati di mortalità del 2020 per indisponibilità dei dati del 2021

Su tale base si evidenziano i dati relativi all'incidenza ed alla mortalità su base provinciale, in cui le colorazioni viranti verso il carminio attestano una situazione di maggiore criticità rispetto al dato nazionale:

Foggia popolazione maschile: incidenza



Nella provincia di Foggia i casi nella popolazione maschile che superano significativamente le soglie nazionali sono:

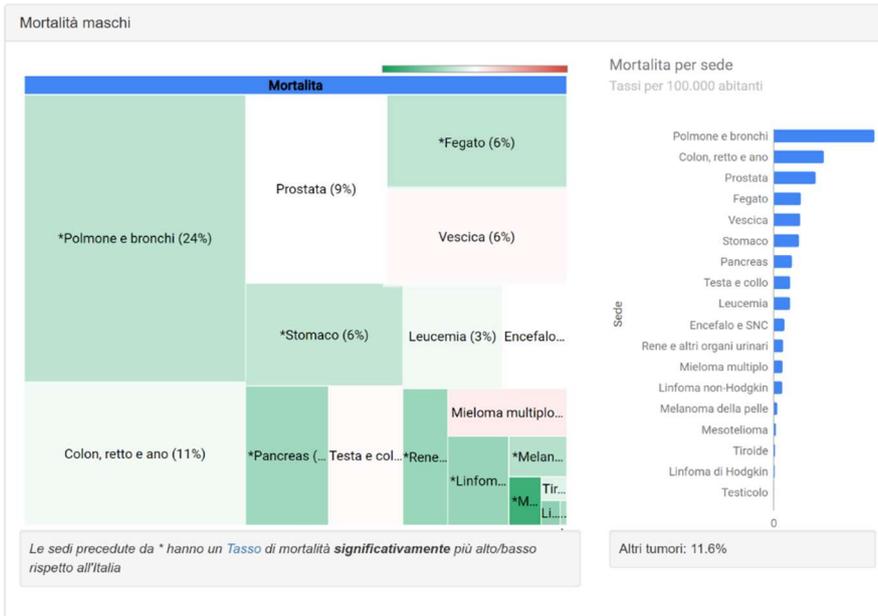
Testa-collo 88 casi / anno con una incidenza di 32.5.

Mieloma multiplo 34 casi / anno con una incidenza di 13.1.



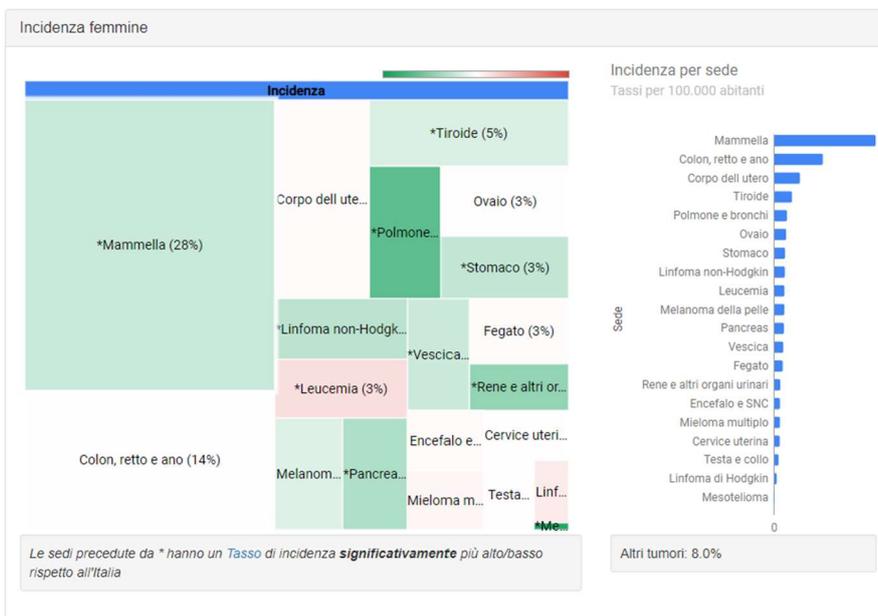
Encefalo e SNC 38 casi / anno con una incidenza di 13.9.

Foggia popolazione maschile: mortalità



Ottimo invece il dato di mortalità che solo nel mieloma multiplo supera lievemente il dato nazionale attestandosi a 7.0 con 18 decessi.

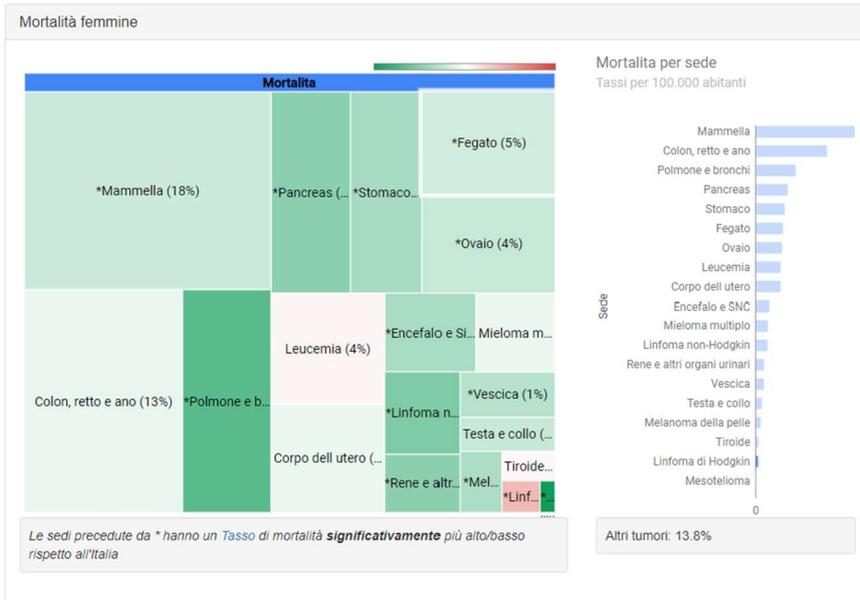
Foggia popolazione femminile: incidenza



Per la popolazione femminile l'incidenza più critica rispetto alla soglia nazionale è quella della leucemia per la quale si registra un'incidenza del 13.4 (35 casi) rispetto al 10.5 del dato medio in Italia. Anche il linfoma di Hodgkin ha un'incidenza del 3.85 lievemente superiore al 3.4 nazionale.

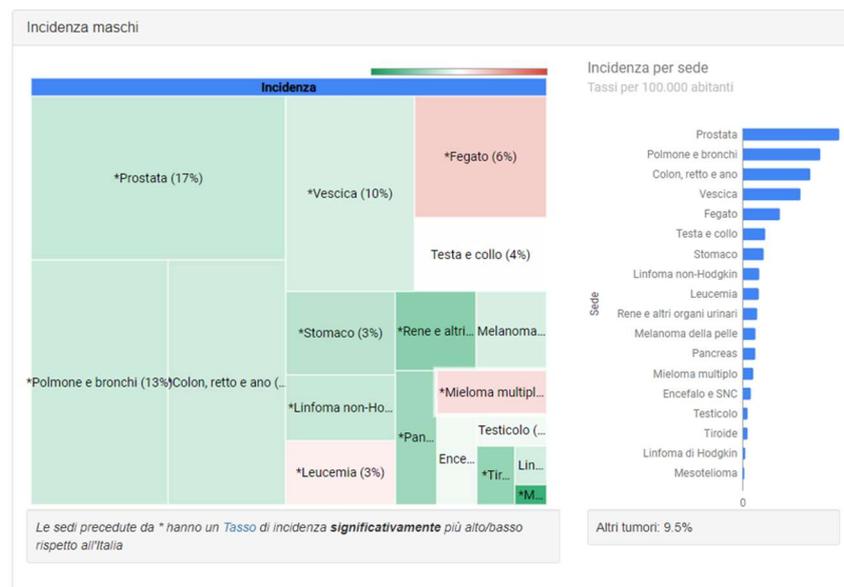


Foggia popolazione femminile: mortalità



Ottimo invece il dato di mortalità che ancora una volta solo nel linfoma di Hodgkin supera lievemente il dato nazionale attestandosi a 0.79.

Barletta-Andria-Trani (BAT) popolazione maschile: incidenza



Nella provincia di BAT i casi nella popolazione maschile che superano significativamente le soglie nazionali sono:

Fegato 68 casi / anno con una incidenza di 45.7 superiore al dato nazionale di 30.8.

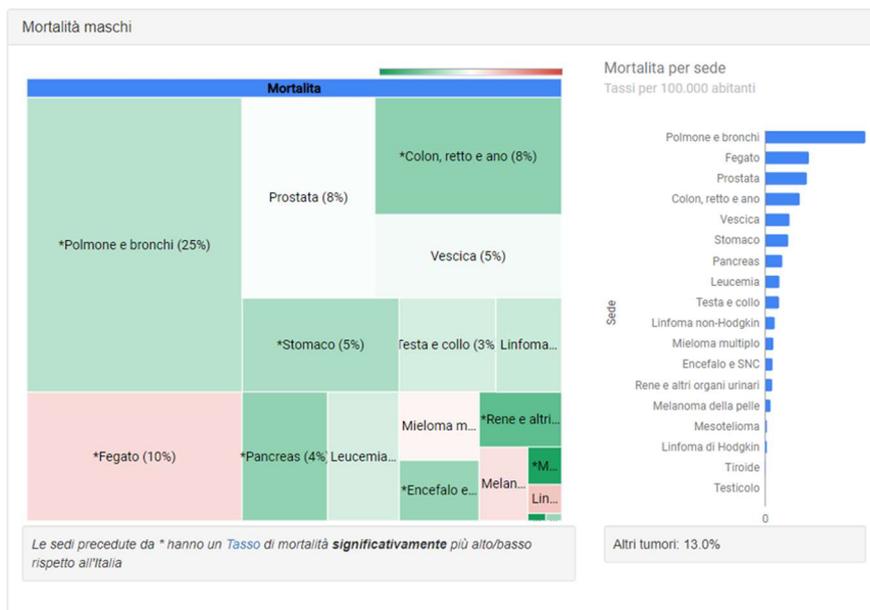
Mieloma Multiplo 20 casi / anno con una incidenza di 13.4 superiore al dato nazionale di 11.1.

Leucemia 29 casi / anno

con una incidenza di 15.5 superiore al dato nazionale di 17.5.

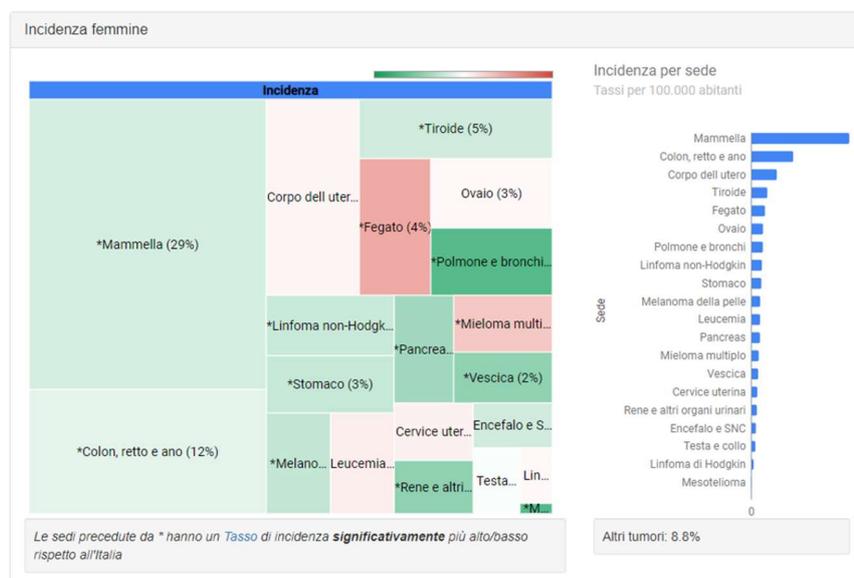


BAT popolazione maschile: mortalità



Il dato di mortalità maschile nella BAT è critico per quanto attiene al tumore del fegato con 34.7 casi ogni 100.000 abitanti.

BAT popolazione femminile: incidenza

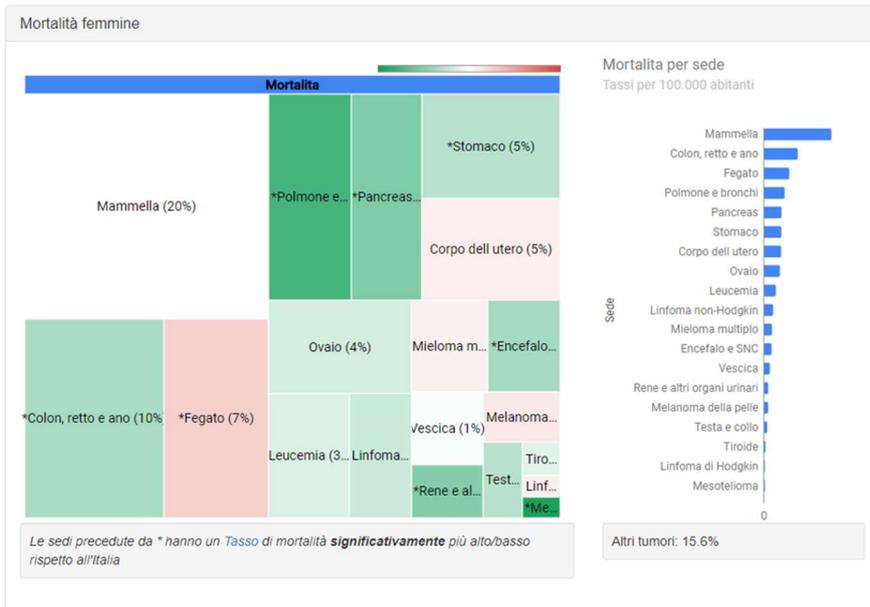


Per la popolazione femminile l'incidenza più critica rispetto alla soglia nazionale è relativa alle seguenti neoplasie: Fegato 39 casi / anno con una incidenza di 18.6 superiore al dato nazionale di 10.6.

Mieloma Multiplo 19 casi / anno con una incidenza di 10.4 superiore al dato nazionale di 7.7.



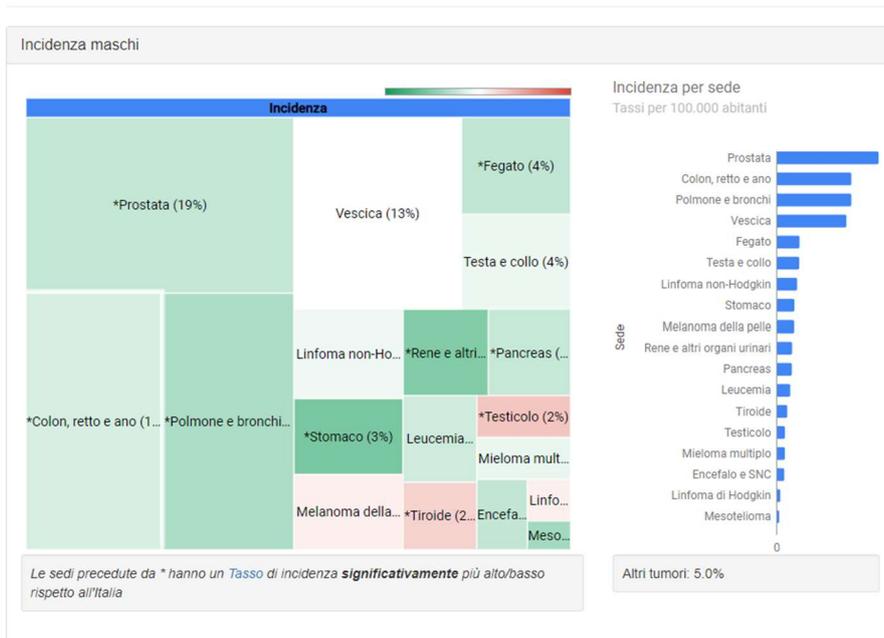
BAT popolazione femminile: mortalità



Per quanto attiene alla mortalità, invece, il dato appare preoccupante per il fegato con un tasso di mortalità di 13.8 ogni 100.000 abitanti ad anno.

Il resto dei dati sulla mortalità è allineato o migliore del dato nazionale.

Bari popolazione maschile: incidenza



Nella provincia di Bari, i casi nella popolazione maschile che superano significativamente le soglie nazionali sono:

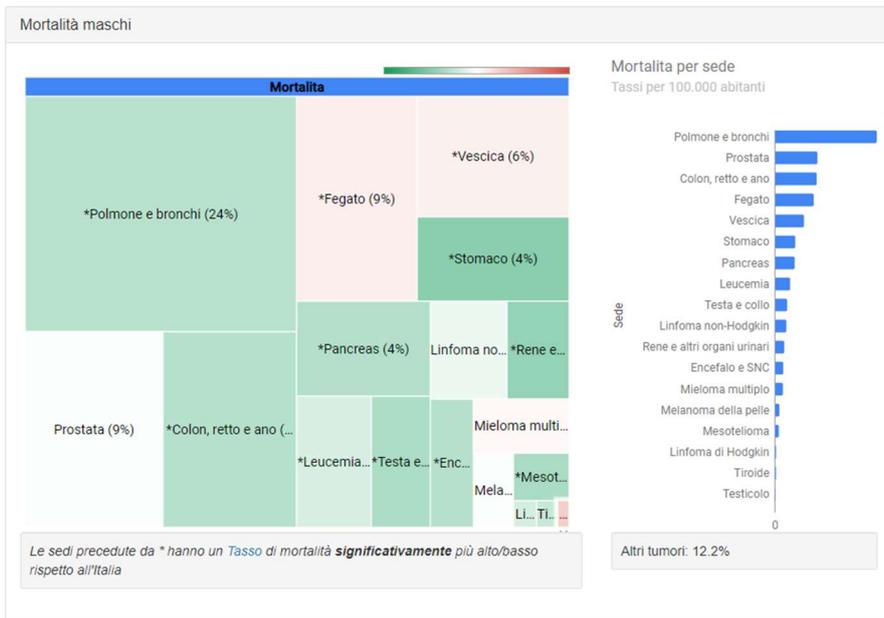
Tiroide 78 casi / anno con una incidenza di 12.4 superiore al dato nazionale di 11.36

Testicolo multiplo 63 casi / anno con una incidenza di 9.8 rispetto al d.n. di 7.9.

Infine i Linfomi di Hodgkin 29 casi / anno con una incidenza di 4.6 su cui il dato nazionale è indistinto tra Hodgkin e non.



Bari popolazione maschile: mortalità



Il dato di mortalità nell'Area Metropolitana del capoluogo è critico per quanto attiene a:

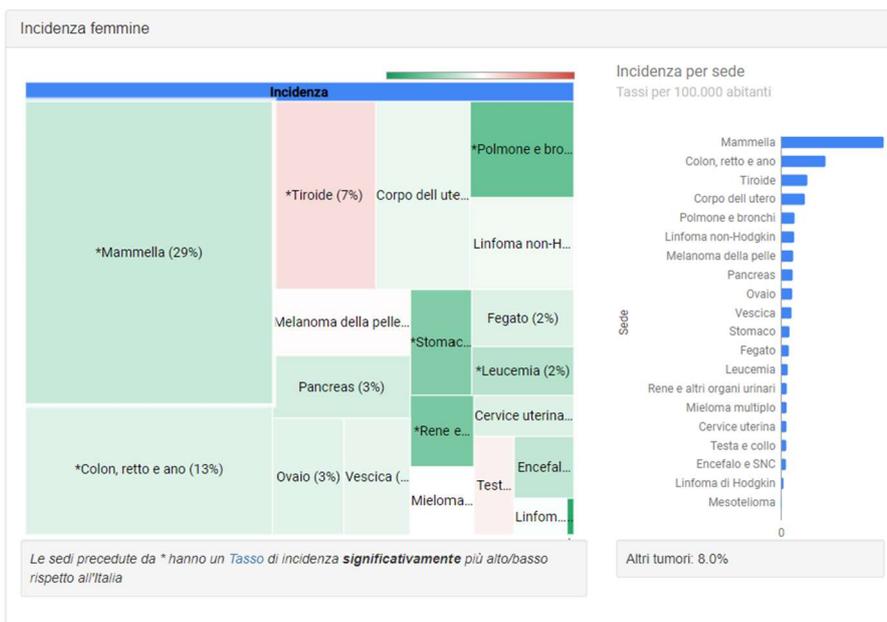
Fegato con un tasso di mortalità di 30.1 ogni 100.000 abitanti che supera il dato nazionale che è di gran lunga più basso: 18.6.

Vescica con 22.6 che rispetto al 16.5 nazionale è anch'esso

ben superiore.

Infine il mieloma multiplo con 6.4 ed il testicolo con 0.42 decessi ogni 100.000 abitanti.

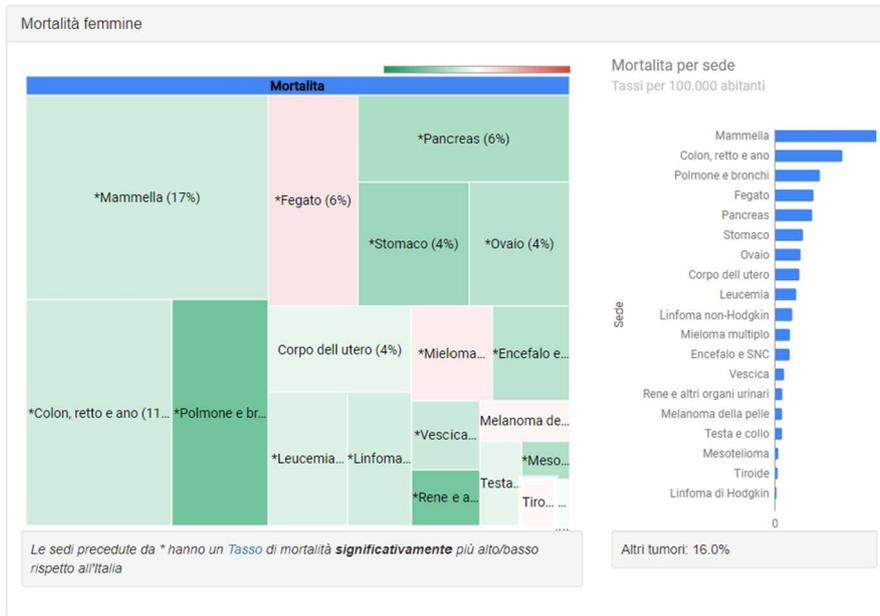
Bari popolazione femminile: incidenza



La popolazione femminile della Provincia di Bari presenta incidenze solo lievissimamente più elevate per la tiroide: 32.6 pari a 217 casi annui, rispetto al d.n. di 32.4



Bari popolazione femminile: mortalità

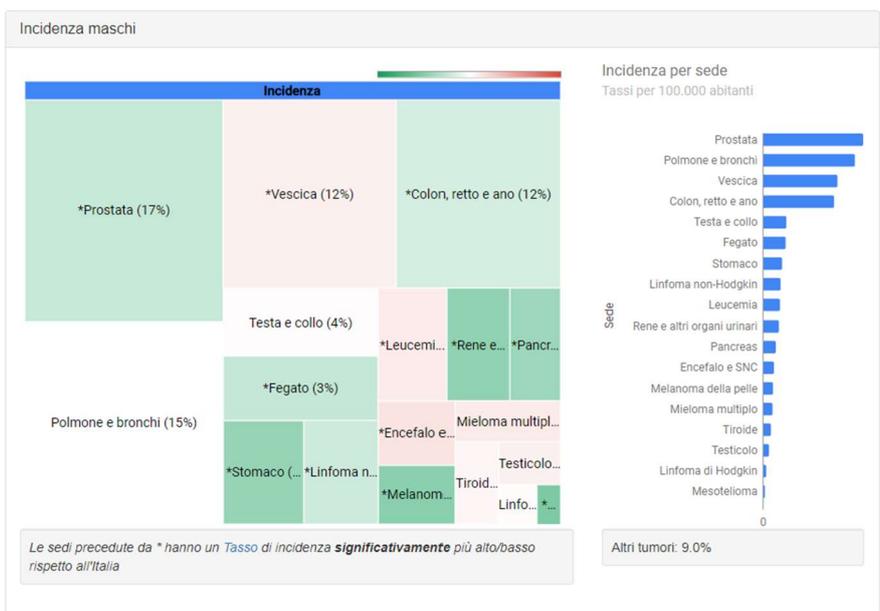


Per quanto attiene al dato di mortalità invece è il dato relativo al fegato che appare preoccupante attestandosi purtroppo al valore di 12 ogni 100.000 abitanti rispetto ad una media nazionale di 7.85.

Il resto dei dati sulla mortalità è praticamente allineato o migliore del dato

nazionale

Brindisi popolazione maschile: incidenza



Nella provincia di Brindisi i casi nella popolazione maschile che superano significativamente le soglie nazionali sono:

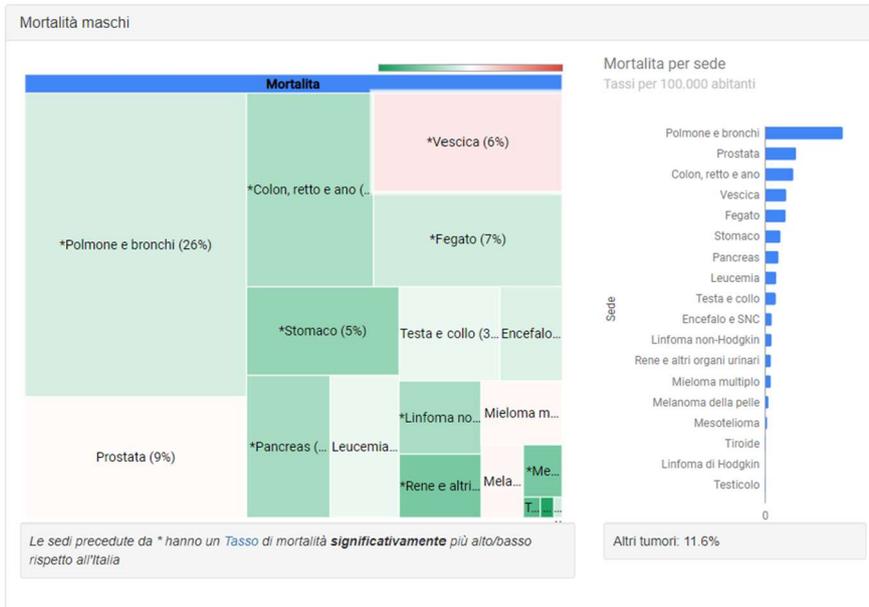
Vescica 148 casi / anno con una incidenza di 87.9 rispetto al d.n. di 70.6.

Leucemia con una incidenza di 20.5 rispetto ai 16.2 casi ogni 100.000 abitanti a livello nazionale ed infine Encefalo ed SNC con 24

casi/anno ed un'incidenza di 13.3 rispetto al 12.0 nazionale.



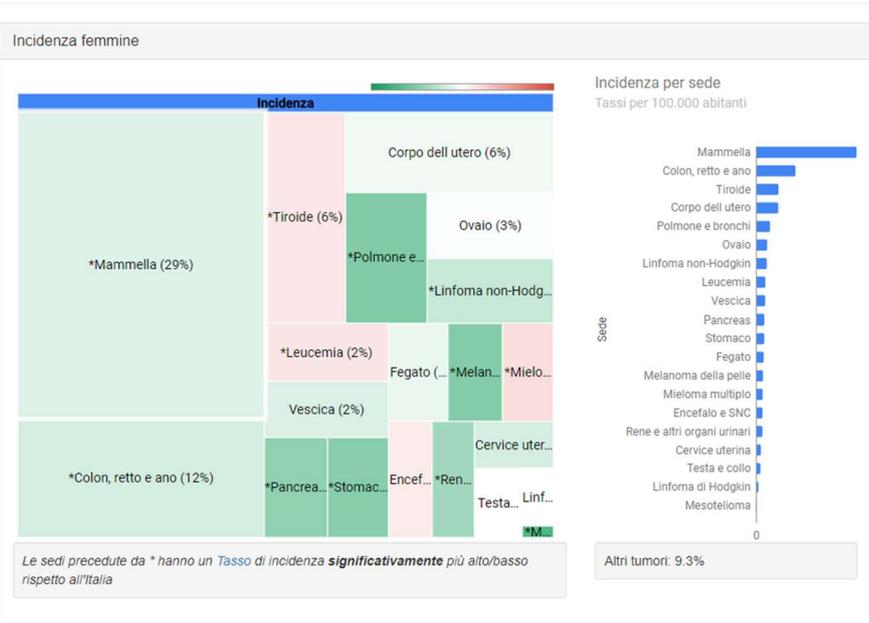
Brindisi popolazione maschile: mortalità



Il dato di mortalità in Provincia di Brindisi capoluogo è critico per quanto attiene a:

Vescica con un tasso di mortalità di 23.4 evidentemente correlato alla maggiore incidenza che supera il dato nazionale che è di gran lunga più basso: 16.5.

Brindisi popolazione femminile: incidenza



La popolazione femminile della Provincia di Bari presenta incidenze più elevate per:

Tiroide: 32.6 pari a 217 casi annui, rispetto al d.n. di 32.4

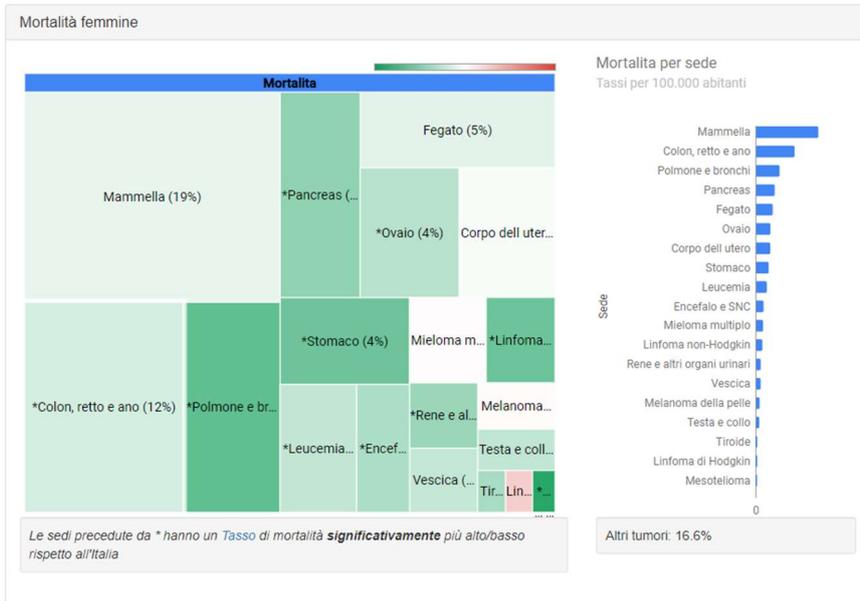
Encefalo ed SNC: 8.9 pari a 19 casi annui, rispetto al d.n. di 8.5

Mieloma 20 casi annui in media pari a 9.1 ammalati ogni 100.000

abitanti rispetto al 7.7 del dato nazionale. Infine le leucemia con il 12.7 di incidenza rispetto al 10.5 nazionale.



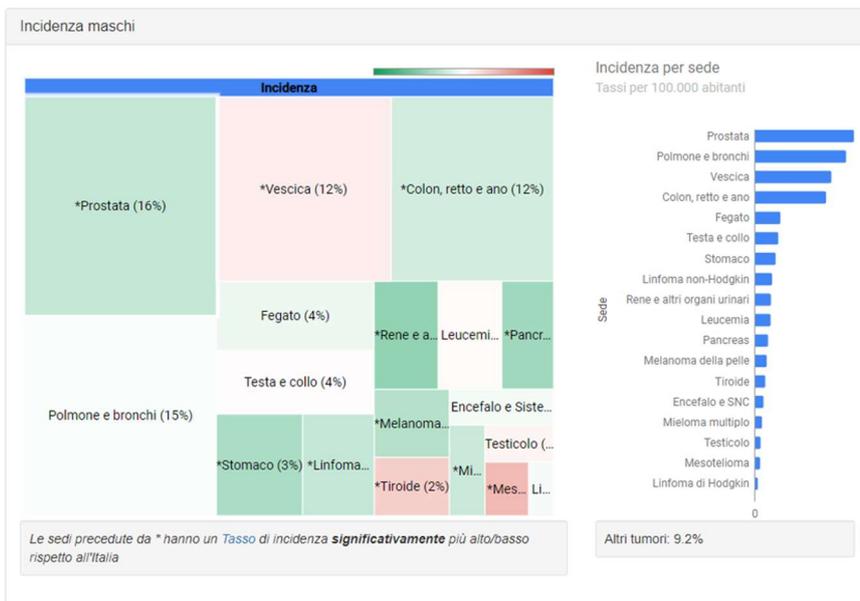
Brindisi popolazione femminile: mortalità



Per quanto attiene al dato di mortalità invece non vi sono particolari criticità rispetto al dato nazionale, fatta eccezione per i Linfomi di Hodgkin che raggiungono un tasso di 0.7.

Il resto dei dati sulla mortalità è praticamente allineato o migliore del dato nazionale

Taranto popolazione maschile: incidenza



Nella provincia di Taranto i casi nella popolazione maschile che superano significativamente le soglie nazionali sono:

Vescica, incidenza di 89.7 casi ogni 100.000 abitanti ad anno (pari a 224 nuovi casi annui), rispetto al d.n. di 68.9.

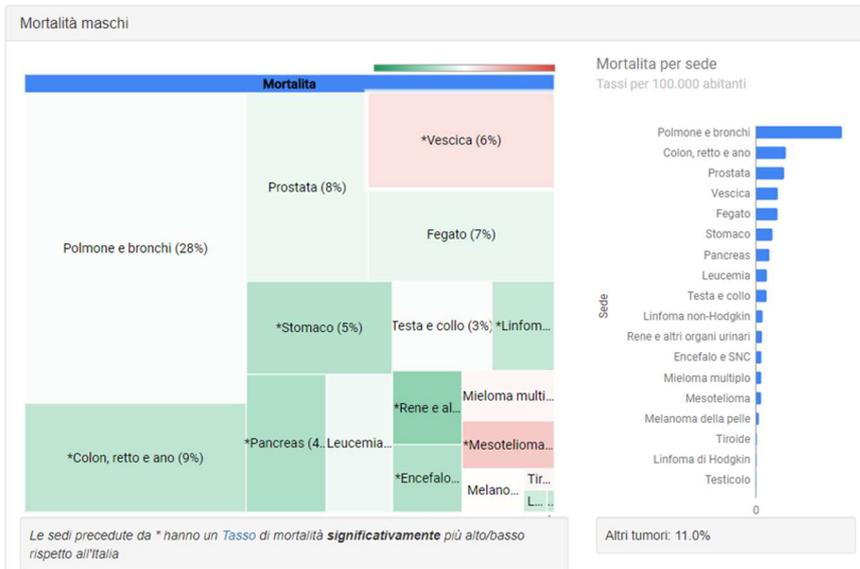
Tiroide, incidenza di 12.6 casi ogni 100.000 abitanti ad anno (pari a 36 nuovi

casi annui), rispetto al d.n. di 9.4.

Mesotelioma, incidenza di 6.69 casi ogni 100.000 abitanti ad anno (pari a 17 nuovi casi annui), rispetto al d.n. di 4.4.



Taranto popolazione maschile: mortalità



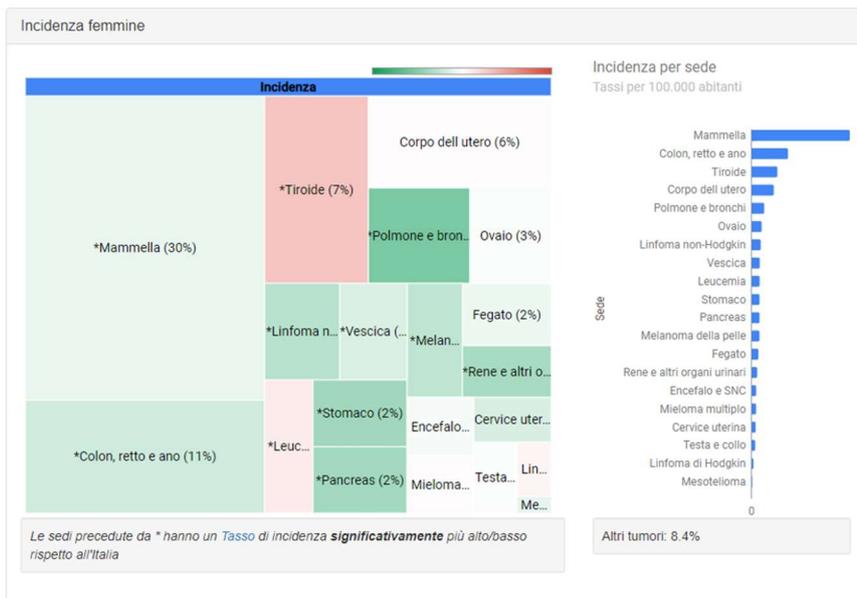
In termini di mortalità, nella provincia di Taranto i casi nella popolazione maschile che superano significativamente le soglie nazionali sono:

Vescica, 24.7 ogni 100.000 abitanti, pari a 55 nuovi casi annui.

Mesotelioma, mortalità di 6.29 ogni 100.000 abitanti, pari a 16 nuovi

casi annui.

Taranto popolazione femminile: incidenza



Relativamente alla popolazione femminile della provincia di Taranto, l'incidenza annua ogni 100.000 abitanti che supera significativamente le soglie nazionali riguarda le seguenti patologie.

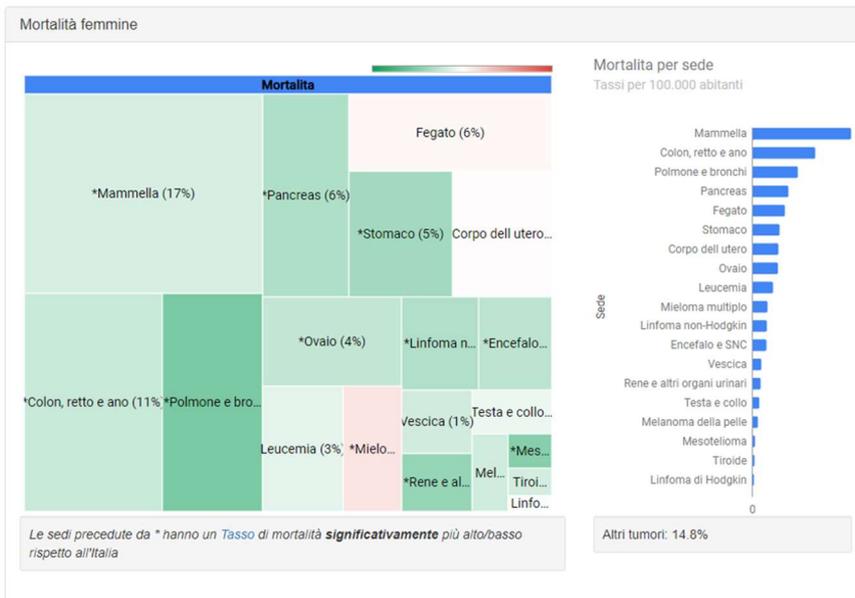
Tiroide, 37.2, pari a 114 casi annui, rispetto al d.n. di 26.0

Leucemie, 12.3, pari a 36

nuovi casi medi annui, rispetto al d.n. di 10.5.

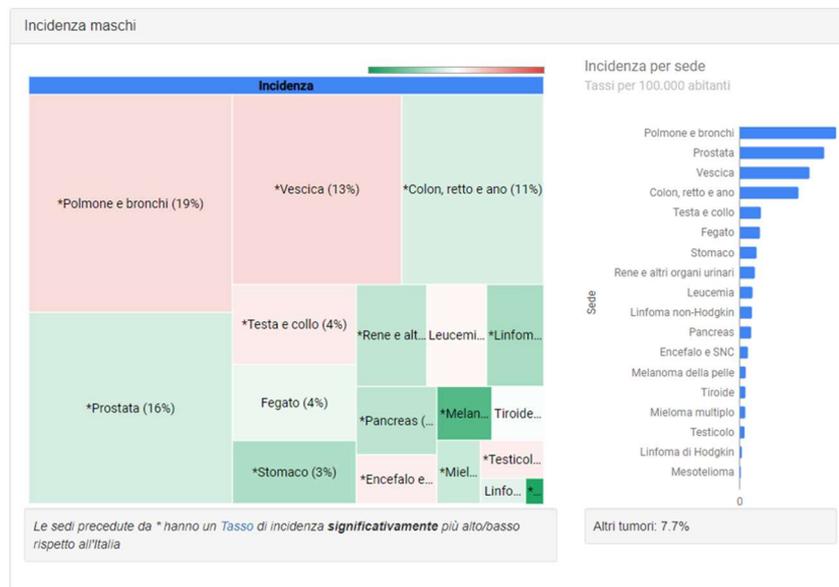


Taranto popolazione **femminile: mortalità**



In termini di mortalità, nella provincia di Taranto i casi nella popolazione femminile che superano significativamente le soglie nazionali riguardano il Mieloma multiplo: 5 ogni 100.000 abitanti ad anno, pari a 16 nuovi casi annui.

Lecce popolazione **maschile: incidenza**



Nella provincia di Lecce, i casi nella popolazione maschile che superano significativamente le soglie nazionali sono:

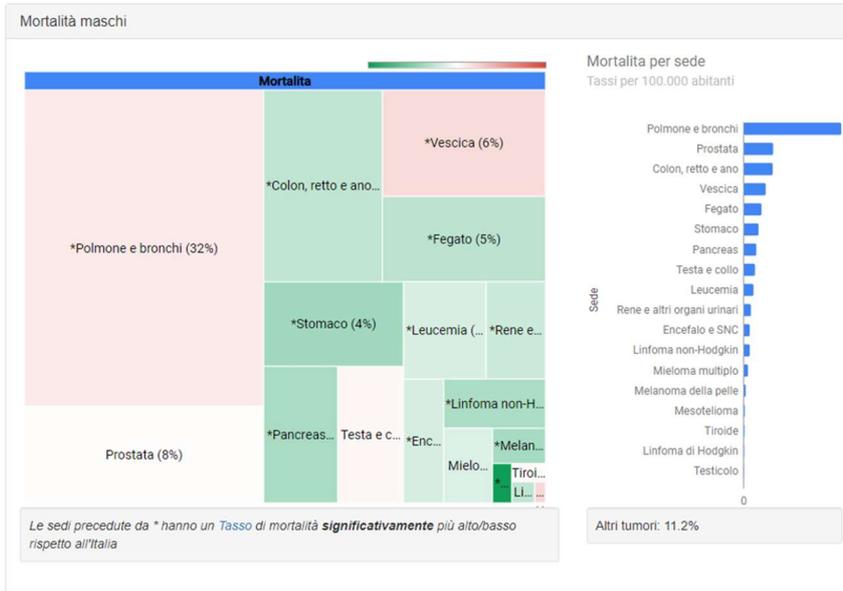
Polmone e bronchi, incidenza di 139.7 casi ogni 100.000 abitanti ad anno (pari a 469 nuovi casi annui), rispetto al d.n. di 104.3.

Vescica, incidenza di 101.5 casi ogni 100.000 abitanti

ad anno (pari a 339 nuovi casi annui), rispetto al d.n. di 68.9. Testa e collo: incidenza di 31.2 casi ogni 100.000 abitanti ad anno (pari a 109 nuovi casi annui), rispetto al d.n. di 27.0. Encefalo e SNC: incidenza di 12.6 casi ogni 100.000 abitanti ad anno (pari a 44 nuovi casi annui), rispetto al d.n. di 11.2. Testicolo: incidenza di 7.74 casi ogni 100.000 abitanti ad anno (pari a 32 nuovi casi annui), rispetto al d.n. di 7.0.



Lecce popolazione maschile: mortalità



In termini di mortalità, nella provincia di Lecce i casi nella popolazione maschile che superano significativamente le soglie nazionali sono relative alle seguenti sedi:

Polmone e bronchi, 112.9 ogni 100.000 abitanti, pari a 403 nuovi casi annui.

Vescica: mortalità di 25.9 ogni 100.000 abitanti, pari a 84 nuovi casi annui.

Lecce popolazione femminile: incidenza



Relativamente alla popolazione femminile della provincia di Lecce, l'incidenza annua ogni 100.000 abitanti che supera significativamente le soglie nazionali riguarda le seguenti patologie:

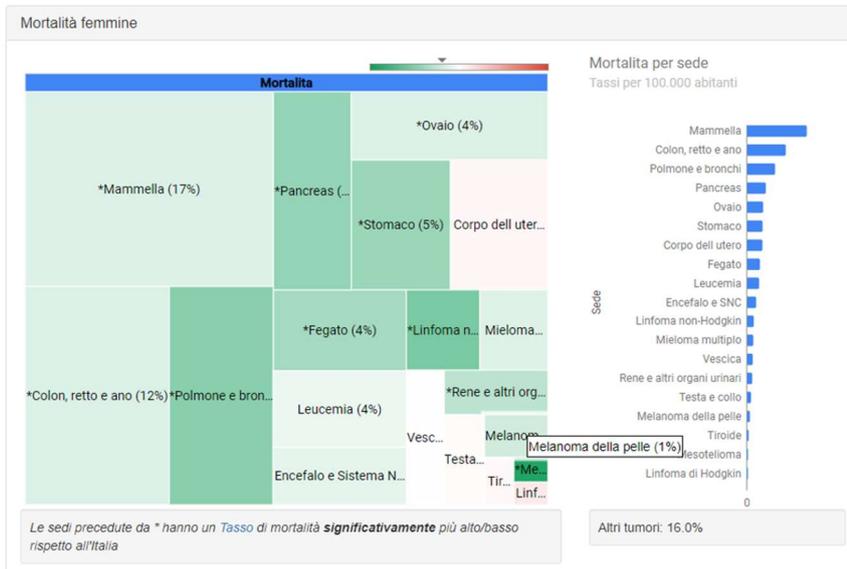
Corpo dell'utero, 33.2, pari a 114 nuovi casi annui, rispetto al d.n. di 24.1.

Tiroide, 28.5, pari a 120 nuovi casi annui, rispetto

al d.n. di 26.0. Ovaio: 16.8, pari a 73 nuovi casi annui, rispetto al d.n. di 15.2. Leucemie: 11.8, pari a 48 nuovi casi medi annui, rispetto al d.n. di 10.5.



Lecce popolazione **femminile: mortalità**

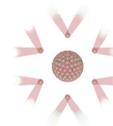


In termini di mortalità, per la popolazione femminile, nella provincia di Lecce si registra un dato tendenzialmente migliore rispetto ai dati nazionali.

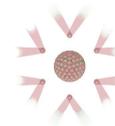
2.a.1.3. La valenza assistenziale dell’Istituto Tumori “Giovanni Paolo II” di Bari nel SSN e SSR

L’Istituto, allo stato attuale, ha una connotazione eminentemente regionale ed ancor più prevalentemente – come ovvio – sia per ragioni di collocazione territoriale che di densità di popolazione – dedito all’assistenza della popolazione residente in Provincia di Bari. L’analisi della distribuzione della provenienza dei ricoveri dalle provincie pugliese è, difatti, la seguente:

Struttura	2022	
S.C. ANESTESIA RIANIMAZIONE E TIPO		
AZIENDA-USL BA	66.67%	4
AZIENDA-USL BAT		
AZIENDA-USL BR		
AZIENDA-USL TA	33.33%	2
S.C. CHIRURGIA GENERALE INDIRIZZO ONCOLOGICO		
AZIENDA-USL BA	78.34%	264
AZIENDA-USL BAT	10.39%	35
AZIENDA-USL BR	5.64%	19
AZIENDA-USL FG	0.30%	1
AZIENDA-USL LE	0.30%	1
AZIENDA-USL TA	5.04%	17
S.C. CHIRURGIA TORACICA		
AZIENDA-USL BA	74.15%	307
AZIENDA-USL BAT	12.32%	51
AZIENDA-USL BR	4.83%	20
AZIENDA-USL FG	0.97%	4
AZIENDA-USL LE	1.45%	6



AZIENDA-USL TA	6.28%	26
S.C. EMATOLOGIA E TERAPIA CELLULARE		
AZIENDA-USL BA	89.57%	206
AZIENDA-USL BAT	3.04%	7
AZIENDA-USL BR	0.87%	2
AZIENDA-USL FG	2.61%	6
AZIENDA-USL LE		
AZIENDA-USL TA	3.91%	9
S.C. ONCOLOGIA INTERVENTISTICA		
AZIENDA-USL BA	79.59%	347
AZIENDA-USL BAT	8.94%	39
AZIENDA-USL BR	2.06%	9
AZIENDA-USL FG	1.61%	7
AZIENDA-USL LE	2.29%	10
AZIENDA-USL TA	5.50%	24
S.C. ONCOLOGIA MEDICA		
AZIENDA-USL BA	78.99%	267
AZIENDA-USL BAT	8.58%	29
AZIENDA-USL BR	4.44%	15
AZIENDA-USL FG	3.55%	12
AZIENDA-USL LE	1.18%	4
AZIENDA-USL TA	3.25%	11
S.S.D. CHIRURGIA GENERALE INDIRIZZO SENOLOGICO		
AZIENDA-USL BA	66.22%	298
AZIENDA-USL BAT	19.11%	86
AZIENDA-USL BR	6.22%	28
AZIENDA-USL FG	0.89%	4
AZIENDA-USL LE	1.78%	8
AZIENDA-USL TA	5.78%	26
S.S.D. CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA		
AZIENDA-USL BA	77.05%	319
AZIENDA-USL BAT	10.87%	45
AZIENDA-USL BR	2.66%	11
AZIENDA-USL FG	0.97%	4
AZIENDA-USL LE	1.69%	7
AZIENDA-USL TA	6.76%	28
S.S.D. GINECOLOGIA ONCOLOGICA CLINICIZZATA		
AZIENDA-USL BA	68.40%	145
AZIENDA-USL BAT	14.62%	31
AZIENDA-USL BR	4.72%	10
AZIENDA-USL FG	4.72%	10
AZIENDA-USL LE	2.36%	5
AZIENDA-USL TA	5.19%	11
S.S.D. ONCOLOGIA MEDICA PER LA PATOLOGIA TORACICA		
AZIENDA-USL BA	76.62%	154
AZIENDA-USL BAT	8.46%	17
AZIENDA-USL BR	5.97%	12
AZIENDA-USL FG	1.00%	2
AZIENDA-USL LE	2.49%	5
AZIENDA-USL TA	5.47%	11



S.S.D. OTORINOLARINGOIATRIA		
AZIENDA-USL BA	88.89%	104
AZIENDA-USL BAT	2.56%	3
AZIENDA-USL BR	1.71%	2
AZIENDA-USL FG		
AZIENDA-USL LE		
AZIENDA-USL TA	6.84%	8
S.S.D. UROLOGIA		
AZIENDA-USL BA	90.00%	198
AZIENDA-USL BAT	2.73%	6
AZIENDA-USL BR	1.36%	3
AZIENDA-USL FG		
AZIENDA-USL LE		
AZIENDA-USL TA	5.91%	13

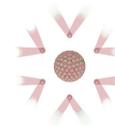
nella quale però alcune strutture manifestano una più marcata attrattività regionale, quali quelle evidenziate in verde ed in celeste nel precedente prospetto:

- La **Chirurgia Mammaria** con una popolazione assistita che proviene dalla provincia di Bari in circa il 66% dei casi, mentre una buona percentuale, superiore al 19 % proviene dalla BAT e circa nel 6% dei casi da Brindisi e Taranto.
- La popolazione assistita dalla **Ginecologia** proviene dalla provincia di **Bari** in poco più del **68%** dei casi, ma anche dalla **BAT** nel **14.6%** e da **Brindisi, Foggia e Taranto** ciascuna per il **5%** circa.
- La **Chirurgia Toracica** ha una buona attrattività regionale poiché sebbene il **74%** dei pazienti proviene dalla Provincia di **Bari**, oltre il **12%** proviene dalla **BAT**, il **6%** da **Taranto** (anche per note motivazioni epidemiologiche) e da **Brindisi** in poco meno del **5%** dei casi
- Infine Chirurgia Generale, Oncologia Interventistica, Oncologia Medica, Chirurgia Plastica e Ricostruttiva e Medica per la Patologia Toracica assistono pazienti di varie province in percentuali variabili dal 76.5 al 79.5 %, con una popolazione assistita che proviene, dalla BAT nell'8-10% dei casi ed in percentuali variabili nelle altre provincie.
- L'**Ematologia**, per ragioni strutturali riesce ad assistere – nella pratica **pazienti provenienti quasi solamente dalla provincia di Bari**, così come **Urologia ed Otorinolaringoiatria**, queste anche probabilmente anche a causa di una scarsa attrattività.

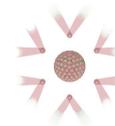
La migrazione da altre regioni assurge a percentuali non elevatissime: 6% della produzione di ricovero prevalentemente in provenienza dalle regioni limitrofe (Basilicata ed in particolare dalla Provincia di Matera).

Nella sostanza, nel corso dell'ultimo esercizio, i trend di migrazione attiva extraregionale hanno praticamente raggiunto e superato i livelli pre-Covid del 2019, di cui di seguito si riporta la tabella riassuntiva per singola struttura:

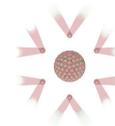
Struttura	Regione	2018	2019	2020	2021	2022
-----------	---------	------	------	------	------	------



S.C. ANESTESIA RIANIMAZIONE E TIPO	180 - Calabria					1	
S.C. ANESTESIA RIANIMAZIONE E TIPO Totale							1
S.C. CHIRURGIA GENERALE INDIRIZZO ONCOLOGICO	STP		1	2	2	2	
	120 - Lazio				2	3	
	130 - Abruzzo			1			
	150 - Campania		4				
	170 - Basilicata	17	13	17	25	27	
	180 - Calabria	8	12	2	3	9	
	190 - Sicilia	3					
S.C. CHIRURGIA GENERALE INDIRIZZO ONCOLOGICO Totale							41
S.C. CHIRURGIA TORACICA	STP	4	4			1	
	042 - Provincia di Trento		1				
	060 - Friuli Venezia Giulia			1			
	070 - Liguria		1				
	080 - Emilia Romagna	1					
	140 - Molise		2				
	150 - Campania	2	4	1			
	170 - Basilicata	14	14	7	3	6	
	180 - Calabria	4	11	1	1	2	
	190 - Sicilia			3		1	
S.C. CHIRURGIA TORACICA Totale							10
S.C. EMATOLOGIA E TERAPIA CELLULARE	STP	1	1	4			
	030 - Lombardia		1				
	130 - Abruzzo	3					
	150 - Campania	1					
	170 - Basilicata	11	2	4	1	6	
	180 - Calabria		1		3		
190 - Sicilia	1	1		1	1		
S.C. EMATOLOGIA E TERAPIA CELLULARE Totale							7
S.C. ONCOLOGIA INTERVENTISTICA	STP		1		1		
	010 - Piemonte		4	4			
	030 - Lombardia				1	7	
	050 - Veneto					9	
	080 - Emilia Romagna	2					
	090 - Toscana			1			
	110 - Marche	1		3			
	120 - Lazio	6	3		1	1	
	150 - Campania	4	4	1			
	170 - Basilicata	22	10	12	16	15	
	180 - Calabria	13	9	9	14	8	
190 - Sicilia	2	1	2	1	1		
S.C. ONCOLOGIA INTERVENTISTICA Totale							41
S.C. ONCOLOGIA MEDICA	STP	8	4	2	1	6	
	030 - Lombardia			2			
	050 - Veneto	1	1				
	080 - Emilia Romagna	2			1		
	140 - Molise			1			
	150 - Campania	1					
	170 - Basilicata	7	8	11	12	13	



	180 - Calabria	8	4	1	1	2
S.C. ONCOLOGIA MEDICA Totale		27	17	17	15	21
S.S.D. CHIRURGIA GENERALE INDIRIZZO SENOLOGICO	STP	3	1	2	1	1
	030 - Lombardia	1				
	050 - Friuli Venezia Giulia	1				
	120 - Lazio			1		
	150 - Campania					1
	170 - Basilicata	19	20	14	8	14
	180 - Calabria	8	12	4	8	1
	200 - Sardegna				1	
S.S.D. CHIRURGIA GENERALE INDIRIZZO SENOLOGICO Totale		32	33	21	18	17
S.S.D. CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	STP				1	
	030 - Lombardia		1			
	041 - Provincia di Bolzano		1			
	050 - Veneto				1	
	080 - Emilia Romagna				1	
	090 - Toscana			1		
	130 - Abruzzo	1				
	150 - Campania	1		1		2
	170 - Basilicata	5	6	6	19	13
	180 - Calabria	1	4	2	3	4
190 - Sicilia		1		1		
S.S.D. CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA Totale		8	13	10	26	19
S.S.D. GINECOLOGIA ONCOLOGICA CLINICIZZATA	STP					2
	060 - Friuli Venezia Giulia					1
	120 - Lazio					1
	170 - Basilicata		2	1	1	12
	180 - Calabria	4		1	1	4
	190 - Sicilia	1		1		
S.S.D. GINECOLOGIA ONCOLOGICA CLINICIZZATA Totale		5	2	3	2	20
S.S.D. ONCOLOGIA MEDICA PER LA PATOLOGIA TORACICA	STP		2	3		
	010 - Piemonte					1
	030 - Lombardia	2				
	042 - Provincia di Trento			1		
	090 - Toscana			1		
	170 - Basilicata	9	6	6	4	10
	180 - Calabria	6	1	2	2	
190 - Sicilia				3		
S.S.D. ONCOLOGIA MEDICA PATOLOGIA TORACICA Totale		17	9	13	9	11
S.S.D. OTORINOLARINGOIATRIA	STP	1		1	2	2
	030 - Lombardia	1			1	
	120 - Lazio	1				
	170 - Basilicata	1	3	1	6	4
	180 - Calabria				1	2
	190 - Sicilia					1
S.S.D. OTORINOLARINGOIATRIA Totale		4	3	2	10	9
S.S.D. UROLOGIA	STP	1				
	010 - Piemonte				1	



	020 - Valle d'Aosta		1	1	1	2
	080 - Emilia Romagna	1				
	120 - Lazio	3				
	150 - Campania	1	1	2	1	3
	170 - Basilicata	2	3	6	5	1
	180 - Calabria		1	3	3	2
	190 - Sicilia				1	
	S.S.D. UROLOGIA Totale	8	6	12	12	8
Totale complessivo		221	188	153	167	205

Sono evidenziati in colore verde i trend che attestano un'attrattività accresciuta anche rispetto al 2018/2019. La migrazione attiva extra-regionale del 2022 è comunque ovviamente in crescita significativa rispetto al periodo di più intensa applicazione delle misure restrittive della circolazione in periodo epidemico.

2.a.2. Obiettivi generali e specifici coerenti con i documenti di programmazione finanziaria assegnati all'Istituto

Il quadro sinottico degli obiettivi che la Direzione dell'Istituto deve considerare vincolanti per l'indirizzo della propria azione manageriale sono riassumibili nell'insieme degli obiettivi di seguito descritti:

- Obiettivi che la vigente normativa definisce a pena di decadenza del Direttore Generale e che sono stati riassunti nel contratto sottoscritto da quest'ultimo;
- Obiettivi di mandato del Direttore Generale e riportati nel D.P.G.R n. 34 del 9 febbraio 2022;
- Obiettivi di performance fissati dal Comitato di Indirizzo e Verifica dell'Istituto.

2.a.2.1. Obiettivi vincolanti a pena di decadenza contenuti nel contratto stipulato dal Direttore Generale.

Codice	Ambito	Obiettivo	Riferimento normativo
OPD-1	Flussi informativi	Invio informatico trimestrale alla Regione, al Ministero dell'Economia e Finanze ed al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali della certificazione di accompagnamento del Conto Economico trimestrale.	Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005, art. 6, co. 2, recepita dalla L. 266/2005 (Finanziaria 2006), art. 1, co. 274



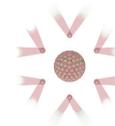
OPD-2	Equilibrio economico-finanziario	<p>Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazione delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio, ovvero entro i limiti delle assegnazioni effettuate annualmente attraverso il Documento di Indirizzo Economico Funzionale delle Aziende ed Enti del SSR (DIEF). La certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio comporta automaticamente il blocco delle assunzioni del personale dell'azienda e dell'affidamento di incarichi esterni per consulenze non a carattere sanitario per l'esercizio in corso. La riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati deve essere assicurata entro il 30 settembre qualora la situazione di disequilibrio sia stata certificata nel primo o nel secondo trimestre, ovvero entro il 31 dicembre qualora la situazione di disequilibrio si sia verificata nel corso del terzo o quarto trimestre; in caso contrario la Regione dichiara la decadenza dei direttori generali.</p> <p>Qualora per esigenze straordinarie si renda necessario assumere iniziative di gestione comportanti spese non previste ed incompatibili con gli obiettivi, i direttori generali devono ottenere preventiva autorizzazione dalla Giunta regionale, fatti salvi i provvedimenti contingibili ed urgenti e i casi in cui ricorra il pericolo di interruzione di pubblico servizio per i quali le Aziende danno comunicazione alla Giunta Regionale entro i successivi quindici giorni.</p> <p>La decadenza opera, in particolare, nei seguenti casi: :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) mancata o incompleta presentazione della certificazione di accompagnamento del Conto Economico trimestrale; b) mancata presentazione del piano di rientro nei termini definiti dalla Regione all'art. 33 della L.R. 38/1994 s.m.i.; c) mancata trasmissione alla Regione del piano di rientro ovvero esito negativo della verifica annuale dello stato di attuazione del medesimo piano di rientro [art. 1, commi 528, 534 e 535, della Legge n. 208/2015]; d) mancata riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati al 30 settembre ovvero al 31 dicembre, come sopra indicato. 	<p>D.Lgs. 171/2016 s.m.i.; L.R. 38/1994, art. 33, co. 2; L.R. 28/2000, art. 24, co. 2; L.R. n. 32/2001, art. 10; L. 289/2002, art. 52, co. 4, lett. d); Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005, art. 6, co. 2, recepita dalla L. 266/2005 (Finanziaria 2006), art. 1, co. 274</p>
OPD-3	Legalità, trasparenza e gestione amministrativa	Rispetto delle leggi e del principio di buon andamento ed imparzialità dell'Amministrazione	D.Lgs. 171/2016 e ss.mm.ii., art. 2, co. 5



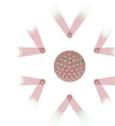
OPD-4	Acquisto di beni e servizi.	<ul style="list-style-type: none"> • Obbligo di ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni attivate da InnovaPuglia S.p.A. quale centrale regionale di committenza ai sensi o, in mancanza, di convenzioni attivate da CONSIP. In assenza di convenzioni, vige comunque l'obbligo di ricorso agli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla CONSIP o da InnovaPuglia S.p.A.. • Obbligo di approvvigionarsi, relativamente alle categorie merceologiche del settore sanitario come individuate dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui all'art. 9, co. 3, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66 convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, del soggetto aggregatore InnovaPuglia S.p.A. ovvero della CONSIP. • Rispetto della programmazione regionale, con la quale sono individuate le categorie di beni e servizi che devono acquisire obbligatoriamente in forma aggregata o comunque facendo ricorso al Soggetto aggregatore regionale ai sensi dell'art. 21 della L.R. n. 37/2014. 	Legge n. 296/2006 art. 1, co. 449; D.L. n. 95/2012 art. 15, co. 13, lett. d); L.R. n. 37/2014 art. 20; Legge n. 208/2015, all'art. 1, co. 548,
OPD-5	Attività libero-professionale intramuraria	Garanzia dell'esercizio dell'attività	L. 120/2007, art. 1, co. 7
OPD-6	Flussi informativi	Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel Sistema Informativo Sanitario di tutti dati ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	L.R. 4/2003, art. 32, co. 2
OPD-7	Controllo spesa farmaceutica	Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento.	L. n. 347 del 18/9/2001 convertito in L. 405/2001; Delibera di Giunta Regionale n. 1718 del 19/11/2004
OPD-8	Obiettivi di salute ed assistenziali (efficacia, efficienza, sicurezza)	Conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali, definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, all'ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati, avvalendosi dei dati e degli elementi forniti anche dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.	L. 190/2014 (Legge Stabilità 2015), art. 1, co. 567; D.Lgs. 502/1992, art. 3-bis, co. 7-bis; D.Lgs. n. 171/2016, art. 2, co. 3, lett. a)
OPD-9	Governo delle Liste di Attesa	Adozione ed attuazione del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) vigente.	L.R. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019

2.a.2.2. Obiettivi di mandato del Direttore Generale e riportati nel D.P.G.R n. 34 del 9 febbraio 2022

Codice	Ambito	Obiettivo	Riferimento normativo
--------	--------	-----------	-----------------------



OMD-1	Contabilità aziendale	Garanzia di impiego del sistema di contabilità analitica, per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative di costi, rendimenti e risultati, nel rispetto delle direttive regionali in materia nonché di quanto previsto dalla legge	D.Lgs. n.502/92; Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, Art. 3, c.7
OMD-2	Contabilità aziendale	Rispetto del Piano Esecutivo di Dettaglio (PED) e messa a punto di tutte le attività necessarie ai fini dell'implementazione e gestione del nuovo "Sistema informativo per il monitoraggio della spesa del Servizio Sanitario - MOSS	DGR n. 1280/2015 DGR n. 1294/2017;
OMD-3	Assistenza Ospedaliera	Attuazione della programmazione regionale in materia di rete ospedaliera	D.M. Salute n.70 del 2 aprile 2015; Leggi Stabilità 2016 – 2017; Regolamento Regionale n.23/2019 e s.m.i. e s.m.i. Regolamento regionale n.14/2020 ed indicazioni urgenti per gestione Covid-19
OMD-4	Equilibrio economico-finanziario	Rispetto dei tetti di spesa per il personale e rigoroso rispetto di quanto previsto dalla Regione in materia di Piani Triennali del Fabbisogno del personale, in coerenza con la programmazione regionale; Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali nonché della soglia minima per la riduzione della spesa per dispositivi medici Riconduzione graduale, nel corso di un triennio, dei valori di spesa di cui sopra ai valori soglia stabiliti dalla normativa statale	Documento di Indirizzo Economico Funzionale delle Aziende ed Enti del SSR (DIEF).
OMD-5	Sanità elettronica	Rispetto delle disposizioni vigenti in materia di Sanità Elettronica	Deliberazione della Giunta Regionale n. 1803 del 16 ottobre 2018 e ss.mm.ii., atti normativi o revisioni.
OMD-6	Fondi comunitari e/o nazionali	Rispetto degli obblighi contenuti nei disciplinari, sottoscritti per la gestione dei fondi comunitari e/o nazionali, con particolare riferimento al pieno raggiungimento delle previsioni di spesa comunicate e dell'aggiornamento del sistema informativo di monitoraggio	Disciplinari sottoscritti con Ministeri, Ente Regione.
OMD-7	Governo delle Liste di Attesa	Attuazione del Piano regionale per il governo dei tempi di attesa, attraverso un monitoraggio periodico delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero;	L.R. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019
OMD-8	Prevenzione	Attuazione dei protocolli operativi, rispetto degli standard previsti e qualificazione dei programmi regionali di screening oncologico per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025, per quanto di competenza dell'istituto; Attuazione del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025	D.G.R. n. 2198/2021 e ss.mm.ii. per gli ambiti di competenza
OMD-9	Anticorruzione e Trasparenza	Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione	Legge n. 190/2012



2.a.2.3. Obiettivi di performance assegnati dal Consiglio di Indirizzo e Verifica.

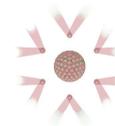
Codice	Ambito	Obiettivo
OCIV-1	Obiettivi riguardanti l'equilibrio economico-finanziario	Ripresa attività 4° sala operatoria
OCIV-2	Obiettivi riguardanti l'equilibrio economico-finanziario	Ripresa attività trapianto di midollo
OCIV-3	Obiettivi di appropriatezza (qualità)	Avvio protocollo d'intesa con le ASL territorialmente competenti per l'attivazione di Canali di integrazione Ospedale-Territorio
OCIV-4	Obiettivi di appropriatezza (qualità)	Implementazione strutturale del C.Or.O.
OCIV-5	Obiettivi di miglioramento dell'efficienza	Esecuzione entro le tempistiche negoziate ed utili secondo PDTA di riferimento delle procedure di biopsia
OCIV-6	Obiettivi di miglioramento dell'efficienza	Esecuzione entro le tempistiche negoziate ed utili secondo PDTA di riferimento delle procedure di refertazione dei campioni istologici e citologici
OCIV-7	Obiettivi di miglioramento della qualità percepita	Implementazione di un piano di azioni correttive sul rilevamento di qualità percepita condotto nel 2022
OCIV-8	Sanità elettronica	Attivazione in almeno il 30% dei reparti della nuova CCE
OCIV-9	Sanità elettronica	Implementazione nuovo sistema aziendale di protocollo
OCIV-9	Sanità elettronica	Formazione del personale alla transizione digitale
OCIV-10	Azioni positive	Implementazione compiuta delle procedure di presa in carico del neo-assunto
OCIV-11	Azioni positive	Implementazione di attività formativa al rapporto interpersonale non violento (intergerarchia organizzativa e tra pari)

2.b. Sottosezione Performance

2.b.1. Analisi generale assistenza in regime di ricovero

I tempi di chiusura delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), ordinativamente fissati al 10 del mese successivo alla data di dimissione del paziente, consentono una definitiva contabilizzazione della produzione di esercizio 2022 solo dopo il 10 febbraio del 2023, data incompatibile con la scadenza del Piano Integrato dell'Organizzazione e delle Attività, fissata al 31 gennaio di ciascun esercizio.

Considerata però l'entità delle SDO ancora non perfezionate nella piattaforma del Sistema Informativo Sanitario Regionale "Edotto", pari a 94 ricoveri ordinari e 14 ricoveri in Day Hospital, ed il limitatissimo impatto sulla quantità totale dei ricoveri e dei ricavi, **è possibile fornire con sufficiente precisione l'analisi della performance tecnico-economica dell'assistenza in regime di ricovero al fine di meglio pianificare gli interventi organizzativi e le azioni correttive per migliorare efficacia ed efficienza delle prestazioni rese.**



La produzione di assistenza sanitaria in regime di ricovero nell'anno 2022, è, come noto, stata ancora afflitta dalle persistenti e limitanti procedure di prevenzione dall'infezione da Covid-19, per le quali i pazienti hanno dovuto permanere in stanza singola per le prime 72 ore attendendo l'esito negativo del tampone molecolare, e che quindi hanno limitato i fattori di occupazione dei posti letto.

Ulteriori fattori limitanti le capacità produttive, proprio negli ambiti strategici già individuati nella precedente versione del PIAO, sono stati introdotti:

- dall'**impossibilità di disporre della 4° sala operatoria, praticamente per tutto l'anno**, a causa del prolungamento della durata dei lavori di ristrutturazione della Terapia Intensiva Post Operatoria, per effettuare i quali le attività di rianimazione post-operatoria erano state dislocate proprio in una delle sale operatorie, impedendo quindi l'utilizzo della stessa al fine di incrementare la produttività interventistica;
- dall'**indisponibilità delle stanze destinate ai trapianti di midollo osseo** presso l'Ematologia, ancora una volta per l'esecuzione di opere di ristrutturazione ed adeguamento ai requisiti di asepsi e terapia sub-intensiva, caratterizzanti la degenza di pazienti sottoposti alle procedure di trapianto, anch'essi iniziati in contemporanea ai precedenti e terminati a fine anno;

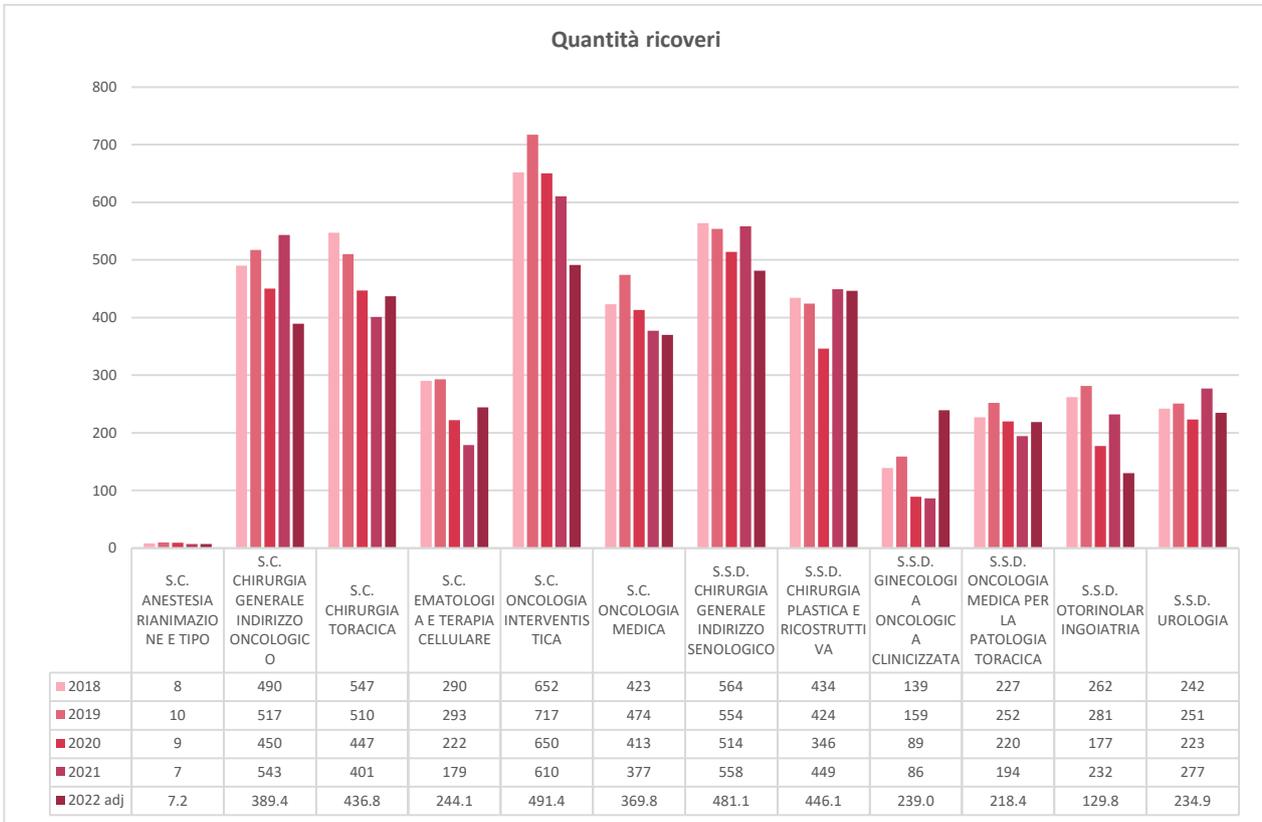
Inoltre la prolungata mancanza dei primari delle strutture di Chirurgia Generale Oncologica e di Oncologia Interventistica, i quali hanno lasciato l'Istituto senza adeguati pre-avvisi, hanno determinato un'inevitabile calo di produzione nelle prestazioni di ricovero delle relative strutture.

Di seguito si riportano i dati e le rappresentazioni grafiche della produzione in regime di ricovero sia in termini di numero di ricoveri sia in termini di ricavi quantificati in €, nel corso dell'ultimo quinquennio e la comparazione con la produzione del precedente esercizio e quella ante-Covid.

Struttura	2018	2019	2020	2021	2022	2022 adj	Δ 2022-2021	Δ 2022-2019
S.C. ANESTESIA RIANIMAZIONE E TIPO	8	10	9	7	7	7.2	0.2	-2.8
S.C. CHIRURGIA GENERALE INDIRIZZO ONCOLOGICO	490	517	450	543	378	389.4	-153.6	-127.6
S.C. CHIRURGIA TORACICA	547	510	447	401	424	436.8	35.8	-73.2
S.C. EMATOLOGIA E TERAPIA CELLULARE	290	293	222	179	237	244.1	65.1	-48.9
S.C. ONCOLOGIA INTERVENTISTICA	652	717	650	610	477	491.4	-118.6	-225.6
S.C. ONCOLOGIA MEDICA	423	474	413	377	359	369.8	-7.2	-104.2
S.S.D. CHIRURGIA GENERALE INDIRIZZO SENOLOGICO	564	554	514	558	467	481.1	-76.9	-72.9
S.S.D. CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	434	424	346	449	433	446.1	-2.9	22.1
S.S.D. GINECOLOGIA ONCOLOGICA CLINICIZZATA	139	159	89	86	232	239.0	153.0	80.0
S.S.D. ONCOLOGIA MEDICA PER LA PATOLOGIA TORACICA	227	252	220	194	212	218.4	24.4	-33.6
S.S.D. OTORINOLARINGOIATRIA	262	281	177	232	126	129.8	-102.2	-151.2



S.S.D. UROLOGIA	242	251	223	277	228	234.9	-42.1	-16.1
Totale complessivo	4.278	4.442	3.760	3.913	3.580	3.688	-225	-754



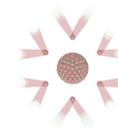
Strutture Chirurgiche di ricovero.

L'analisi del numero totale di ricoveri effettuati nel 2022 rispetto al precedente esercizio, conferma **l'effetto di contrazione produttiva determinato dalla improvvisa cessazione dal servizio dei 2 primari della Chirurgia Generale e della Oncologia Interventistica**, i quali sia in termini di "appeal" fiduciario dei pazienti, che di vera e propria attività operatoria in sala, hanno comportato cospicue ripercussioni, come già avvenuto nel pregresso per la Chirurgia Toracica.

Il concorso pubblico per la sostituzione dei Direttori delle strutture, pur bandito con grande tempestività, ha potuto essere completato, nel primo caso, solo nei primi giorni del 2023, mentre nel secondo caso la procedura è in itinere.

Il dato è comunque quello di una **perdita di produzione di oltre 150 ricoveri nel caso della Chirurgia Generale e quasi 120 ricoveri nel caso dell'Oncologia Interventistica.**

Ulteriore fattore determinante un calo di produzione risiede **nell'indisponibilità della 4° sala operatoria** che ha condotto a **diminuzione dei ricoveri in Chirurgia Generale ad Indirizzo Senologico (- 77), dell'Otorinolaringoiatria (-102) e della Urologia (- 42)** seppure parzialmente **compensati da corrispondenti incrementi di produzione della Chirurgia Ginecologica (+ 153)** conseguente all'avvenuta clinicizzazione della struttura caratterizzata negli anni pregressi da livelli di offerta inadeguati rispetto alla domanda epidemiologica, e della **Chirurgia Toracica (+**



36) gravata da consistenti liste d’attesa in quanto unica struttura di tale specializzazione in Area Metropolitana di Bari, ma per la quale i chirurghi specializzati non sono numerosi.

Tale perdita di produzione, dovrà trovare immediata compensazione attraverso le azioni previste dalla programmazione del presente PIAO 2023-2025 ed in particolare nel 2023:

- a) Utilizzo “full-time” della 4° Sala Operatoria a seguito dell’avvenuta conclusione dei lavori presso la Terapia Intensiva Post Operatoria;
- b) Incremento delle attività di Day Surgery (DS) o equipollenti da parte delle diverse strutture chirurgiche presso l’Ambulatorio di DS, ancora solo utilizzato parzialmente rispetto alle proprie potenzialità anche programmando l’utilizzo di un nuovo arco a “C” in fase di acquisizione e dell’arco a “C” già in dotazione della Oncologia Interventistica, attualmente sotto-utilizzato;
- c) Efficientamento dell’esecuzione delle procedure di “biopsia profonda diagnostica” richieste dagli ambulatori, mediante partecipazione del Radiologo Interventista alla valutazione in team multidisciplinare ed impiego dei Posti Letto della Terapia Intensiva Post Operatoria, normalmente scarsamente occupati, per l’osservazione successiva all’esecuzione della procedura, evitando così l’occupazione dei posti letto più opportunamente destinati ai ricoveri con finalità terapeutica. L’eventuale “overflow” di tali osservazioni, in caso di occupazione dei letti di assistenza intensiva avverrebbero sui posti letto delle strutture richiedenti la procedura bioptica.

Strutture Mediche di ricovero.

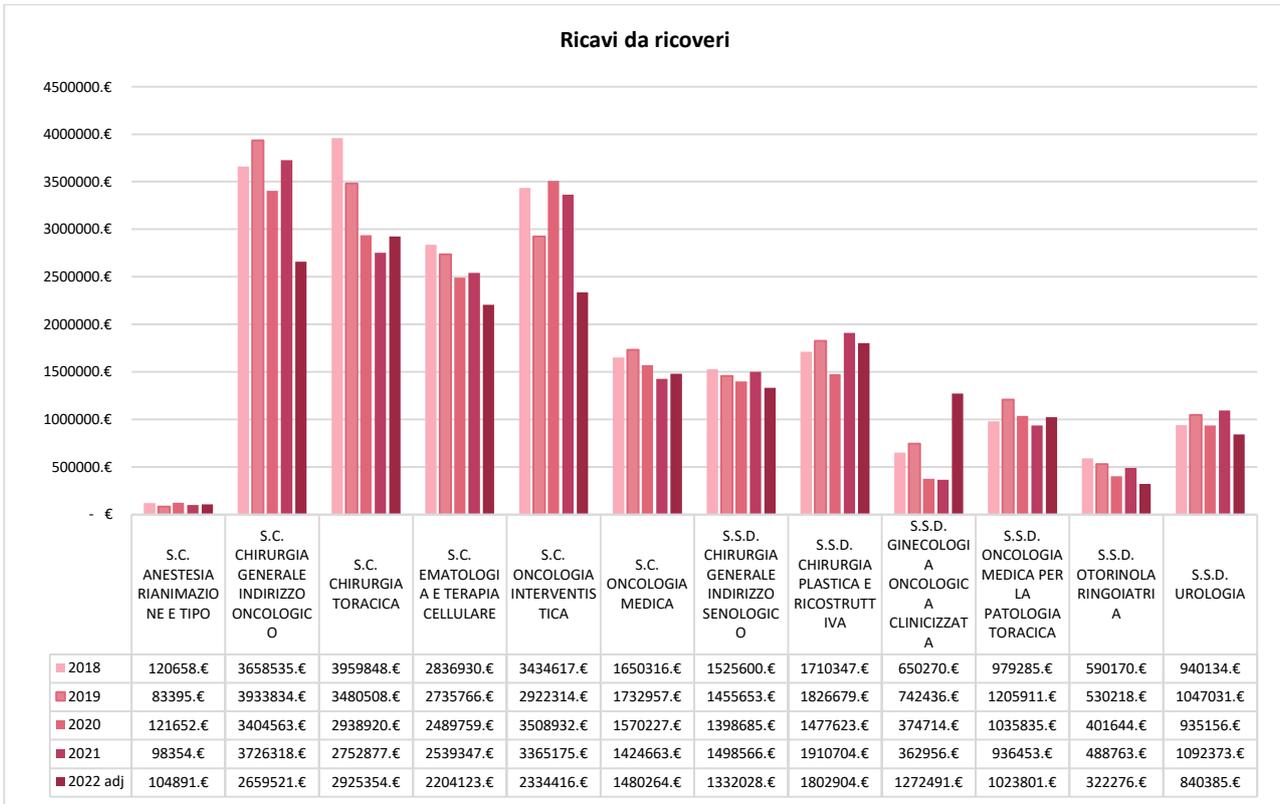
Le strutture mediche di ricovero sono, ovviamente, tra le più penalizzate dagli effetti della pandemia Covid. La produzione, che era stata in crescita fino al 2019, in tutti e tre i reparti di Oncologia Medica, Ematologia ed Oncologia Medica per la Patologia Polmonare, ancora nel 2022 non è riuscita a recuperare i precedenti livelli di produzione.

Rispetto all’esercizio precedente invece, mentre l’Oncologia medica e l’Oncologia medica per la patologia polmonare hanno garantito il mantenimento dei livelli di produzione persino con lievi miglioramenti, in termini di quantità di ricoveri e/o di ricavi, nel caso dell’Ematologia alla maggiore quantità di ricoveri **(+65)**, non trovano riscontro equivalente i ricavi. Ciò a causa dei lavori di ristrutturazione che protraendosi per tutto l’anno hanno di fatto interrotto le attività di trapianto autologo di midollo osseo (particolarmente remunerative e con rilevanti liste di attesa).

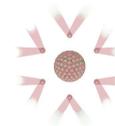
Struttura	2018	2019	2020	2021	2022	2022 adj	Δ 2022-2021	Δ 2022-2019
S.C. ANESTESIA RIANIMAZIONE E TIPO	120.658 €	83.395 €	121.652 €	98.354 €	101.819 €	104.891.€	6.537 €	21.496 €
S.C. CHIRURGIA GENERALE INDIRIZZO ONCOLOGICO	3.658.535 €	3.933.834 €	3.404.563 €	3.726.318 €	2.581.639 €	2.659.521.€	-1.066.797 €	-1.274.313 €
S.C. CHIRURGIA TORACICA	3.959.848 €	3.480.508 €	2.938.920 €	2.752.877 €	2.839.687 €	2.925.354.€	172.477 €	-555.154 €



S.C. EMATOLOGIA E TERAPIA CELLULARE	2.836.930 €	2.735.766 €	2.489.759 €	2.539.347 €	2.139.577 €	2.204.123.€	-335.224.€	-531.643 €
S.C. ONCOLOGIA INTERVENTISTICA	3.434.617 €	2.922.314 €	3.508.932 €	3.365.175 €	2.266.055 €	2.334.416.€	-1.030.759 €	-587.898 €
S.C. ONCOLOGIA MEDICA	1.650.316 €	1.732.957 €	1.570.227 €	1.424.663 €	1.436.916 €	1.480.264.€	55.601 €	-252.693 €
S.S.D. CHIRURGIA GENERALE INDIRIZZO SENOLOGICO	1.525.600 €	1.455.653 €	1.398.685 €	1.498.566 €	1.293.021 €	1.332.028.€	-166.538 €	-123.625 €
S.S.D. CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	1.710.347 €	1.826.679 €	1.477.623 €	1.910.704 €	1.750.107 €	1.802.904.€	-107.800 €	-23.775 €
S.S.D. GINECOLOGIA ONCOLOGICA CLINICIZZATA	650.270 €	742.436 €	374.714 €	362.956 €	1.235.228 €	1.272.491.€	909.535 €	530.055 €
S.S.D. ONCOLOGIA MEDICA PER LA PATOLOGIA TORACICA	979.285 €	1.205.911 €	1.035.835 €	936.453 €	993.820 €	1.023.801.€	87.348 €	-182.110 €
S.S.D. OTORINOLARINGOIATRIA	590.170 €	530.218 €	401.644 €	488.763 €	312.838 €	322.276.€	-166.487 €	-207.942 €
S.S.D. UROLOGIA	940.134 €	1.047.031 €	935.156 €	1.092.373 €	815.775 €	840.385.€	-251.988 €	-206.646 €
Totale complessivo	22.056.710 €	21.696.702 €	19.657.710 €	20.196.548 €	17.766.482 €	18.302.454 €	-1.894.094 €	-3.394.248 €



Anche nel caso delle strutture di Area medica, le attività dovranno trovare immediata compensazione attraverso opportune azioni previste dalla programmazione del presente PIAO 2023-2025:



- Attivazione dei locali, peraltro potenziati, per la ripresa a pieno regime delle attività di trapianto di midollo osseo presso la struttura di Ematologia;
- Attivazione di stabili procedure e canali per la dimissione protetta (ADP-ADI), diminuendo la durata delle degenze mediante accordi con il territorio;
- Standardizzazione delle attività del C.Or.O. affinché, attraverso la presa in carico e la gestione dei PDTA, possa prodursi una fidelizzazione del paziente in termini di completamento intra-moenia del percorso e di selettività, in caso di "overload" delle casistiche di più alta specialità;

Anche dall'analisi del peso medio dei DRG erogati dalle singole strutture è possibile ottenere conferme dell'evoluzione della complessità delle prestazioni via via erogate.

Il peso relativo del DRG fornisce una **misura del consumo medio di risorse associato ai ricoveri** afferenti a **ciascun DRG**: maggiore è il peso e più elevato risulterà il carico assistenziale della corrispondente casistica. Conseguentemente, il peso relativo può essere impiegato anche come **indicatore proxy della complessità del ricovero**, in base all'ipotesi di **correlazione positiva fra complessità clinica e consumo di risorse**. Il sistema di pesi per la versione DRG 24 è stato pubblicato nel DM 18/12/2008.

Di seguito si riporta la tabella riassuntiva del peso medio delle prestazioni di ricovero di ciascuna unità operativa dell'Istituto nonché la rappresentazione grafica mediante istogramma degli stessi dati.

Struttura	2018	2019	2020	2021	2022
S.C. ANESTESIA RIANIMAZIONE E TIPO	3.92	2.62	4.02	5.70	3.91
S.C. CHIRURGIA GENERALE INDIRIZZO ONCOLOGICO	2.13	2.15	2.14	1.97	1.93
S.C. CHIRURGIA TORACICA	2.11	2.03	1.99	2.07	2.05
S.C. EMATOLOGIA E TERAPIA CELLULARE	2.75	2.71	3.07	3.84	2.49
S.C. ONCOLOGIA INTERVENTISTICA	1.73	1.44	1.83	1.85	1.64
S.C. ONCOLOGIA MEDICA	1.24	1.18	1.23	1.23	1.27
S.S.D. CHIRURGIA GENERALE INDIRIZZO SENOLOGICO	1.08	1.06	1.07	1.07	1.08
S.S.D. CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	1.39	1.48	1.50	1.50	1.46
S.S.D. GINECOLOGIA ONCOLOGICA CLINICIZZATA	1.42	1.41	1.29	1.28	1.57
S.S.D. ONCOLOGIA MEDICA PER LA PATOLOGIA TORACICA	1.37	1.49	1.48	1.48	1.45
S.S.D. OTORINOLARINGOIATRIA	1.03	0.96	1.02	0.98	1.07
S.S.D. UROLOGIA	1.19	1.22	1.24	1.22	1.13
Peso medio complessivo	1.62	1.56	1.66	1.65	1.58

Hanno avuto un'evoluzione positiva le prestazioni di **Ginecologia** che oltre ad un aumento quantitativo di cui si è già argomentato, hanno osservato una crescita importante anche del peso medio che è passato dall'1.42 del 2018 – che peraltro si era ulteriormente abbassato nel 2021 al valore di 1.28 - al valore di 1.57 con un trend in ulteriore aumento, così come **l'Oncologia Medica** che, seppure in maniera meno evidente, è comunque passata dall'1.18 del 2019 all'1.27 del 2022 e **l'Oncologia Medica per la Patologia Toracica**, che è passata dall'1.37 del 2018 all'1.45 del 2022 con un aumento anche quantitativo delle prestazioni.



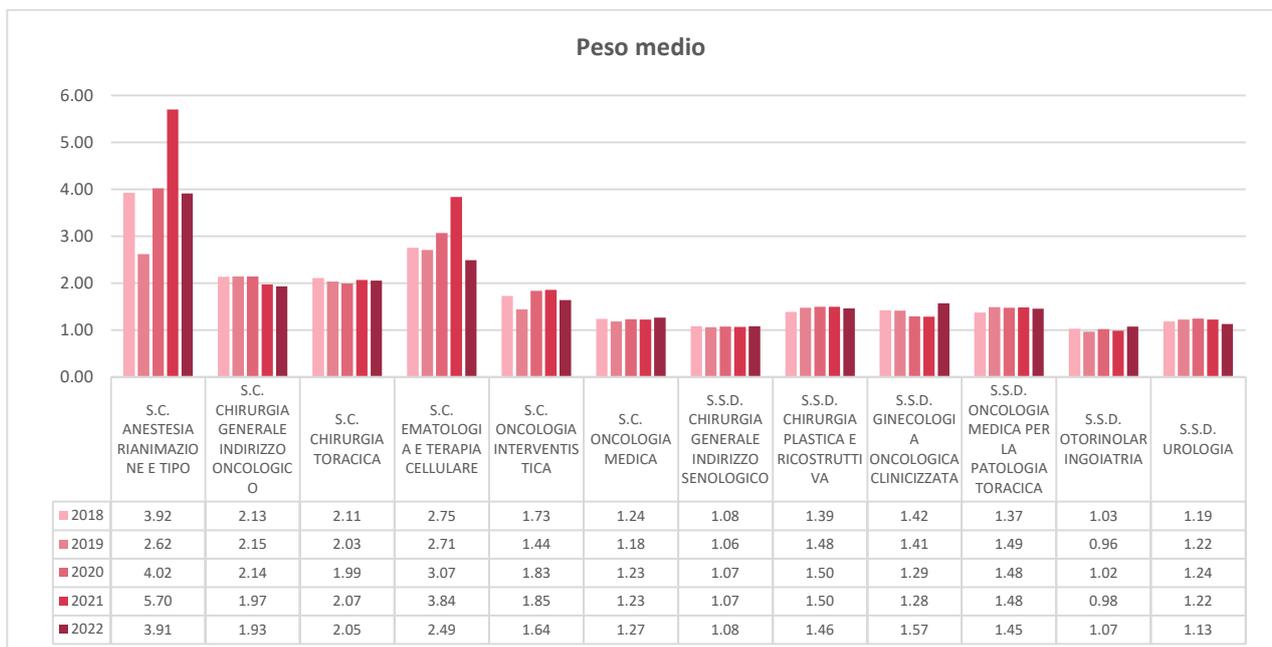
Le prestazioni di **Chirurgia Toracica**, sostanzialmente vincolate al DRG 75, così come quelle di **Chirurgia Senologica** e **Plastica Ricostruttiva** che esegue interventi abbastanza standardizzati, hanno un peso medio strutturalmente poco modificabile, come reso evidente anche dalla tabella. Analoghe considerazioni andrebbero fatte per l'**Otorinolaringoiatria**, la quale seppur diminuendo sensibilmente la quantità di ricoveri, ha potuto comunque qualificare lievemente gli interventi passando da 1.03 ad 1.07 di peso medio, anche grazie al supporto di chirurghi esterni in consulenza.

Le già riferite assenze dei primari di **Chirurgia Generale** e di **Oncologia Interventistica** hanno evidentemente prodotto un loro effetto sul peso medio dei DRG che nel primo caso è passato dal valore di 2.13 del 2018 al valore di 1.93 del 2022, anche se era già significativamente calato nel 2021 al valore di 1.97. Nel secondo caso l'abbattimento del peso medio è risultato ancora più significativo passando dal 1.85 del 2021 al 1.64 del 2022.

L'**Urologia**, la quale aveva conseguito un lieve incremento del peso medio nel periodo del Covid, si è progressivamente trovata a fronteggiare un ampio fronte concorrenziale in tutta l'Area Metropolitana di Bari che vede le chirurgie urologiche operare con apparecchiature robotiche. E' così tornata nel 2022 ad un peso medio (1.13) addirittura lievemente inferiore al 2018 (1.19).

Un discorso "ad hoc" merita l'**Ematologia**, la quale privata della possibilità di erogare i DRG del trapianto autologo di midollo - DRG del peso di 16.324, ha conseguentemente ridotto in maniera sensibile il peso medio dei propri ricoveri passato da 3.84 del 2021 a 2.49 del 2022.

I ricoveri presso l'Anestesia e Rianimazione oltre alla loro scarsa numerosità che non consente analisi statisticamente attendibili, sono evidentemente condizionati dagli esiti degli interventi operatori delle altre branche specialistiche di chirurgia e pertanto non possono essere valutati con considerazioni analoghe alle precedenti.





Un ulteriore parametro che ha evidente impatto sui costi diretti dei servizi e limita la possibilità di effettuare nuovi ricoveri a causa dell'occupazione dei posti letto è quello della **durata media delle degenze**.

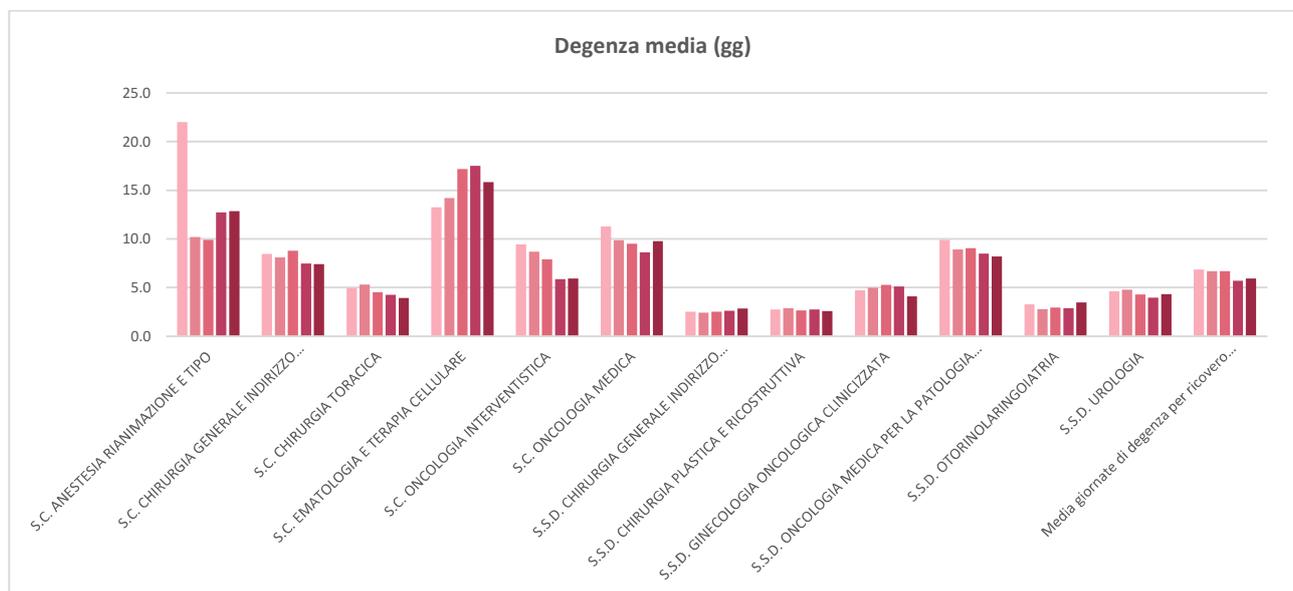
$$DM = \frac{\sum_{i=1}^n Gdi}{N},$$

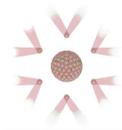
in cui:

- DM = Degenza Media
- Gd_i = Giorni di degenza dell' i-esimo ricovero
- N = Totale ricoveri

La rilevazione di tale parametro nell'ultimo quinquennio attesta una diminuzione della durata media delle degenze di quasi un giorno che determinano minori occupazioni dei posti letto per **3700 giornate circa**, equivalenti a quasi **10 posti letto**, che hanno permesso di compensare almeno in parte le procedure anti-Covid

Struttura	2018	2019	2020	2021	2022
S.C. ANESTESIA RIANIMAZIONE E TIPO	22.0	10.2	9.9	12.7	12.9
S.C. CHIRURGIA GENERALE INDIRIZZO ONCOLOGICO	8.5	8.1	8.8	7.5	7.4
S.C. CHIRURGIA TORACICA	4.9	5.3	4.5	4.3	3.9
S.C. EMATOLOGIA E TERAPIA CELLULARE	13.2	14.2	17.2	17.5	15.8
S.C. ONCOLOGIA INTERVENTISTICA	9.4	8.7	7.9	5.9	5.9
S.C. ONCOLOGIA MEDICA	11.3	9.9	9.5	8.6	9.8
S.S.D. CHIRURGIA GENERALE INDIRIZZO SENOLOGICO	2.5	2.4	2.5	2.6	2.8
S.S.D. CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	2.7	2.9	2.6	2.7	2.6
S.S.D. GINECOLOGIA ONCOLOGICA CLINICIZZATA	4.7	5.0	5.3	5.1	4.1
S.S.D. ONCOLOGIA MEDICA PER LA PATOLOGIA TORACICA	9.9	8.9	9.0	8.5	8.2
S.S.D. OTORINOLARINGOIATRIA	3.3	2.8	2.9	2.9	3.5
S.S.D. UROLOGIA	4.6	4.8	4.3	4.0	4.3
Media durata degenza per ricovero nell'Istituto	6.8	6.7	6.7	5.7	5.9





Davvero rimarchevole, in tale senso, è la performance della **Chirurgia Toracica**, con tempi di degenza passati **da 4.9 a 3.9** giornate medie per ricovero.

Anche la degenza media dell'**Oncologia Medica** si è significativamente ridotta da 11.3 a 9.8 giorni e quella della **Oncologia Medica per la Patologia Toracica** passata **da 9.9 ad 8.2** giorni.

Altrettanto positiva è la performance della **Ginecologia** che pur in corrispondenza di un aumento del peso del DRG perviene ad una diminuzione della degenza media **da 5.1. a 4.1** giorni.

Per l'**Oncologia Interventistica** il miglioramento è stato davvero significativo, **da 9.4 a 5.9** giorni, seppure a fronte – come detto - di un **corrispondente e significativo calo del peso** del DRG, ed anche nel caso della **Chirurgia Generale** la riduzione **da 8.5 a 7.4** giorni per ricovero corrisponde ad un **calo di complessità**.

Stabili, per le medesime considerazione effettuate sul peso medio, le durate medie delle degenze in **Chirurgia Senologica, Chirurgia Plastica e Ricostruttiva e Otorinolaringoiatria**.

Anche l'**Urologia**, non avendo modificato sostanzialmente il proprio mix di interventi, mantiene una durata media della degenza sostanzialmente immutata.

Infine l'Ematologia, per la quale, non essendo presente la prolungata degenza dei trapianti autologhi di midollo, possono registrare una riduzione del valore medio della durata del ricovero da 17.5 a 15.8, la quale però, se raffrontata alla durata media delle degenze del 2018, comunque si incrementa rispetto al valore di 13,2 registrato per quell'anno.

Ancora una volta, la durata media della degenza di Anestesia e Rianimazione dipende dalle criticità dei ricoveri effettuati da altri reparti e comunque rimane entro range significativamente inferiori al 2018.

Alle valutazioni condotte sulla durata media delle degenza, ai fini di un'ideale valutazione di impatto sulla dotazione di posti letto, è necessari accompagnare l'analisi del parametro relativi al **fattore di occupazione dei posti letto**.

Tale parametro è definito come segue:

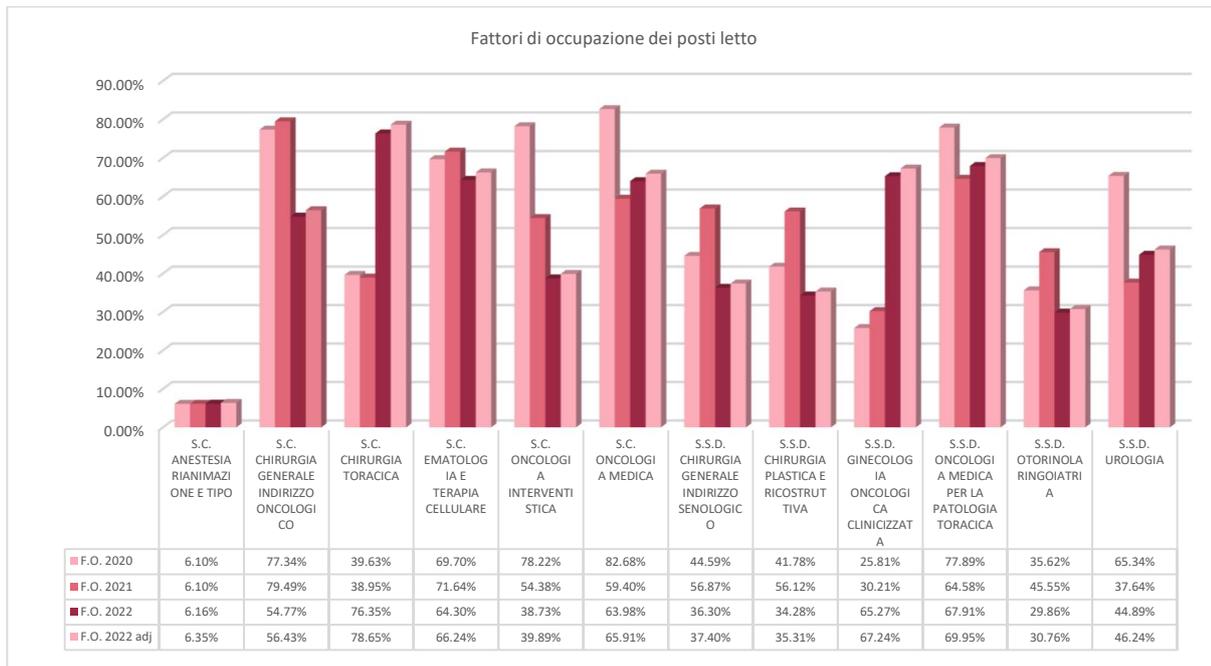
$$TO = \frac{\sum_{i=1}^n Gd_i}{PL * 365'}$$

in cui:

TO = Tasso di Occupazione

Gd_i = Giorni di degenza dell' i-esimo ricovero

PL = Totale Posti Letto



I fattori di occupazione delle strutture di ricovero dell'Istituto sono stati indubbiamente condizionati dalle procedure preventive per l'infezione da Covid-19. Queste, come già prospettato in apertura del presente paragrafo, prevedevano la permanenza in stanza singola di ciascun paziente per le prime 72 ore – nonostante la presenza di 2 letti – per prevenire l'eventuale tardiva manifestazione della positività a seguito dei tempi di incubazione del virus. Tali procedure hanno, di fatto, dimezzato la capacità di ricovero per tutti quei pazienti la cui durata di degenza era inferiore a 3 gg. e comunque impattato fortemente sui fattori di occupazione complessivi.

Resta il fatto che, diffusamente, fatta qualche eccezione per le strutture di degenza dell'Area Medica e per le degenze della Chirurgia Toracica e della Ginecologia, i fattori di occupazione delle strutture appaiono, nonostante le precedenti giustificazioni, comunque bassi, al punto da richiedere interventi sia per un **aumento dei fattori di occupazione dei posti letto** che per una **progressiva concentrazione delle degenze per dipartimenti e/o per sede oncologica**, al fine di rendere più efficiente l'impiego del personale del comparto.

Ad esempio, le degenze delle chirurgie programmate ad alta standardizzazione degli interventi e quindi della durata delle degenze, quali ad esempio quelle della Chirurgia Senologica e della Chirurgia Plastica, possono trovare collocazione in un' **"Area di Degenza Donna"** ad esempio assieme alla Ginecologia, così come le degenze della Chirurgia Toracica possono trovare ospitalità in un' **"Area di Degenza Toracica"** assieme alle degenze della Oncologia Medica per la Patologia Toracica, allo scopo di condividere maggiormente le decisioni e l'assistenza del corrispondente Team Multidisciplinare.

Ciò alla stregua di quanto già avviene in termini di gestione dei pazienti di Chirurgia Generale e di Urologia.

Sempre in tale prospettiva di maggiore appropriatezza ed efficientamento dei settings assistenziali, risulta importante **differenziare l'allocazione, le dotazioni strumentali e la**



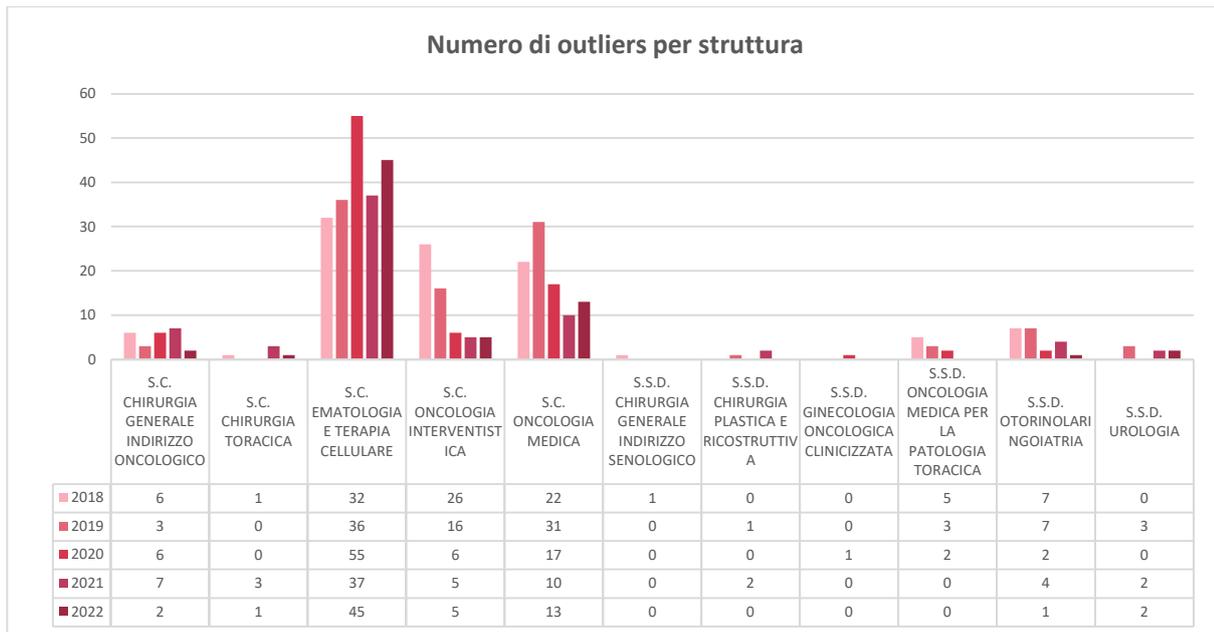
formazione del personale destinati all'assistenza di pazienti che hanno subito procedure di biopsia profonda radio-assistita ad elevata rotazione dei posti letto ed in cui sono necessarie le capacità di monitoraggio dei parametri biomedicali, da quelli per i pazienti cui sono state praticate procedure radio-assistite di chemioterapia, elettrochemioterapie, HIPEC intra-arteriosa, embolizzazioni, ecc., per i quali è necessaria una maggiore capacità di valutazione sistemica.

Per i primi (sottoposti a biopsia) può ipotizzarsi, come già detto in precedenza, una possibilità di ricovero in osservazione post-operatoria in TIPO – attualmente con fattori di occupazione estremamente contenuti – con possibilità di overflow sulle strutture richiedenti la procedure diagnostica biptica.

La degenza degli altri, per omogeneità d'approccio può essere accorpata alle degenze dell'Oncologia Medica con efficientamento dell'impiego del personale.

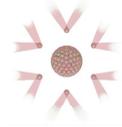
Ultimo indicatore valutato è quello degli "outliers", ossia dei pazienti la cui degenza è durata un numero di giorni superiore ad un valore "soglia" prefissato per ciascun DRG.

La quantità di tali ricoveri suddivisa per struttura di degenza è riportata nell'istogramma che segue:

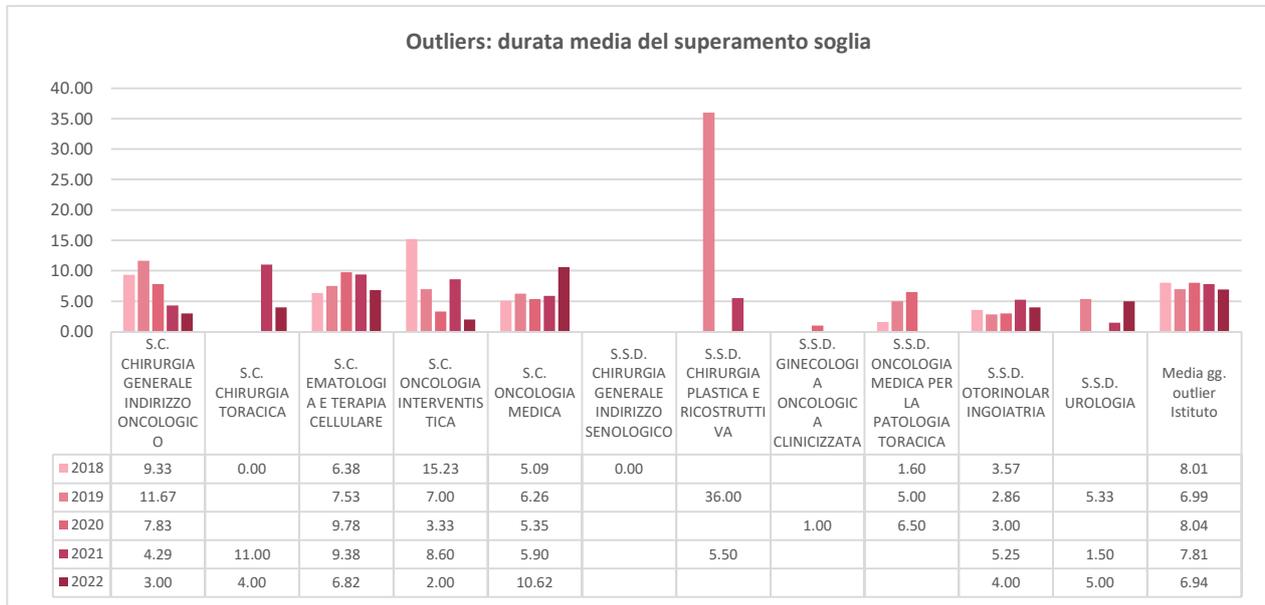


E' evidente che tali tipologie di ricoveri hanno avuto modo di verificarsi prevalentemente nei reparti di Area Medica ed in particolare in quelli di Oncologia Medica e di Ematologia, oltre che, seppure con un "trend" in significativa diminuzione in Oncologia Interventistica. Fa eccezione solo la Oncologia Medica per la Patologia Toracica.

Tale circostanza rende esplicita la causa di tale "anomalia" che risiede **nell'impossibilità di trasferire il paziente ad altro tipo di setting assistenziale a minore intensità di cura, ad esempio Assistenza Domiciliare Protetta, Assistenza Domiciliare Integrata o anche Hospice e Lungodegenza per carenze nelle procedure di trasferimento della presa in carico, necessità di**



consulenze oncologiche che affianchino l'assistenza standard di tale assistenza, anche eventualmente utilizzando gli strumenti tecnologici e le reti oggi disponibili con la telemedicina.



La **durata media del superamento della soglia dei DRG (outliers)** ha comunque potuto essere abbattuta di oltre il 10% nel corso del 2022, **passando da un valore di 7.81 a 6.94 (-11.2%)**

64

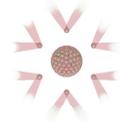
2.b.2. Analisi generale assistenza in regime ambulatoriale

Nell'ambito dell'assistenza ambulatoriale invece, le prestazioni di visita specialistica, esami strumentali e terapie ambulatoriali continuano il proprio andamento espansivo seppur lievemente più contenuto rispetto al 2021.

Ciò attesta che non si tratta di un fenomeno correlato alla pandemia, quanto piuttosto di una modificazione strutturale dell'offerta che incontra comunque la propensione della domanda.

In tal senso il Piano Oncologico Nazionale 2023-2027 riscontra che *"In alcune regioni, i trattamenti oncologici sono già da tempo per gran parte gestiti in regime ambulatoriale. Il passaggio nella erogazione di trattamenti oncologici dal ricovero all'ambulatorio richiede una revisione sistematica delle modalità organizzative, delle tempistiche necessarie per erogare la prestazione e dei percorsi di cura, al fine di gestire in sicurezza tutte le fasi del processo e garantirne la tracciabilità. Pertanto, ogni Unità Operativa (U.O.) di oncologia medica e radioterapia, e ogni altra U.O. coinvolta nella erogazione di prestazioni ai malati oncologici, dovrebbe disporre di una procedura aziendale che identifichi chiaramente ruoli, responsabilità, modalità e tempi di erogazione delle prestazioni, con indicatori di processo e di esito rilevabili e misurabili."*

E' proprio questa la sfida che nel triennio della pianificazione del presente PIAO si pone l'Istituto: **attivare stabilmente le procedure di presa in carico e gestione del PDTA del paziente**



mediante il **Centro di Orientamento Oncologico (C.Or.O.)** e le sue implicazioni professionali (infermieri specializzati nel ruolo di “oncology nurse navigator” ed “oncology care manager”, psiconcologi, assistenti sociali), **organizzative** (procedure, linee guida e team multidisciplinari) e **tecnologiche** (integrazione tra sistemi informativi: [cartelle cliniche, impegnative e prenotazioni], [sistemi territoriali dell’assistenza distrettuale, sociale, protesica, riabilitativa, ecc.] e telemedicina).

L’Istituto, **nel corso del 2022**, ha proposto in partecipazione ad apposito bando dell’Agenzia per la Coesione Territoriale, **ricevendo l’approvazione del progetto TeleC.Or.O.**, l’evoluzione dei servizi del C.Or.O. in versione potenziata da telemedicina integrata alla Centrale Operativa Regionale di Telemedicina (CORe-Health), **potendo così attivare 11 postazioni collocate in Comuni dei Distretti Socio Sanitari dell’ASL BA telematicamente abilitanti funzioni di televisita** in collegamento con gli specialisti oncologi dell’Istituto sotto il coordinamento di infermieri professionali dediti **anche all’Assistenza Domiciliare**.

Di tali obiettivi conseguenziali si espliciterà maggiormente nel seguito della presente sezione.

Tornando all’analisi della performance assistenziale del 2022, non tutte le strutture hanno però registrato un saldo positivo rispetto al 2021, ma quelle che hanno registrato una lieve flessione hanno – per così dire “consolidato” gli exploit precedenti ed altre hanno mantenuto un costante “trend” di crescita.

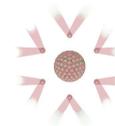
In termini quantitativi si tratta di un incremento di oltre 96.000 prestazioni, pari all’11.6%, che si aggiunge al 14.7% dell’anno precedente.

Da monitorare comunque l’andamento delle prime visite, le quali, cresciute nel 2021 da 1851 a 2373 (28.2%), sono lievemente diminuite nel 2022 a 2207 (-7,0%), verificando se stiano saturandosi le capacità di prima accoglienza dell’Istituto in termini di tempi di emissione della prima diagnosi, fatto che induce migrazione e perdita di appeal.

Tale lieve calo si ripercuote ovviamente sulle **linee diagnostiche** le quali osservano cali **nell’Anatomia Patologica (809 valutazioni in meno, pari al -4.7%) e Diagnostica Molecolare (-1,0%) e Radiologia Senologica (-2.282 prestazioni pari al -6.8%).**

Tale trend non appare connotare le **prime visite in chirurgia senologica** dove sebbene le prestazioni ambulatoriali complessive diminuiscono del 14.2%, le prime visite continuano a salire con un andamento lineare **da 117 nel 2020 a 159 (+42) nel 2021 a 196 nel 2022 (+37).**

I trasferimenti dei dirigenti responsabili presso altri nosocomi avvenuti in **Endoscopia Digestiva, Dermatologia** hanno comportato con una **diminuita capacità produttiva del 17.9% (-1269) e del 20.8% (-263).** Trovano altresì riscontro le osservazioni già espresse per l’analisi delle prestazioni assistenziali di ricovero, nel caso **dell’Oncologia Interventistica** e della **Chirurgia Generale** dove le riduzioni della produzione sono state del **-60% (-2.110) e del -19.8% (-382),** nel primo caso compensate dalla **contestuale crescita** delle attività **dell’Oncologia Medica Integrata** in crescita del **+26.9% (+2.526).**



Riprendono a crescere dopo un comprensibile rallentamento connesso all'epidemia, la **l'Anestesia (+9.6%) e la Chirurgia Plastica (+17.7%)**

Consolidano il proprio "trend" di crescita:

- la Chirurgia Toracica con +26.9% nel 2021 ed un ulteriore +18.3% nel 2022,
- l'Endoscopia Bronchiale con +16.3% nel 2021 e +10.5% nel 2022 rispetto all'anno precedente,
- così come l'Ematologia con un +6.6% da sommare alla crescita del 20.6% registrata nel 2021,
- la Radiologia Diagnostica che isorisorse continua ad incrementare del +6.2% la propria produzione già cresciuta del 19.8% nel 2021,
- la Patologia Clinica che anche grazie ad un importante rinnovo tecnologico che si concluderà nel 2023 ha incrementato le prestazioni del 21.5% nel 2022 e del 12.1% nel 2021,
- l'Otorinolaringoiatria con un ulteriore + 3.9% sulla crescita dell'8.5% del 2021,
- la struttura che si occupa dei Tumori Rari e del Melanoma che già aveva incassato un importante +23.6% nel 2021 con un ulteriore +8.8%,
- la Cardiologia che come la Ginecologia ha un trend esponenziale di crescita stante il costante incremento percentuale, rispettivamente del 10% circa e di oltre il 24%
- ed infine le Oncologie Mediche, per la Presa in Carico Globale del Paziente (+ 3.4% nel 2022 e + 14.8% nel 2021) e per la Patologia Toracica (+ 5.7% nel 2022 e + 7.2% nel 2021).

In controtendenza con assestamenti seppure non particolarmente significativi rispetto alle crescite del 2021:

- le Oncologie Medica (-5.1%) e Sperimentale (-3.8%);
- l'Urologia (-8.5%);
- la Radioterapia, la quale sebbene diminuisca lievemente il numero di prestazioni del -5.4% (-3.335) aumenti i propri ricavi mediante una pianificata strategia di incremento dei livelli di specializzazione dei trattamenti erogati (ArcTherapy ed IGRT).

In assestamento un po' più cospicuo le prestazioni di Neurologia che diminuiscono del -21.7% dopo l'esplosiva crescita del +79.2% del 2021, mentre la Psiconcologia assesta il suo erogato d esordio a 1260 prestazioni.

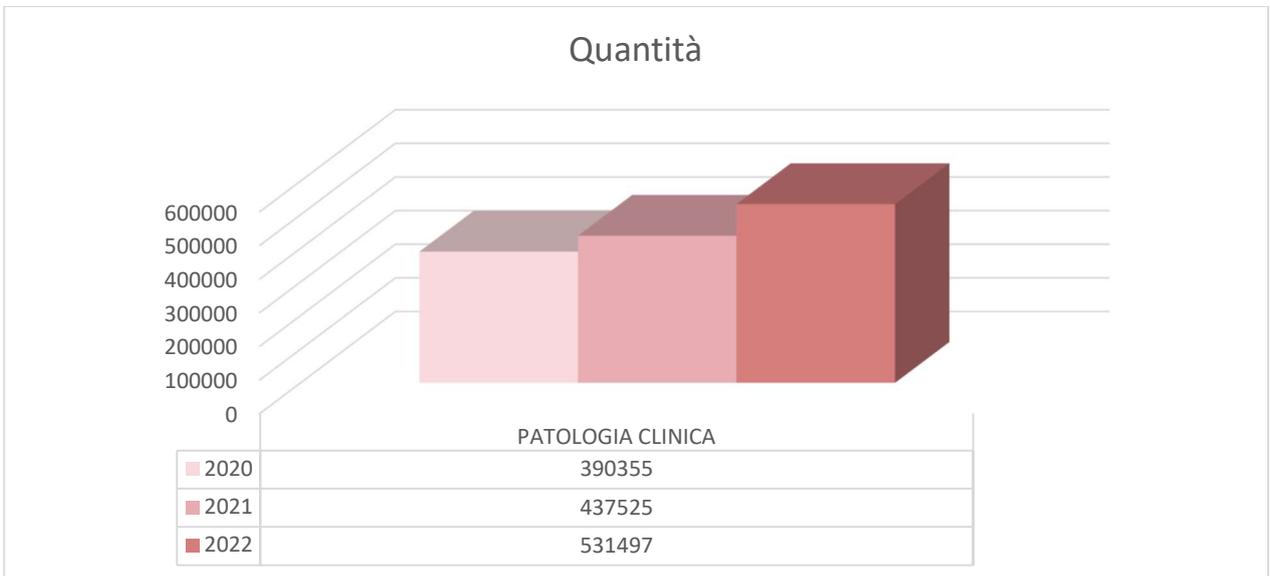
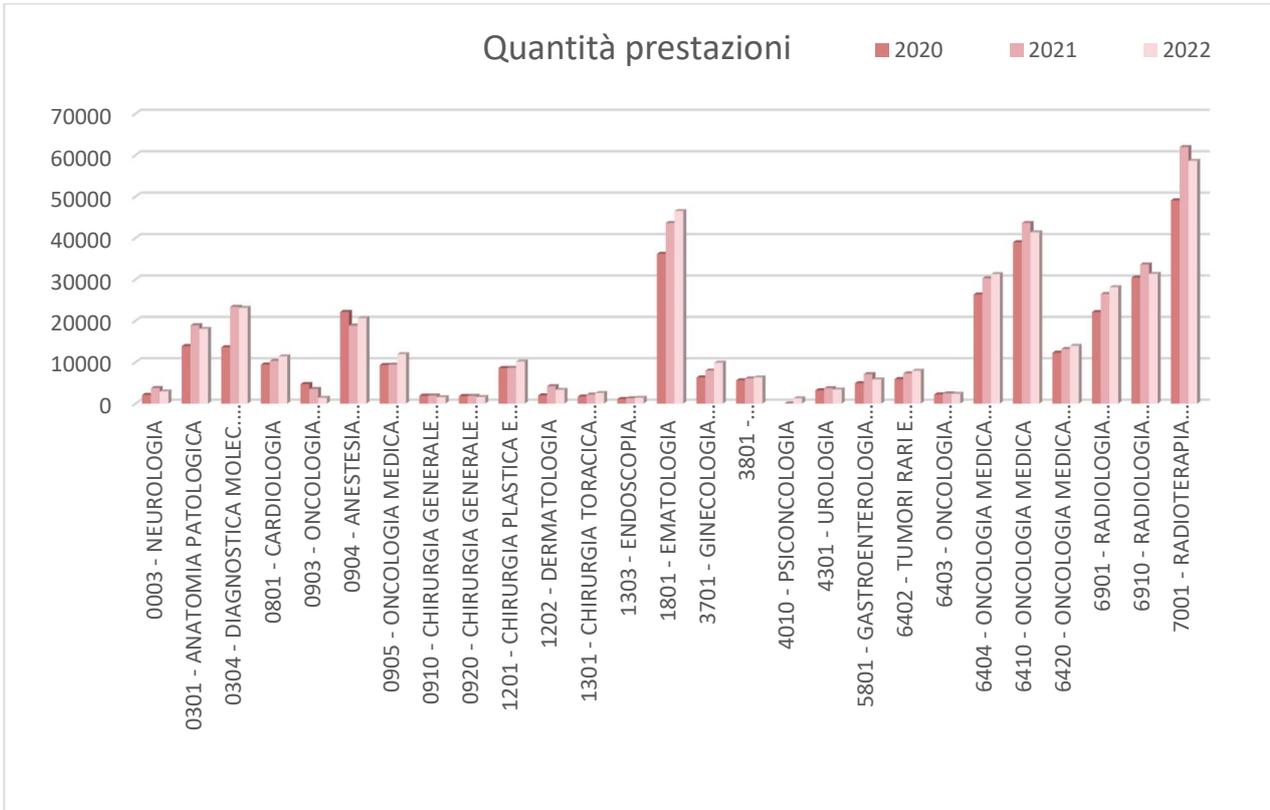
Quantità prestazioni ambulatoriali					
Centro di Erogazione - Anno	2020	2021	2022	Δ 2022-2021	Δ 2022-2020
NEUROLOGIA	2.083	3.732	2.923	-809	840
ANATOMIA PATOLOGICA	13.882	18.901	18.017	-884	4.135
DIAGNOSTICA MOLECOLARE E FARMACOGENETICA	13.591	23.348	23.107	-241	9.516
CARDIOLOGIA	9.423	10.296	11.380	1.084	1.957
ONCOLOGIA INTERVENTISTICA	4.688	3.514	1.404	-2.110	-3.284
ANESTESIA RIANIMAZIONE E TIPO	22.125	18.822	20.626	1.804	-1.499
ONCOLOGIA MEDICA INTEGRATA	9.308	9.395	11.921	2.526	2.613
CHIRURGIA GENERALE INDIRIZZO ONCOLOGICO	1.902	1.930	1.548	-382	-354
CHIRURGIA GENERALE INDIRIZZO SENOLOGICO	1.802	1.853	1.590	-263	-212
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	8.582	8.619	10.141	1.522	1.559



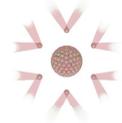
DERMATOLOGIA	1.971	4.187	3.315	-872	1.344
CHIRURGIA TORACICA E MININVASIVA	1.694	2.150	2.543	393	849
ENDOSCOPIA BRONCHIALE	1.085	1.262	1.395	133	310
EMATOLOGIA	36.150	43.605	46.472	2.867	10.322
PATOLOGIA CLINICA	390.355	437.525	531.497	93.972	141.142
GINECOLOGIA ONCOLOGICA CLINICIZZATA	6.290	7.943	9.862	1.919	3.572
OTORINOLARINGOIATRIA E CHIR. CERVICO MAXILLO FACCIALE	5.584	6.061	6.299	238	715
PSICONCOLOGIA		35	1.260	1.225	1.260
UROLOGIA	3.186	3.708	3.392	-316	206
GASTROENTEROLOGIA - ENDOSCOPIA DIGESTIVA	4.898	7.087	5.818	-1.269	920
TUMORI RARI E MELANOMA	5.885	7.277	7.915	638	2.030
ONCOLOGIA SPERIMENTALE E GESTIONE BIOBANCA	2.190	2.437	2.344	-93	154
ONCOLOGIA MEDICA PER LA PRESA IN CARICO GLOBALE	26.344	30.252	31.273	1.021	4.929
ONCOLOGIA MEDICA	38.967	43.588	41.354	-2.234	2.387
ONCOLOGIA MEDICA PER LA PATOLOGIA TORACICA	12.289	13.176	13.924	748	1.635
RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	22.086	26.452	28.092	1.640	6.006
RADIOLOGIA SENOLOGICA	30.413	33.598	31.316	-2.282	903
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	49.087	61.931	58.596	-3.335	9.509
Totale complessivo	725.860	832.684	929.324	96.640	203.464

di cui ALPI:

Centro di Erogazione	2020	2021	2022
ANATOMIA PATOLOGICA	1.438	2.302	2.316
CARDIOLOGIA	131	285	283
ANESTESIA RIANIMAZIONE E TIPO			4
ONCOLOGIA MEDICA INTEGRATA	9	16	27
CHIRURGIA GENERALE INDIRIZZO ONCOLOGICO	544	598	68
CHIRURGIA GENERALE INDIRIZZO SENOLOGICO	128	175	214
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	12	40	167
DERMATOLOGIA			32
CHIRURGIA TORACICA	72	98	117
CHIRURGIA TORACICA MININVASIVA	11	20	27
ENDOSCOPIA BRONCHIALE	12	8	10
EMATOLOGIA	489	701	590
GINECOLOGIA ONCOLOGICA CLINICIZZATA	1.283	1.594	2.382
OTORINOLARINGOIATRIA E CHIRURGIA CERVICO MAXILLO FACCIALE	345	466	445
UROLOGIA	324	461	492
GASTROENTEROLOGIA - ENDOSCOPIA DIGESTIVA	121	93	64
ONCOLOGIA MEDICA PER LA PRESA IN CARICO GLOBALE	69	81	79
ONCOLOGIA MEDICA	1.268	1.269	991
ONCOLOGIA MEDICA PER LA PATOLOGIA TORACICA	1	1	3
RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	187	269	362
RADIOLOGIA SENOLOGICA	2.179	2.497	2.142
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	43	48	51
Totale complessivo	8.666	11.022	10.866



Ricavi					
Centro di Erogazione - Anno	2020	2021	2022	A 2022-2021	A 2022-2020
NEUROLOGIA	22.183.64	38.879.49	30.256.54	-8.623	8.073
ANATOMIA PATOLOGICA	521.736.87	710.692.18	724.953.21	14.261	203.216
DIAGNOSTICA MOLECOLARE E FARM.	1.612.209.20	2.758.191.33	2.685.929.78	-72.262	1.073.721
CARDIOLOGIA	263.327.39	293.152.52	319.184.43	26.032	55.857
ONCOLOGIA INTERVENTISTICA	194.421.05	140.538.12	86.590.66	-53.947	-107.830
ANESTESIA RIANIMAZIONE E TIPO	298.713.03	285.331.77	373.598.27	88.267	74.885
ONCOLOGIA MEDICA INTEGRATA	294.003.87	260.105.02	369.921.09	109.816	75.917
CHIRURGIA GENERALE IND. ONCOLOGICO	423.583.08	476.033.00	368.944.96	-107.088	-54.638
CHIRURGIA GENERALE IND. SENOLOGICO	96.634.83	107.586.75	104.918.88	-2.668	8.284
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	516.592.33	563.482.13	604.635.63	41.153	88.043
DERMATOLOGIA	182.533.48	194.881.75	66.828.68	-128.053	-115.705



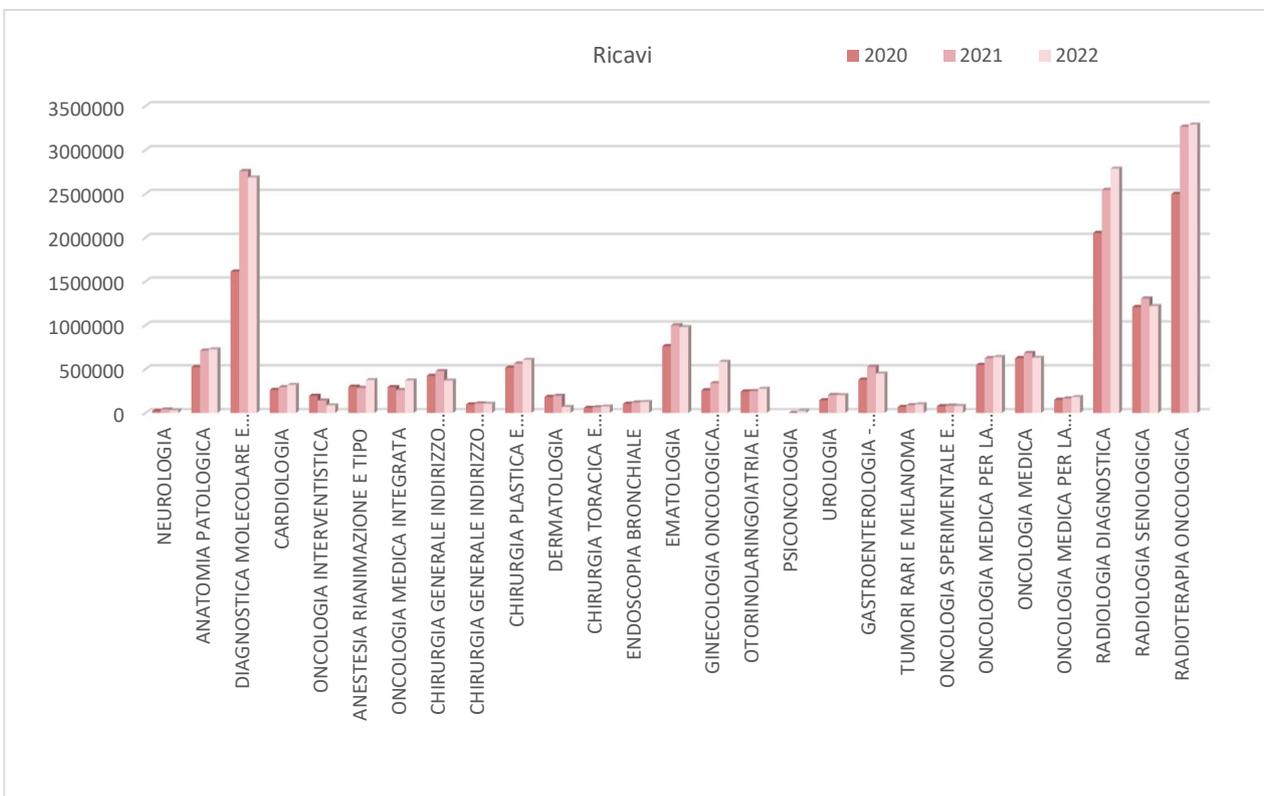
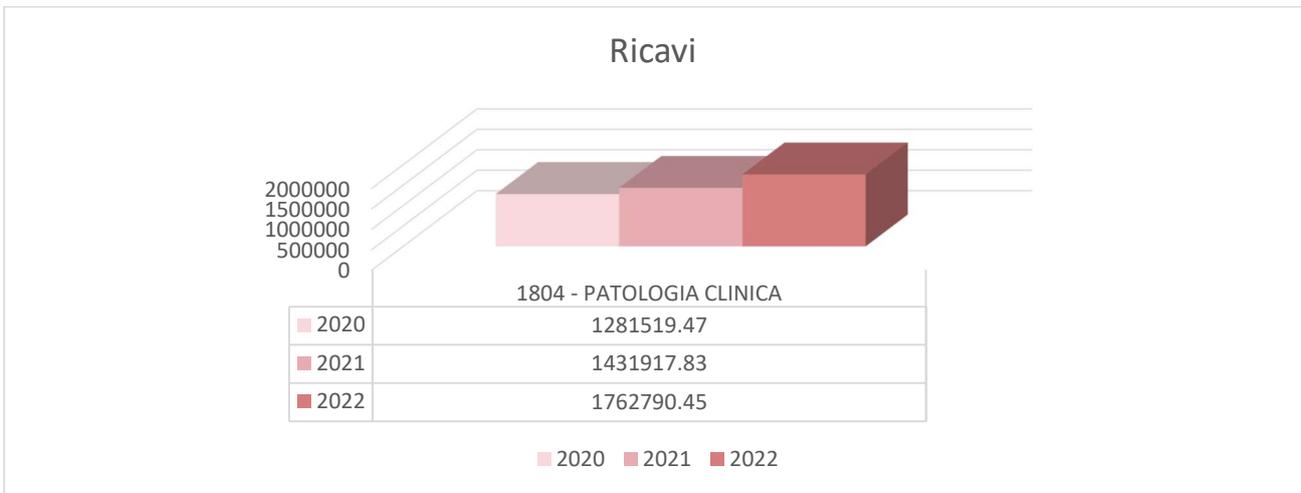
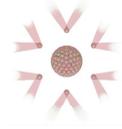
CHIRURGIA TORACICA E MININVASIVA	56.468.28	64.371.06	73.727.63	9.357	17.259
ENDOSCOPIA BRONCHIALE	104.204.93	119.176.50	124.136.55	4.960	19.932
EMATOLOGIA	760.890.73	998.979.00	978.433.83	-20.545	217.543
PATOLOGIA CLINICA	1.281.519.47	1.431.917.83	1.762.790.45	330.873	481.271
GINECOLOGIA ONC. CLINICIZZATA	258.870.82	339.730.81	583.619.22	243.888	324.748
OTORINOLAR. E CHIR. CERV. MAX.-FACC.	243.697.46	248.269.76	276.067.37	27.798	32.370
PSICONCOLOGIA		688.27	24.806.49	24.118	24.806
UROLOGIA	144.350.08	205.091.57	202.443.52	-2.648	58.093
GASTROENTEROLOGIA – END. DIGESTIVA	379.422.92	525.025.86	447.754.63	-77.271	68.332
TUMORI RARI E MELANOMA	67.186.61	87.267.11	97.961.53	10.694	30.775
ONCOLOG. SPER. E GEST. BIOBANCA	75.832.70	82.265.28	78.629.91	-3.635	2.797
ONC. MED. PRESA IN CARICO GLOBALE	546.354.19	625.019.46	638.102.41	13.083	91.748
ONCOLOGIA MEDICA	624.193.80	682.935.58	628.047.02	-54.889	3.853
ONCOLOGIA MED.PER LA PAT. TORACICA	148.738.72	164.656.02	180.133.70	15.478	31.395
RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	2.053.913.05	2.543.139.05	2.784.743.45	241.604	730.830
RADIOLOGIA SENOLOGICA	1.207.586.36	1.303.796.82	1.218.614.08	-85.183	11.028
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	2.497.053.26	3.263.926.85	3.287.870.81	23.944	790.818
Totale complessivo	14.876.222.15	18.515.130.89	19.123.644.79	608.513.94	4.247.422.58

Di cui ALPI:

Centro di erogazione - Anno	2020	2021	2022
ANATOMIA PATOLOGICA	55.542.00	91.476.00	95.606.00
CARDIOLOGIA	7.020.00	15.710.00	14.520.00
ANESTESIA RIANIMAZIONE E TIPO			800.00
ONCOLOGIA MEDICA INTEGRATA	1.510.00	3.680.00	6.210.00
CHIRURGIA GENERALE INDIRIZZO ONCOLOGICO	107.320.00	118.570.00	9.400.00
CHIRURGIA GENERALE INDIRIZZO SENOLOGICO	28.070.00	37.160.00	44.450.00
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	1.650.00	5.670.00	23.000.00
DERMATOLOGIA			4.440.00
CHIRURGIA TORACICA	15.600.00	14.950.00	17.550.00
CHIRURGIA TORACICA MININVASIVA	1.650.00	3.000.00	4.050.00
ENDOSCOPIA BRONCHIALE	2.300.00	1.600.00	1.900.00
EMATOLOGIA	75.985.00	109.570.00	89.340.00
GINECOLOGIA ONCOLOGICA CLINICIZZATA	84.955.00	102.130.00	234.938.00
OTORINOLARING. E CHIR. CERVICO MAXILLO FACCIALE	37.055.00	54.562.00	44.461.00
UROLOGIA	44.350.00	62.650.00	69.150.00
GASTROENTEROLOGIA - ENDOSCOPIA DIGESTIVA	23.970.00	18.410.00	13.040.00
ONCOLOGIA MEDICA PER LA PRESA IN CARICO GLOBALE	7.360.00	8.350.00	8.680.00
ONCOLOGIA MEDICA	180.289.00	184.123.00	144.200.00
ONCOLOGIA MEDICA PER LA PATOLOGIA TORACICA	150.00	125.00	400.00
RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	26.739.00	36.518.00	52.187.00
RADIOLOGIA SENOLOGICA	188.990.00	169.066.00	130.165.00
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	5.890.00	6.786.00	7.044.00
Totale complessivo	896.395.00	1.044.106.00	1.015.531.00

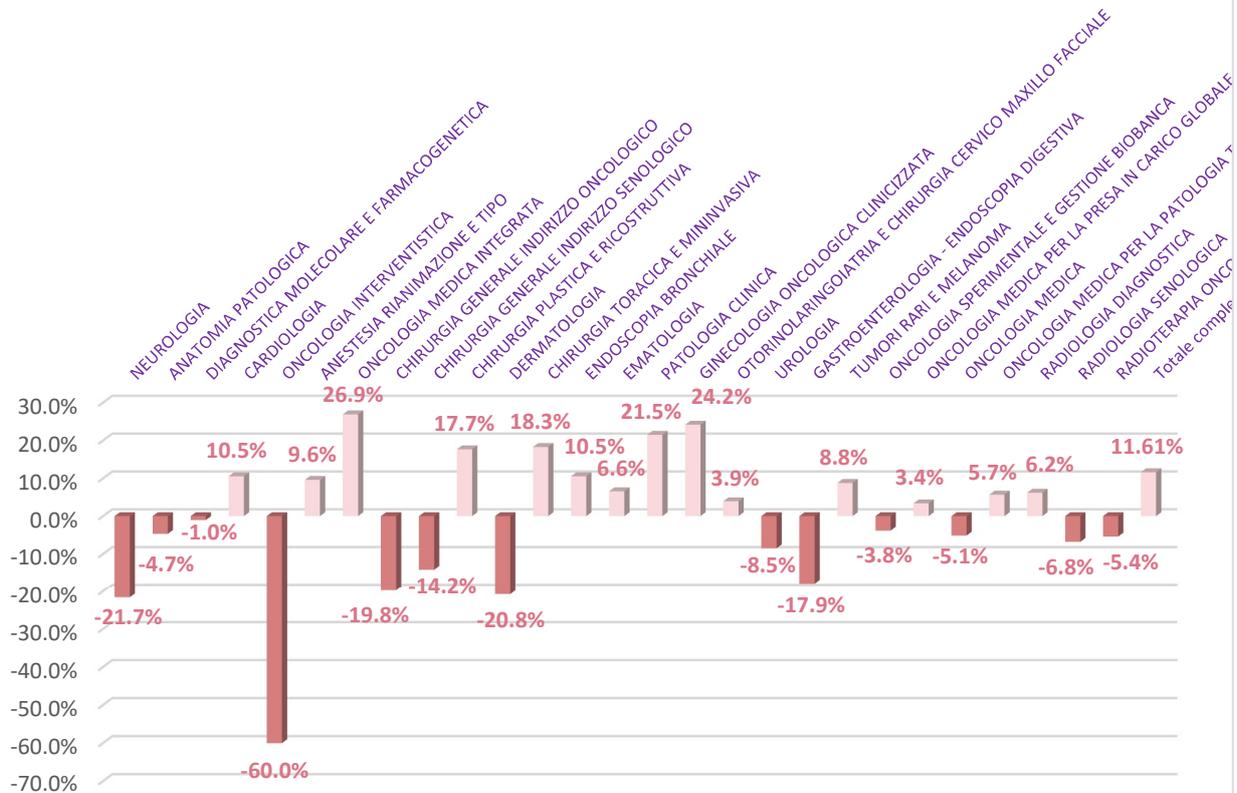
Per quanto attiene ai ricavi sono quantitativamente significativi i contributi delle strutture di Patologia Clinica (+331 k€), di Radiologia Diagnostica (+ 242 k€) e di Ginecologia (+ 244 k€) ed Oncologia Medica Integrata (+ 110 k€) ed Anestesia (+ 88 k€), mentre incidono in negativo la Dermatologia (-128 k€), la Chirurgia Generale (-107 k€), la Radiologia Senologica (-85 k€) e la Diagnostica Molecolare (-72 k€), sebbene in quest'ultimo caso l'incidenza percentuale sia solo del 2.6% stante la produzione totale di 2.7 M€.

La performance tecnico-economica dell'ambulatoriale è stata comunque molto positiva con una crescita dei ricavi di ulteriori 608 k€ rispetto alla crescita "monstre" del 2021 di 3.6 M€.





Variazioni percentuali quantità prestazioni 2022 vs. 2021

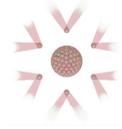


La capacità di produzione di attività ambulatoriali è fortemente limitata dalla disponibilità di spazi e dalle capacità di ulteriore somministrazione controllata di terapie di erogazione delle attività diagnostiche di supporto, limitazioni cui si pianifica di porre rimedio mediante gli interventi infrastrutturali, strutturali ed organizzativi di cui si accennerà nel cosiddetto Piano di Rilancio diffusamente descritto nel seguito.

E' altresì necessario un intervento di efficientamento del ciclo di esecuzione di analisi-visita-prescrizione-preparazione-somministrazione dei cicli di chemioterapie e similari il cui contenuto sarà meglio dettagliato nel paragrafo relativo alla pianificazione e programmazione.

Altra criticità relevantissima per l'ambito specifico di patologie che l'Istituto tratta praticamente in maniera esclusiva, i tumori, è rappresentata dalla gestione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici e dalla cosiddetta "presa in carico complessiva" del paziente in termini di:

- Completamento rapido ed efficiente dell'iter diagnostico susseguente alla presentazione del sospetto diagnostico;
- Affiancamento del paziente nella gestione dei suoi bisogni psicologici, socio-assistenziali e tecnico-amministrativo (burocratici);



- Integrazione delle attività specialistiche a livello della rete dei professionisti e delle strutture dell'Istituto (Teams Multi Disciplinari) ed afferenti alla Rete Oncologica (integrazione tra Istituto e Territorio e tra Istituto ed altri ospedali)

L'approccio dell'Istituto alla gestione delle prestazioni specialistiche deve pertanto mutare da una sterile attenzione alla gestione dei tempi e delle liste di attesa alla garanzia del completamento del percorso diagnostico ed alla presa in carico globale dell'assistenza al paziente, secondo quanto declinato nel **Manuale delle Procedure del Centro di Orientamento Oncologico dell'Istituto, adottato con Deliberazione n. 771 del 31 dicembre 2021**, armonizzato all'organizzazione della Rete Oncologica Pugliese per divenirne il suo primario interprete.

L'adozione di tale Manuale delle Procedure e delle previsioni tecnologiche-informatiche ad esso associate è in realtà perfettamente in linea, anticipandole, con le previsioni del Piano Oncologico Nazionale 2023-2027:

*“Sul piano organizzativo è auspicabile realizzare un percorso dedicato agli “accessi non programmati” a cui possono afferire pazienti in cura presso l'U.O. e con necessità cliniche non differibili, **previa valutazione infermieristica (triage) effettuata da personale adeguatamente formato. Il coinvolgimento di personale infermieristico (oncology nurse navigator o infermiere care manager in oncologia, in stretto collegamento con gli infermieri di famiglia e comunità e con l'ospedale)** consente di garantire continuità, qualità e appropriatezza delle cure ai pazienti oncologici, ad esempio per il monitoraggio a domicilio di eventuali tossicità dei trattamenti oncologici.”*

*“Per facilitare l'assistenza, anche domiciliare, sarebbe appropriato valersi di **strumenti tecnologici per la digitalizzazione sanitaria (m-health: App per la monitorizzazione e invio di dati, e-health, ecc.) e dispositivi digitali (es. tablet, smartphone)**. Inoltre, sarebbe opportuno usufruire dei **patient reported outcomes measures (PROMs)**, che hanno dimostrato di determinare un vantaggio in termini di sopravvivenza dei pazienti. Il controllo a distanza riduce il numero di accessi in ospedale e anticipa il riscontro di eventuali tossicità, con indubbi vantaggi, specie nella popolazione anziana. **Parimenti per la gestione delle terapie oncologiche orali andrebbe implementato il ruolo infermieristico.”***

*Una **comunicazione efficace tra i vari attori ospedalieri e del territorio (MMG, PLS, farmacisti, infermieri di famiglia e comunità, ecc.)**, oltre che **tra i diversi livelli di assistenza**, è un elemento essenziale ai fini di un'appropriata presa in carico al variare delle condizioni cliniche del paziente nei diversi contesti di cura. Diventa **essenziale e strategico investire in supporti informatici (fascicolo sanitario, cartella oncologica informatizzata) che permettano, in tempo reale e anche a distanza, una comunicazione diretta tra i diversi professionisti che prendono in cura lo stesso malato oncologico in continuità o in fasi diverse di malattia.***

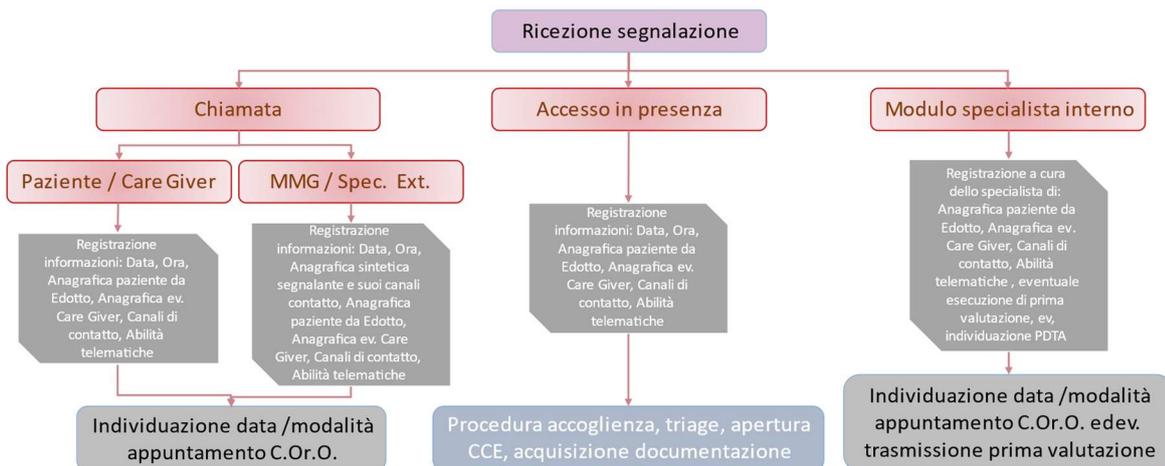
*In ultimo, ma non per importanza, **la gestione dell'offerta delle prestazioni (programmazione di esami di laboratorio, esami radiologici, prime visite oncologiche e radioterapiche, visite di controllo, visite di rivalutazione, visite pre-terapia, somministrazione dei trattamenti, ecc.)***



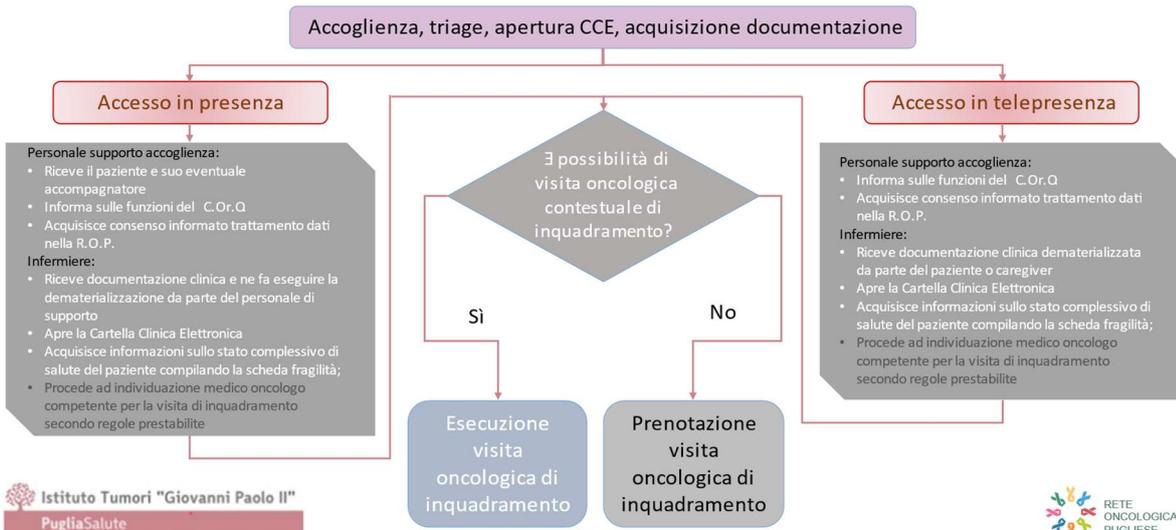
potrebbe giovare di una regolamentazione e di un supporto mediante agende elettroniche, governate dai Centri di prenotazione e/o direttamente dai professionisti coinvolti.

Le procedure la cui implementazione ha già avuto avvio e che dovranno essere completate nel corso del presente ciclo di pianificazione sono le seguenti:

Procedura ricezione della segnalazione

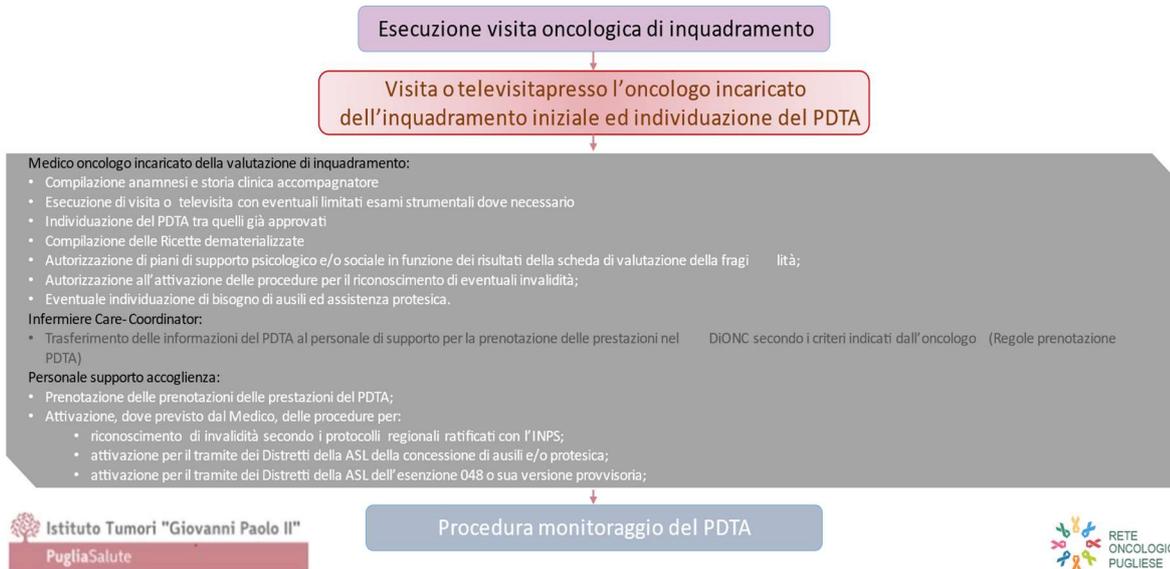


Procedura accoglienza, triage, apertura CCE,...

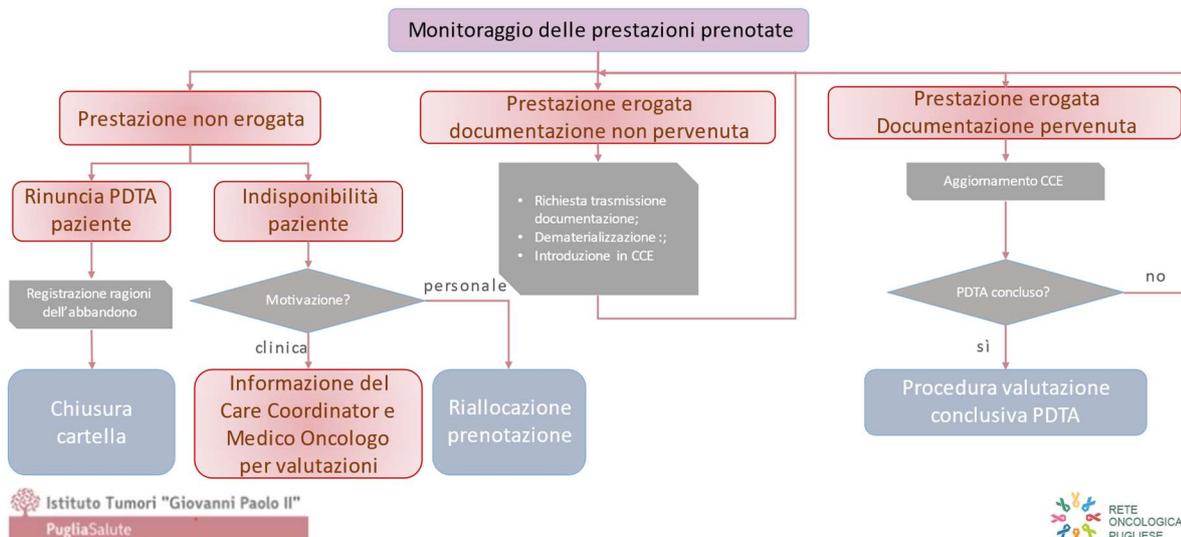




Procedura esecuzione della visita oncologica di inquadramento

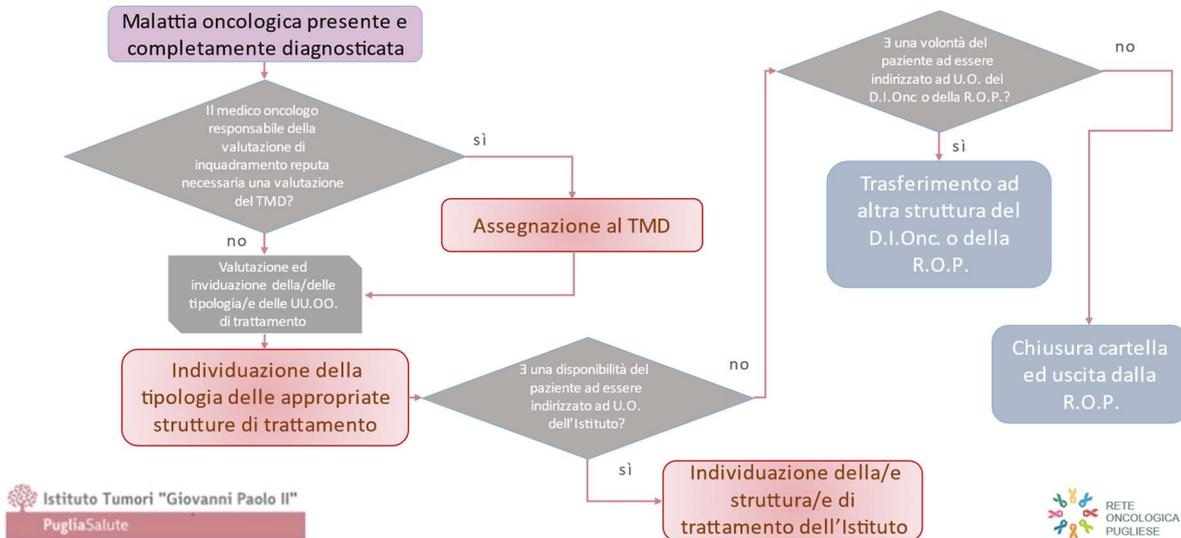


Procedura monitoraggio PDTA





Procedura valutazione conclusiva PDTA



Istruzioni operative trasferimento paziente ad altra struttura del D.I.Onc./R.O.P

Il paziente ha espresso desiderio di essere assegnato a struttura nordell'Istituto seppure facente parte del D.I.Onc. O della R.O.P. per il trattamento

Le attività da porre in essere sono:

- Chiusura della CCE
- Individuazione del referente C.Or.O. destinazione
- Invio PEC o altra notifica certa di trasmissione della presa in carico
- Acquisizione del consenso informato al trasferimento delle informazioni
- Assegnazione credenziali di accesso alla documentazione e/o consegna del supporto digitale



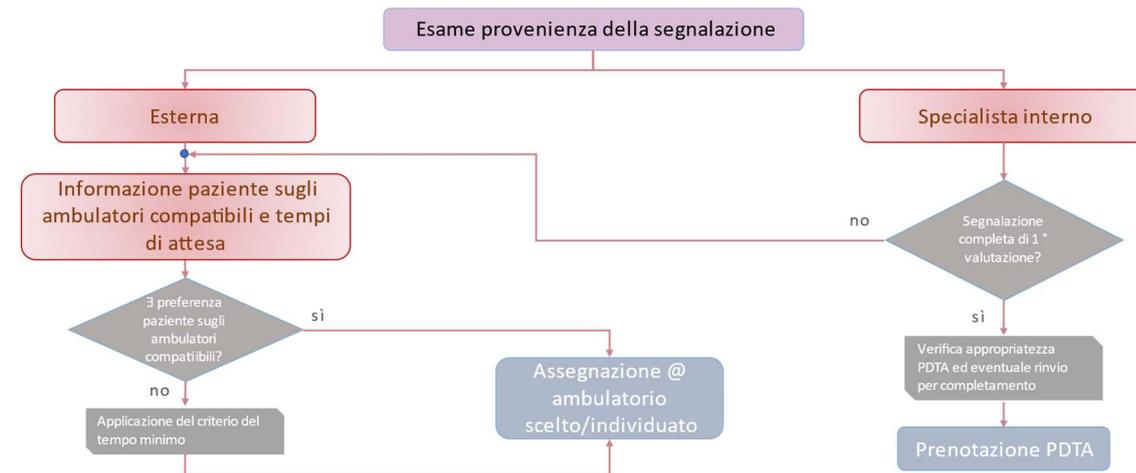
Istruzioni operative ri-presa in carico del paziente da parte del C.Or.O.

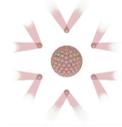
Il paziente dopo uscita dal circuito di trattamento dell'Istituto chiede di essere ri-preso in carico

Le attività da porre in essere sono:

- Individuazione del dossier sanitario elettronico del paziente
- Acquisizione del consenso informato alla introduzione delle informazioni clinico diagnostiche prodotte da strutture esterne all'Istituto nell'intervallo di tempo in cui il paziente è stato preso in carico dalle stesse
- Acquisizione dematerializzata di copie della documentazione clinico diagnostica aggiuntiva
- Individuazione del precedente Team di valutazione/trattamento per la valutazione di reimmissione nella R.O.P.

Regole individuazione medico oncologo responsabile 1° valutazione





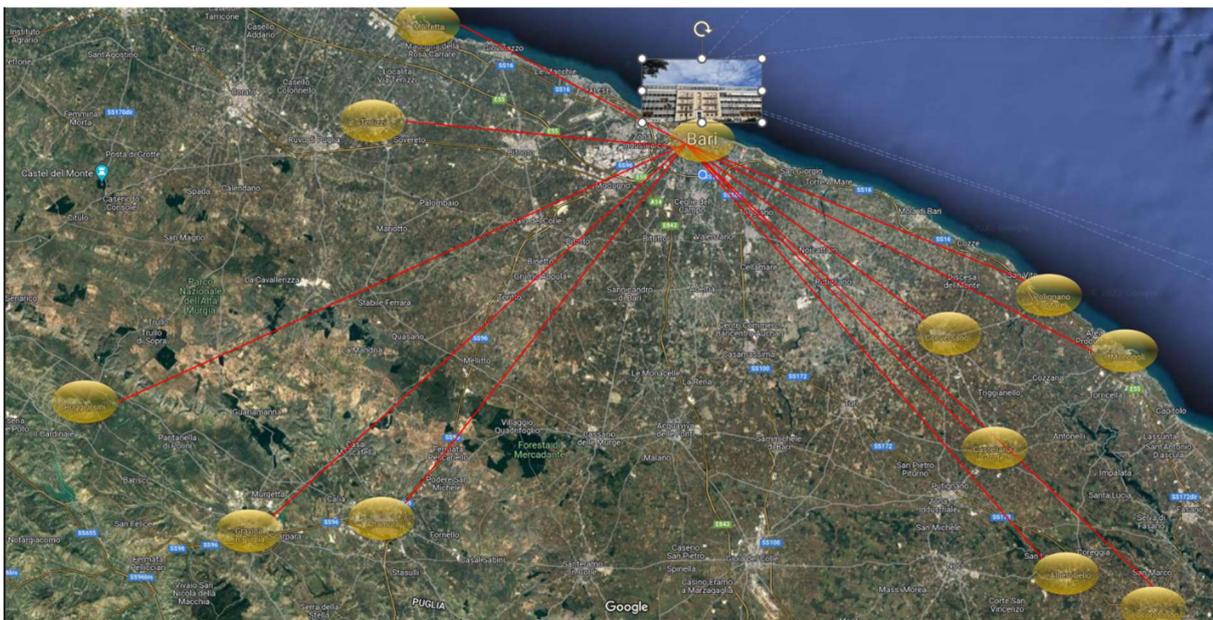
Regole prenotazione PDTA

Il Medico Oncologo responsabile della prima valutazione di inquadramento esprime il PDTA composto da una serie di prestazioni e criteri di esecuzione delle stesse:

- Prestazioni propedeutiche ad altre prestazioni;
- Specifiche cautele generali e/o specifiche per la condizione clinica del paziente nell'esecuzione di prestazioni;
- Punti di ri-valutazione del percorso
- Criteri generali di prenotazione:
 - Minimum Time of Execution (tempo minimo di esecuzione- MTE);
 - Minimum Access Number (minimizzazione degli accessi a strutture a causa di limitata autonomia / condizioni paziente) e subordinate Tempo Minimo di Esecuzione (MNA & MTE);
 - Internal Best Effort (Mantenimento del circuito diagnostico all'interno dell'Istituto- IBE);

La prenotazione viene eseguita dal personale di supporto sotto la supervisione del personale infermieristico Care-Coordinator

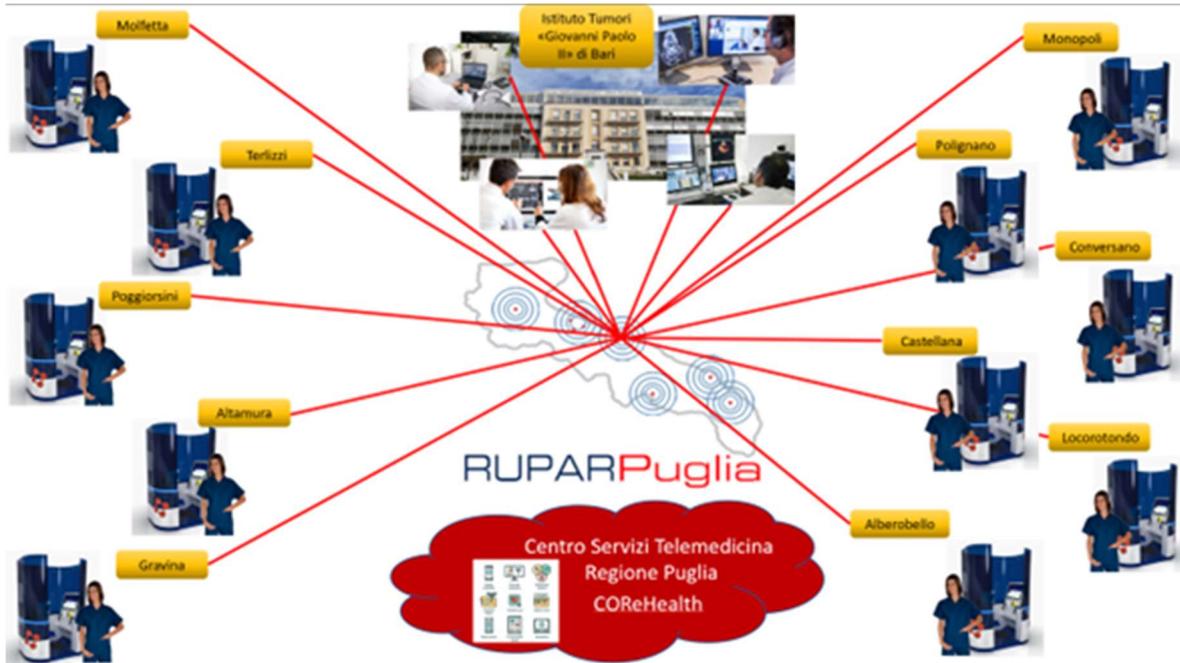
L'implementazione organizzativa del C.Or.O., sarà integrata dalla realizzazione di una rete di "Postazioni di Telemedicina", realizzata dall'Istituto, diffuse su 11 Comuni del territorio dell'Area Metropolitana di Bari: Alberobello, Altamura, Castellana grotte, Conversano, Gravina in Puglia, Locorotondo, Molfetta, Monopoli, Poggiorsini, Polignano a Mare, Terlizzi, ospitate nelle sedi dei Distretti Socio Sanitari della ASL BA, dotate di configurazione standard per garantire Servizi di Telemedicina Oncologica di cui alle "Linee Guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare" (Milestone EU M6C1-4).



servizi di telemedicina consentiranno il collegamento tra le Postazioni di Telemedicina remote con il Centro di Orientamento Oncologico (C.Or.O.) dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di



Bari, a sua volta connesso alla Rete Oncologica Pugliese per garantire tutti i servizi di gestione del paziente affetto da malattia oncologica.



Ciascuna “Postazione di Telemedicina” remota, collocata - come detto - in immobili destinati ad uso sanitario dei distretti socio-sanitari della ASL di Bari, sarà connessa alla Rete Unificata della Pubblica Amministrazione Regionale e per il suo tramite, con caratteristiche idonee in termini di “alta affidabilità e disponibilità” dei collegamenti e dei requisiti degli stessi (criptaggio delle comunicazioni, ecc.) alla Centrale dei Servizi di Telemedicina predisposta dalla Regione Puglia, denominata “COR e-Health”, sviluppando una serie di servizi di integrazione attualmente assenti di grande ausilio per l’interoperabilità con il Fascicolo Sanitario Elettronico, l’Anagrafica Regionale, il Sistema Informativo Sanitario Territoriale, il Centro Unificato delle Prestazioni Sanitarie e la Cartella Clinica Elettronica dell’Istituto Tumori “Giovanni Paolo II” di Bari:

1. Inserimento automatizzato delle prenotazioni a partire dalla scelta del PDTA inserito nella CORE.Health

Inserimento di una o più prenotazioni in maniera automatica tramite invocazione di un canale di integrazione ed il passaggio dei parametri indispensabili per la prenotazione (es. dati paziente, dati prestazioni, data di prenotazione)

2. Invocazione modulo prescrizione elettronica

Apertura del modulo di Prescrizione Elettronica per la generazione delle impegnative relative alle prestazioni previste dal piano di cura del paziente

3. Finalizzazione prenotazione verso il CUP

Finalizzazione delle prenotazioni verso il CUP in uso presso la struttura sanitaria

4. Monitoraggio delle prestazioni erogate



Integrazione con il SIST per il monitoraggio degli erogati sulle singole prestazioni previste dal piano di cura, con feedback a stati (semaforo) sulle singole prestazioni

5. Monitoraggio della correlazione dei PDTA rispetto ai sospetti diagnostici

Feedback statistico sui tipi di PDTA scelti per un determinato sospetto diagnostico e scostamento rispetto al PDTA standard previsto dalle linee guida di riferimento

6. Monitoraggio dei tempi di completamento del PDTA

Monitoraggio dello scostamento dei tempi di completamento dei singoli PDTA rispetto ai tempi previsti dalle linee guida di riferimento e segnalazione del presunto motivo del ritardo

7. Suggerimento prenotazioni prestazioni cicliche

Supporto alla prenotazione di prestazioni ricorrenti in caso di sospetti diagnostici che evidenziano cronicità, tramite l'uso di un CDSS a supporto

8. Suggerimento domande di triage guidato da Assistente Virtuale

Implementazione di un albero decisionale popolato automaticamente da algoritmi di machine learning a supporto del triage iniziale eseguito sul paziente dal personale sanitario di riferimento

nel rispetto dei seguenti requisiti tecnici:

- **Integrazione con sistema CUP-TICKET territoriale**

Integrazione con il sistema di gestione delle prestazioni sanitarie di carattere ambulatoriale "cup – ticket" per tutte le operazioni di prenotazione sulle agende dell'ambito territoriale di insidenza del D.I.Onc. Barese

- **Integrazione con sistema di Prescrizione Elettronica**

Integrazione con il sistema di prescrizione elettronica quale strumento per la generazione delle richieste di prestazioni specialistiche e di prodotti farmaceutici.

- **Integrazione con il Sistema Informativo Sanitario Territoriale**

Piattaforma pubblicata in rete nel rispetto di idonee misure di sicurezza per la gestione dei dati personali degli utenti e previa informativa ai pazienti (Reg. UE 2016/679)

- **Standard di interoperabilità tra le componenti (integrazione con CCE e FSE)**

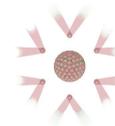
Tutte le transazioni, sia interne tra le componenti sia esterne con i sistemi informativi terzi aziendali e regionali, si basano sugli standard di cooperazione:

- Messaggi HL7;
- Scenari IHE;
- Web Services SOAP/REST

- **Rispetto delle norme di sicurezza e protezione dati**

Piattaforma pubblicata in rete nel rispetto di idonee misure di sicurezza per la gestione dei dati personali degli utenti e previa informativa ai pazienti (Reg. UE 2016/679)

Presso ciascuna delle "Postazioni di Telemedicina" infine, sarà presente una coppia di infermieri sia per garantire la continuità del servizio in caso di malattia o temporanea indisponibilità di



uno di essi, sia per garantire il supporto all'Assistenza Domiciliare anche con prestazioni rese in telemedicina presso il domicilio del paziente in casi di difficoltà di movimentazione dello stesso.

2.b.3. Analisi generale sull'equilibrio economico-finanziario

L'analisi di sostenibilità economico-finanziaria è stata condotta per quanto attiene all'esercizio 2022, sulla base delle rilevazioni del bilancio pre-consuntivo dell'esercizio 2022 e previsionale dell'esercizio 2023, poiché allo stato attuale non è ancora possibile disporre dei dati definitivi dal bilancio consuntivo, la cui approvazione – come noto - avviene nel corso del mese di maggio. Il bilancio previsionale è stato approvato con Deliberazione n. 748 del 30 dicembre 2022.

I ricavi riconducibili direttamente all'assistenza sanitaria erogata sono suddivisi tra:

- Assistenza in regime di ricovero,
- Assistenza ambulatoriale
- Assistenza farmaceutica attraverso il cosiddetto File "F" (rimborso per farmaci erogati in regime di assistenza ambulatoriale da parte delle ASL di residenza degli assistiti).

Come detto, nel 2022 l'assistenza in regime di ricovero ha registrato una contrazione di circa 1,9 M€, mentre quella ambulatoriale ha mantenuto un "trend" positivo con un incremento di 0,6 M€ mentre il File "F" diminuito da 31.4 M€ circa nel 2021 al valore di 30.5 M€ è sostanzialmente ininfluente sotto il profilo della sostenibilità, atteso che identica voce con saldo negativo è presente tra i costi a sua compensazione.

Nel bilancio Previsionale per il 2023, sono stati posti **obiettivi strategici di produzione di per l'assistenza sanitaria estremamente ambiziosi**

	PRECONSUNTIVO 2022	CONSUNTIVO 2021	PREVISIONALE 2023	PRECONSUNTIVO 2022 - CONSUNTIVO 2021		PREVISIONALE 2023 - PRECONSUNTIVO 2022	
				Importo	%	Importo	%
A) VALORE DELLA PRODUZIONE							
1) Contributi in c/esercizio	24.816.221	29.692.169	28.356.461	-4.875.948	-16.42%	3.540.240	14.27%
a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	22.150.000	24.187.152	24.636.000	-2.037.152	-8.42%	2.486.000	11.22%
b) Contributi in c/esercizio - extra fondo	481.745	364.008	-	117.737	32.34%	-481.745	100.00%
c) Contributi in c/esercizio - per ricerca	2.184.476	5.141.008	3.720.461	-2.956.532	-57.51%	1.535.985	70.31%
1) da Ministero della Salute per ricerca corrente	1.942.358	4.275.378	3.720.461	-2.333.020	-54.57%	1.778.103	91.54%
2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata	-	-	-	-	-	-	-
3) da Regione e altri soggetti pubblici	-	841.585	-	-841.585	100.00%	-	-
4) da privati	242.118	24.045	-	218.073	906.94%	-242.118	100.00%
d) Contributi in c/esercizio - da privati	-	-	-	-	-	-	-
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-565.818	-	-500.000	-565.818	n.a.	65.818	-11.63%
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	1.472.768	1.670.870	2.497.834	-198.102	-11.86%	1.025.066	69.60%



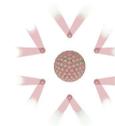
4)	Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	67.687.506	70.272.652	79.364.904	-2.585.146	-3.68%	11.677.398	17.25%
a)	Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche	66.278.706	68.785.955	78.078.120	-2.507.249	-3.65%	11.799.414	17.80%
b)	Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia	1.408.799	1.486.697	1.286.784	-77.898	-5.24%	-122.015	-8.66%
c)	Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro	-	-	-	-	-	-	-
5)	Concorsi, recuperi e rimborsi	285.635	248.996	248.351	36.639	14.71%	-37.284	-13.05%
6)	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	579.818	588.944	686.529	-9.126	-1.55%	106.711	18.40%
7)	Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	3.408.091	3.408.091	5.106.659	0	0.00%	1.698.568	49.84%
8)	Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-	-	-	-	-
9)	Altri ricavi e proventi	91.038	79.203	92.095	11.835	14.94%	1.057	1.16%
Totale A)		97.775.258	105.960.924	115.852.833	-8.185.666	-7.73%	18.077.575	18.49%

Difatti, per i ricavi da prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria è stimata una crescita di oltre 11.6 M€ basata, come riportato nel documento di bilancio, sulle seguenti ipotesi:

- il termine dello stato di emergenza nazionale per il Covid-19 con i suoi ritorni sui fattori di occupazione dei reparti di ricovero ed alcune prestazioni ambulatoriali;
- il recupero di spazi da destinare all'assistenza in virtù dell'avvenuto completamento della riallocazione all'esterno del comprensorio di Viale O.Flacco, della quasi totalità delle attività amministrative presso la nuova sede di via Camillo Rosalba e della Direzione Scientifica presso la nuova sede Scuola dei Fiori;
- l'assunzione del personale di cui al Piano Triennale del Fabbisogno del Personale 2021-2023 approvato con Delibera del Direttore Generale n. 713 del 19 dicembre 2022 determinato rispettando del limite di cui all'art.1 comma 71 della L.191/09 definito per questo IRCCS con Deliberazione della Giunta Regionale n.1818 del 12 dicembre 2022 nel valore pari ad € 35.152.116.
- la riattivazione della 4° sala del Gruppo Operatorio;
- Una migliore gestione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici con riduzione dei tempi di esecuzione di biopsie e diagnosi da parte dei patologi.

La produzione prevista dalla Direzione Strategica difatti ipotizza, per l'anno 2023, una crescita dei ricavi da ricovero di circa 6.0 M€ rispetto al 2022 (+30%) e di 4,8 M€ rispetto al 2021, ed anche per l'ambulatoriale si ritiene di poter accrescere i ricavi in misura davvero ragguardevole di circa 4.9 M€ rispetto ai già considerevoli livelli del 2022.

Sono obiettivi estremamente ambiziosi che richiederanno uno sforzo organizzativo collettivo e grande tempestività nel completamento delle procedure di acquisizione delle risorse sia umane che strumentali da parte delle strutture di supporto tecnico-amministrativo.

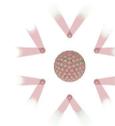


Produzione prestazioni sanitarie	Budget	Preconsuntivo	Bilancio
	2023	2022	2021
Funzioni non tariffate	<u>18.150.000.00 €</u>	<u>18.150.000.00 €</u>	<u>18.150.000.00 €</u>
Mobilità Regionale			
Ricoveri Ordinari e Day Hospital	24.000.000.00 €	17.808.651.00 €	19.288.840.00 €
Prestazioni ambulatoriali	21.566.260.00 €	16.691.841.00 €	17.060.678.00 €
Totale Mobilità Regionale	<u>45.566.260.00 €</u>	<u>34.500.492.00 €</u>	<u>36.349.518.00 €</u>
Mobilità Extraregionale			
Ricoveri Ordinari e Day Hospital	1.000.000.00 €	1.144.037.00 €	875.763.00 €
Prestazioni ambulatoriali	433.740.00 €	387.277.00 €	405.912.00 €
Totale Mobilità ExtraRegionale	<u>1.433.740.00 €</u>	<u>1.531.314.00 €</u>	<u>1.281.675.00 €</u>
File F			
File F Regionale	30.846.372.00 €	30.077.253.00 €	30.807.271.00 €
File F Extraregionale	709.112.00 €	411.155.00 €	586.670.00 €
Totale File "F"	<u>31.555.484.00 €</u>	<u>30.488.408.00 €</u>	<u>31.393.941.00 €</u>
Totale Produzione	78.555.484.00 €	66.520.214.00 €	69.025.134.00 €

Ma anche sul fronte dei costi della produzione la performance tecnico-economica sarà oggettivamente particolarmente sfidante, atteso che nonostante si consideri l'obiettivo strategico di aumentare la produzione del 30% circa, contestualmente si dovrà essere cercare di non accrescere i costi dei beni sanitari, i quali secondo il budget stabilito nel bilancio previsionale dovranno essere contenuti entro i 46 M€.

82

B) COSTI DELLA PRODUZIONE	PREVISIONALE 2023		PRECONSUNTIVO 2022	CONSUNTIVO 2021	Δ PREC. 2022 - CNS 2021		Δ PREV 2023 - PREC. 2022	
	PREVISIONALE 2023	DI CUI COVID			importo	%	importo	%
1) Acquisti di beni	46.440.471.00 €	291.255.00 €	46.343.526.00 €	43.725.511.00 €	2.618.015.00 €	6.0%	96.945.00 €	0.2%
a) Acquisti di beni sanitari	45.971.471.00 €	291.255.00 €	46.023.536.00 €	43.107.115.00 €	2.916.421.00 €	6.8%	-52.065.00 €	-0.1%
b) Acquisti di beni non sanitari	469.000.00 €	-	319.990.00 €	618.396.00 €	-298.406.00 €	-48.3%	149.010.00 €	46.6%
2) Acquisti di servizi sanitari	3.284.082.00 €	-	3.062.504.00 €	3.018.879.00 €	43.625.00 €	1.4%	221.578.00 €	7.2%
a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	656.804.00 €	-	636.629.00 €	545.940.00 €	90.689.00 €	16.6%	20.175.00 €	3.2%
k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	25.000.00 €	-	16.139.00 €	527.00 €	-39.388.00 €	-70.9%	8.861.00 €	54.9%
l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	-	-	-	-	-	-	-	-
m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	911.896.00 €	-	1.022.589.00 €	948.115.00 €	74.474.00 €	7.9%	-110.693.00 €	-10.8%
n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari	-	-	-	-	-	-	-	-



o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e socio-sanitarie	1.618.554.00 €	-	1.331.869.00 €	1.258.258.00 €	73.611.00 €	5.9%	286.685.00 €	21.5%
p) Altri servizi sanitari e socio-sanitari a rilevanza sanitaria	71.827.00 €	-	55.278.00 €	210.884.00 €	-155.606.00 €	-73.8%	16.549.00 €	29.9%
q) Costi per differenziale Tariffe TUC	-	-	-	-	-	-	-	-
3) Acquisti di servizi non sanitari	14.271.454.00 €	56.104.00 €	11.686.852.00 €	9.877.013.00 €	1.809.839.00 €	18.3%	2.584.602.00 €	22.1%
a) Servizi non sanitari	13.385.948.00 €	56.104.00 €	11.026.130.00 €	9.566.537.00 €	1.459.593.00 €	15.3%	2.359.818.00 €	21.4%
b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	723.780.00 €	-	635.445.00 €	283.942.00 €	351.503.00 €	123.8%	88.335.00 €	13.9%
c) Formazione	161.726.00 €	-	25.276.00 €	26.533.00 €	-1.257.00 €	-4.7%	136.450.00 €	539.8%
4) Manutenzione e riparazione	5.848.586.00 €	-	4.444.323.00 €	4.589.769.00 €	-145.446.00 €	-3.2%	1.404.263.00 €	31.6%
5) Godimento di beni di terzi	553.678.00 €	-	575.158.00 €	693.002.00 €	-117.844.00 €	-17.0%	-21.480.00 €	-3.7%
6) Costi del personale	39.601.574.00 €	292.174.00 €	37.449.675.00 €	36.850.049.00 €	599.626.00 €	1.6%	2.151.899.00 €	5.7%
a) Personale dirigente medico	17.157.656.00 €	-	15.892.143.00 €	15.789.310.00 €	102.833.00 €	0.7%	1.265.513.00 €	8.0%
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	2.240.926.00 €	-199.606.00 €	2.179.401.00 €	2.024.560.00 €	154.841.00 €	7.6%	61.525.00 €	2.8%
c) Personale comparto ruolo sanitario	14.460.366.00 €	-92.568.00 €	13.991.668.00 €	13.911.801.00 €	79.867.00 €	0.6%	468.698.00 €	3.3%
d) Personale dirigente altri ruoli	1.165.031.00 €	-	868.954.00 €	978.962.00 €	-110.008.00 €	-11.2%	296.077.00 €	34.1%
e) Personale comparto altri ruoli	4.577.594.00 €	-	4.517.509.00 €	4.145.416.00 €	372.093.00 €	9.0%	60.085.00 €	1.3%
7) Oneri diversi di gestione	1.378.947.00 €	-	1.718.309.00 €	892.231.00 €	826.078.00 €	92.6%	-339.362.00 €	-19.7%
8) Ammortamenti	5.163.384.00 €	-	3.476.767.00 €	3.476.767.00 €	-	-	1.686.617.00 €	48.5%
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	345.240.00 €	-	262.173.00 €	262.173.00 €	-	-	83.067.00 €	31.7%
b) Ammortamenti dei Fabbicati	1.279.515.00 €	-	1.265.295.00 €	1.265.295.00 €	-	-	14.220.00 €	1.1%
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	3.538.629.00 €	-	1.949.299.00 €	1.949.299.00 €	-	-	1.589.330.00 €	81.5%
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	6.000.00 €	-	-	5.344.00 €	-	-	-	-
10) Variazione delle rimanenze	-	-	-390.211.00 €	802.841.00 €	-1.193.052.00 €	-	-	-
a) Variazione delle rimanenze sanitarie	-	-	-369.734.00 €	782.037.00 €	-1.151.771.00 €	147.3%	-	-
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	-	-	20.477.00 €	20.804.00 €	-41.281.00 €	198.4%	-	-
11) Accantonamenti	4.085.992.00 €	-	2.041.943.00 €	4.314.532.00 €	-2.272.589.00 €	-52.7%	2.044.049.00 €	100.1%
a) Accantonamenti per rischi	91.847.00 €	-	485.451.00 €	138.378.00 €	347.073.00 €	250.8%	-393.604.00 €	-81.1%
b) Accantonamenti per premio operosità	64.417.00 €	-	58.944.00 €	53.642.00 €	5.302.00 €	9.9%	5.473.00 €	9.3%
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	2.166.914.00 €	-	217.124.00 €	2.440.029.00 €	-2.222.905.00 €	-91.1%	1.949.790.00 €	898.0%
d) Altri accantonamenti	1.762.815.00 €	-	1.280.424.00 €	1.682.483.00 €	-402.059.00 €	-23.9%	482.391.00 €	37.7%
Totale B)	120.634.168.00 €	639.534.00 €	110.408.847.00 €	108.245.939.00 €	2.162.908.00 €	2.0%	10.225.321.00 €	9.3%



Al riguardo, sebbene la **spesa farmaceutica** dell'Istituto abbia mostrato nei primi undici mesi del 2022 una sostanziale congruenza con quanto speso nello stesso periodo dell'anno precedente e si sia potuto riscontrare un equilibrio con quanto richiesto dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 314 del 7 marzo 2022, di rispetto dell'obiettivo minimo dei tetti di spesa su farmaci e dispositivi medici, assegnato alle aziende del Servizio Sanitario Regionale, negli ultimi mesi del 2022 sono stati introdotti sul mercato nuovi farmaci target per terapie oncologiche ed oncoematologiche di precisione con un ampliamento delle indicazioni registrate per gli immunoterapici già in uso e l'utilizzo sempre più ampio di terapie "combinare" che prevedono la somministrazione contemporanea di più farmaci sullo stesso paziente con lo scopo di colpire target molecolari diversi che possono essere concausa della neoplasia.

Per il 2023 non si ritiene pertanto possibile ipotizzare ulteriori margini di contrazione dei costi per rispettare i tetti di spesa regionali attribuiti, in quanto tutte le iniziative praticabili sono già state attuate, ed in particolare:

- Vengono praticamente utilizzati tutti i biosimilari presenti sul mercato in sostituzione dei corrispondenti farmaci brand originator sulla totalità dei pazienti;
- Vengono acquistati tutti i farmaci resi disponibili attraverso le gare espletate dalla centrale di acquisto unica regionale InnovaPuglia delle quali c'è l'obbligo normativo di avalimento e che attingono ai costi più bassi del mercato;
- La dispensazione dei farmaci antitumorali orali viene stabilmente trasferita alle Farmacie Territoriali di residenza dei singoli pazienti, così come previsto dalle varie Determinazioni Regionali di individuazione dei centri prescrittori.

Non solo, come detto in precedenza:

- il **potenziamento delle cure ematologiche** con l'avvio di 7 posti letto nell'unità sterile dell'Ematologia di cui 4 utilizzabili per il **trapianto allogenico** assieme alla disponibilità di **sei nuovi antibiotici di ultima generazione** ad altissimo costo per la corretta gestione dei pazienti neutropenici sottoposti alla procedura,
- la realizzazione della **nuova piastra ambulatoriale** nella palazzina degli Uffici Amministrativi per la **somministrazione delle chemioterapie**,
- il potenziamento dell'attività chirurgica con **l'apertura della 4° sala operatoria** ed il conseguente ulteriore **consumo di dispositivi medici monouso** per l'ablazione tissutale e la coagulazione dei vasi e per la suturazione;
- la persistente e crescente richiesta di **indagini di Genetica e Biologia Molecolare** per il trattamento di pazienti eleggibili a trattamenti specifici, individuati dopo le valutazioni genetiche;
- il monitoraggio continuo già attuato sulla spesa per dispositivi medici non sembra poter attingere ad ulteriori riduzioni dei costi unitari dei DM.

Ciò nonostante, con Nota Prot. AOO_168/7391 del 7 dicembre 2022 avente ad oggetto: "Linee operative per l'adozione del Bilancio di Previsione 2023 e scadenze" e con Nota Prot.



AOO_168/7596 del 15 dicembre 2022 avente ad oggetto: "Integrazioni e precisazioni alle Linee operative per l'adozione del Bilancio di Previsione 2023" della Regione Puglia – Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale – Sezione Amministrazione, Finanza e Controllo in Sanità e Sport per Tutti è **stato disposto ulteriore obiettivo di risparmio per l'acquisto diretto di Farmaci e Gas Medicali nella misura di €/mgl 125 e per i Dispositivi Medici nella misura di €/mgl 397 rispetto al Preconsuntivo 2022.**

Al riguardo sarà attuato un costante monitoraggio congiunto tra la Direzione di Farmacia, le Direzioni dei Dipartimenti ed il Responsabile del Controllo di Gestione per porre in essere eventuali correttivi che potessero essere individuati e risultare necessari durante tutto il corso del 2023.

Altra voce di cui si stima un aumento superiore al 7% è quella relativa all' "**acquisto di servizi sanitari**" in cui sono inclusi i seguenti costi:

- costo per gli **specialisti ambulatoriali** in convenzione pari a €/mgl 657 in lieve **incremento del 3.2% rispetto al Preconsuntivo 2022 per € 20.000** a causa del previsto **incremento di ore degli attuali specialisti**;
- **compartecipazione** al personale per **attività libero-professionale (intramoenia)**, stimata in €/mgl **912** dagli uffici competenti, in **decremento di -110 €/mgl** rispetto al Preconsuntivo 2022;
- **consulenze, collaborazioni e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie**, pari a €/mgl 1.618, in **crescita del 21,5% pari a 287 €/mgl**, derivanti principalmente dalle **consulenze sanitarie fornite da aziende sanitarie pubbliche** e dai **contratti di lavoro autonomo** finanziati dai **progetti di ricerca**;
- **altri servizi sanitari** e sociosanitari a rilevanza sanitaria, pari **complessivamente a €/mgl 72**, derivanti principalmente dal **servizio sorveglianza sanitaria**.

E' bene far osservare, per quanto attiene ai servizi sanitari, che la diminuzione di spesa per compartecipazione al personale per attività libero-professionale (intramoenia), di 110.693,00 €, pari al 10.8%, in realtà produce una corrispondente e lievemente superiore diminuzione dei ricavi alla voce 4b dei ricavi "Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie – intramoenia" pari ad € 122.015.

La voce "**acquisto di servizi non sanitari**" accoglie, per il 2023 la previsione relativa dei seguenti costi:

- servizi appaltati, tra cui le utenze (Energia elettrica, Acqua e Fogna Gas Telefono), la Lavanderia, la Pulizia, la Mensa e ristorazione, la Conduzione caldaie e produzione calore, i Servizi di Elaborazione Dati, l'Assistenza hardware e software, l'Attività di Data Entry, i Servizi di trasporto non sanitario, la Raccolta e smaltimento dei rifiuti tossici e nocivi, i Servizi di Logistica, la Vigilanza, la Disinfestazione e derattizzazione, la Gestione archivi, il Servizio

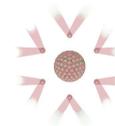


di Portierato e Ausiliario, i Servizi del personale religioso in convenzione, la Distribuzione Farmaci PHT e altro pari a €/mgl 13.386, in seguito dettagliati

- consulenze, collaborazioni e altre prestazioni di lavoro non sanitarie, pari a €/mgl 725, derivanti dai previsti contratti co.co.co., lavoro autonomo e borse di studio;
- costi per formazione, pari a €/mgl 161, previsti, secondo la normativa vigente, in misura pari al 50% della spesa sostenuta nell'anno 2009 incrementati in considerazione dei costi stimati per la formazione obbligatoria.

La tabella seguente mostra l'analisi relativa alla spesa per servizi appaltati in cui vengono posti a confronto i costi consuntivati per il 2021, il preconsuntivo per il 2022 e la previsione del 2023:

Voce di Conto economico	Preventivo 2023	Preconsuntivo 2022	Bilancio 2021	Δ PRC 2022 - CNS. 2021		Δ BDG 2023 - PRC 2022	
				Importo	%	Importo	%
Servizi appaltati	13.386.00 €	11.027.00 €	9.567.00 €	1.460.00 €	15.3%	2.359.00 €	21.4%
Energia elettrica	2.800.00 €	1.676.00 €	1.466.00 €	210.00 €	14.3%	1.124.00 €	67.1%
Acqua e Fogna	100.00 €	99.00 €	51.00 €	48.00 €	94.1%	1.00 €	1.0%
Utenze Gas	20.00 €	- €	158.00 €	- 158.00 €	-100.0%	20.00 €	
Telefono	500.00 €	778.00 €	318.00 €	460.00 €	144.7%	- 278.00 €	-35.7%
Lavanderia	370.00 €	359.00 €	305.00 €	54.00 €	17.7%	11.00 €	3.1%
Pulizia	1.650.00 €	1.571.00 €	1.665.00 €	- 94.00 €	-5.6%	79.00 €	5.0%
Mensa e Ristor.	650.00 €	725.00 €	720.00 €	5.00 €	0.7%	- 75.00 €	-10.3%
Conduzione caldaie e Produzione calore	1.400.00 €	1.249.00 €	- €	1.249.00 €		151.00 €	12.1%
Elaborazione dati	- €	- €	- €	- €		- €	
Assistenza hardware e software	1.200.00 €	613.00 €	767.00 €	- 154.00 €	-20.1%	587.00 €	95.8%
Attività di Data Entry	- €	- €	- €	- €		- €	
Servizi trasporti (non sanitari)	12.00 €	6.00 €	12.00 €	- 6.00 €	-50.0%	6.00 €	100.0%
Raccolta e Smaltim. rifiuti toss. E nocivi	190.00 €	159.00 €	161.00 €	- 2.00 €	-1.2%	31.00 €	19.5%
Servizi di Logistica	580.00 €	453.00 €	416.00 €	37.00 €	8.9%	127.00 €	28.0%
Vigilanza	450.00 €	444.00 €	448.00 €	- 4.00 €	-0.9%	6.00 €	1.4%
Disinfestazione e Derattizzazione	- €	- €	- €	- €		- €	
Gestione Archivi	100.00 €	58.00 €	51.00 €	7.00 €	13.7%	42.00 €	72.4%
Servizio di Portierato e Ausiliario	1.300.00 €	1.258.00 €	1.301.00 €	- 43.00 €	-3.3%	42.00 €	3.3%
Altri Servizi	1.564.00 €	1.307.00 €	1.245.00 €	62.00 €	5.0%	257.00 €	19.7%
Person. relig. convenz. (incluso oneri riflessi)	- €	- €	- €	- €		- €	
Distribuzione Farmaci PHT e altro mater. Sanitario	- €	- €	- €	- €		- €	
Manutenzione del verde	65.00 €	54.00 €	26.00 €	28.00 €	107.7%	11.00 €	20.4%
Servizi di radioprotezione	5.00 €	3.00 €	3.00 €	- €	0.0%	2.00 €	66.7%
Rimb. spese viaggio al personale dipendente	21.00 €	5.00 €	9.00 €	- 4.00 €	-44.4%	16.00 €	320.0%
Libri, Riviste ed Abbonamenti vari	101.00 €	3.00 €	98.00 €	- 95.00 €	-96.9%	98.00 €	3266.7%
Commissioni ed oneri per il Servizio di Tesoreria	26.00 €	- €	2.00 €	- 2.00 €	-100.0%	26.00 €	
Altre spese bancarie e postali	40.00 €	36.00 €	52.00 €	- 16.00 €	-30.8%	4.00 €	11.1%
Spese di pubblicita, pubblicaz. e bandi di gare	192.00 €	135.00 €	244.00 €	- 109.00 €	-44.7%	57.00 €	42.2%



Spese postali	3.00 €	- €	3.00 €	- 3.00 €	-100.0%	3.00 €	
Altri servizi non Sanitari da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	- €	- €	- €	- €		- €	
Altri servizi non Sanitari da altri soggetti pubblici	- €	- €	- €	- €		- €	
Premi di assicuraz. per furto, incendio ed RC auto	38.00 €	24.00 €	37.00 €	- 13.00 €	-35.1%	14.00 €	58.3%
Premi di assicuraz. respons. Civile profess.	9.00 €	12.00 €	9.00 €	3.00 €	33.3%	- 3.00 €	-25.0%

Nel **2022** i **costi per servizi appaltati** sono aumentati oltre il 15% per complessivi 1.46 M€. I principali aumenti sono stati riscontrati tra le utenze:

- **Conduzione caldaie e produzione calore 1.25 M€**, non esistente in precedenza se non come 158 k€ di utenza gas;
- **Telefono per 460 k€ (144.7%)**;
- **Energia elettrica per 210 k€ (14.3%)**;
- **Altri servizi** (tra cui il service del **personale per il CUP**) per **62 k€**;
- **Lavanderia per 54 k€ (17.7%)**;
- **Acqua e Fogna per 48 k€ (94.1%)**,
- ed altri minori

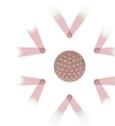
solo parzialmente compensati dalle riduzioni dei costi di:

- **Gas - 158 k€ (-100%)**;
- **Spese per pubblicità, bandi, gare, ecc. - 109 k€ (-44.7%)**;
- **Assistenza hardware e software - 154 k€ (-20.1%)**;
- **Pulizia - 94 k€ (-5,6%)**;
- ed altri minori

Le voci relative ai consumi energetici sono tra le principali componenti della spesa per servizi appaltati e sono quelle per le quali, in ragione dei recenti eventi geopolitici che hanno generato una forte tensione nei mercati si osservano le dinamiche più consistenti di aumento.

Per quanto attiene alla **Conduzione caldaie e produzione calore** la competente Area Gestione Tecnica ha stimato **un ulteriore incremento di 151 k€**, pari al 12% dei costi del 2022 ed inoltre per quanto attiene ai costi per l'energia, con Delibera del Direttore Generale n. 564 del 26 ottobre 2022 l'Istituto ha aderito alla Convenzione Consip "Energia Elettrica 19" avente per oggetto la **fornitura di energia a prezzo variabile** in quanto sospesa la fornitura a presso fisso, ai sensi dell'art. 107, comma 4 e 7, del D.Lgs. n. 50/2016, per i cui costi l'ufficio competente ha stimato un **incremento di spesa per il 2023 pari ad € 1.12 M€ (67,1%)**.

Per il 2023, è del tutto evidente che **si dovrà porre sotto attento controllo la voce del consumo energetico che da sola rappresenta praticamente oltre il 50% dell'aumento di spesa per servizi appaltati**.



Con riferimento, invece, ai costi per le assicurazioni, anche per il 2023, considerato il **regime di "autoassicurazione"**, si provvederà ad effettuare il relativo **accantonamento sulla base della valutazione dei rischi aziendali** attualmente in essere e/o presumibili. Tuttavia, si sta valutando l'individuazione di una società di consulenza brokeraggio assicurativo per una valutazione di un organico e adeguato programma assicurativo che possa coprire tutte le aree di rischio alle quali si espone la nostra struttura sanitaria.

In relazione ai **costi stimati per l'assistenza hardware e software nel 2023**, l'incremento di costo è reso indispensabile dalle necessarie azioni di miglioramento delle infrastrutture informatiche, della copertura informatica delle diverse sedi e, soprattutto, dei servizi per la transizione digitale e la sicurezza informatica.

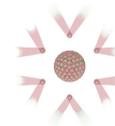
Nell'esercizio 2023, **cesserà il costo della assistenza** relativa ai servizi del software di gestione della **contabilità generale, analitica e dei magazzini**, pressoché totalmente sostituito dalla piattaforma regionale MOSS.

Anche per l'introduzione della Cartella Clinica Elettronica verrà introdotta senza ulteriori costi la piattaforma sviluppata dalla Regione Puglia, mentre l'Istituto dovrà continuare a far fronte ai costi per la **transizione digitale in cloud pubblico della piattaforma per la gestione delle risorse umane** (stipendi, presenze, fascicoli personali, formazione, ecc.), al **Sistema Informativo di Gestione dei Laboratori** di Patologia Clinica (LIS), il **Protocollo Informatico** ed una serie di **altri servizi oramai indispensabili**.

Devono altresì essere rinnovate **le licenze per i firewall e per gli antivirus**, e deve essere acquisita la attività di assistenza necessaria per **completare la messa a dominio delle postazioni di lavoro**.

Altro raggruppamento omogeneo di spesa nel bilancio è quello dei costi per manutenzioni. La valorizzazione delle voci di conto relative alle manutenzioni nel bilancio consuntivo 2021, preconsuntivo 2022 e previsionale 2023 sono riportate nella tabella che segue:

Voce di Conto economico	Preventivo 2023	Preconsuntivo 2022	Bilancio 2021	Δ PRC 2022 - CNS 2021		Δ BDG 2023 - PRC 2022 -	
				Importo	%	Importo	%
Manutenzione e riparazione							
Manut. ordin. sugli immobili e loro pertinenze	2.727	2.048	2.371	-323	-13.6%	679	33.2%
Manut. ordin. sugli impianti e macchinari	170	43	122	-79	-64.8%	127	295.3%
Manut. ordin. sugli automez. (sanit. e non sanit.)	2	1	1		0.0%	1	100.0%



Manut. ordin. su attrezz. tecnico scientif. sanit.	2.900	2.352	2.077	275	13.2%	548	23.3%
Manut. ord. su attr. tec. scien. san. per la ricerca	50		19	-19	-100.0%	50	
Manut. ordin. su mobili e arredi							
Manut. ordin. su macchine elettrocont. ed elettron. Manutenzioni e rip. da Aziende							
Manutenzioni e rip. da Aziende Sanitarie della Regione							
	5.849	4.444	4.590	-146	-3.2%	1.405	31.6%

Nel corso del 2022 è diminuita la spesa per attività di manutenzione degli immobili di oltre 320 k€ e quella su impianti e macchinari per quasi 80 k€, mentre è aumentata quella per manutenzione del parco tecnologico di apparecchiature e sistemi medicali per 275 k€. Per il 2023 l'Area Gestione Tecnica ha prospettato una significativa ripresa della spesa per manutenzione degli immobili per quasi 680 k€ (33.2%) ed un ulteriore aumento della spesa per manutenzione da apparecchiature e sistemi medicali per quasi 550 k€ (23.3%).

In particolare nel corso del 2022, la gestione delle attività manutentive sulle apparecchiature elettromedicali ha osservato il consolidamento dei "Servizi Integrati per la Gestione delle Apparecchiature Elettromedicali (SIGAE)" avviato nel luglio 2021, i quali, poiché il Capitolato prevede la continua valorizzazione del parco macchine (almeno con cadenza semestrale), è stato aggiornato il valore del canone riconosciuto al RTI per la gestione.

Per il 2023, in considerazione degli investimenti tecnologici in apparecchiature e sistemi medicali eseguiti negli ultimi anni, i quali, una volta terminato il periodo di garanzia, rientreranno nel canone, in misura non compensata dalle apparecchiature che usciranno dal canone per fuori uso e/o dismissione si è reso necessario incrementare il relativo budget.

Resta invece sostanzialmente invariata, al momento, la previsione relativa a contratti a stipula diretta dell'Istituto con i fabbricanti per apparecchiature di alta tecnologia o ad elevato rischio/criticità.

In relazione alla manutenzione ordinaria sugli immobili e loro pertinenze, invece, rispetto ai costi dell'anno 2022 verrà a determinarsi un probabile incremento di costo per attivazione di servizi di manutenzione ordinaria a favore delle aree di nuova attivazione (es. Scuola dei Fiori, nuovo CUP) e per servizi di facchinaggio e trasloco, necessari per sostenere le modifiche organizzative programmate durante l'esercizio.



Al fine di evitare una duplicazione delle considerazioni tecnico-economiche in questa sottosezione non verrà condotta l'analisi della spesa sul personale che sarà concentrata nell'apposita sezione 3 del PJA0.

2.b.4. Vision strategica

Negli ultimi anni l'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" ha osservato una crescita sostenuta della propria capacità assistenziale, in linea con le richieste del territorio in cui le patologie oncologiche esprimono un significativo incremento della loro incidenza.

Rispetto all'originaria configurazione dei reparti e dei servizi, insediatisi nel nosocomio ristrutturato nel dicembre del 2011, nel 2017 sono state ulteriormente aggregate ed allocate nell'originario manufatto le strutture di:

- Chirurgia Toracica proveniente dall'Ospedale San Paolo;
- Oncologia originariamente allocata presso l'ospedale di Venere;
- Anatomia Patologica anch'essa proveniente dall'Ospedale San Paolo e che oggi opera a servizio non solo dell'Istituto, ma anche di tutta l'Azienda Sanitaria di Bari.

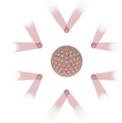
Recentemente, inoltre, nonostante un periodo fortemente penalizzato dalle difficoltà operative causate dall'epidemia Covid-19, grazie agli sforzi encomiabili del personale sanitario operante nell'Istituto, la produzione di assistenza ha marcato ulteriori significativi incrementi.

Per tali ragioni, già con nota Prot. 7595 del 1° aprile 2022 e con il proprio PIAO 2022-2024, l'Istituto illustrava all'Ente Regione e rendeva pubbliche le ragioni di un'urgente azione di rinnovamento, tesa ad ottimizzare l'organizzazione ed individuare nuove superfici da destinare alle attività a servizio dell'utenza.

Si tratta in effetti, di una trasformazione strutturale che garantisca oltre alle strutture di degenza quel potenziamento delle attività ambulatoriali in cui si sta trasformando il setting assistenziale per i pazienti oncologici, che garantisca l'esecuzione delle attività di approfondimento diagnostico di 2° e 3° livello di degli screening, la presa in carico dei pazienti, l'esecuzione conforme ai PDTA ed alle GCP delle attività assistenziali, ecc.

L'Istituto sta così cercando di modificare progressivamente il proprio assetto attraverso il potenziamento delle attività ambulatoriali, le quali però, necessitando di spazi per organizzare e gestire i percorsi di accesso, la maggiore quantità di utenti le attese, le diagnostiche, gli appuntamenti delle terapie, ecc.. Né va dimenticato che l'Istituto, già con D.G.R. n. 221 del 23/2/2017 veniva individuato come sede della Rete oncologica Pugliese, e gli veniva assegnata la funzione di coordinamento dell'hub della Città Metropolitana di Bari oltre che degli altri tre hub pugliesi, Foggia-Bat, Brindisi-Taranto e Lecce.

Ulteriore segno tangibile della necessità di una siffatta trasformazione veniva fornito dal Regolamento Regionale 20 agosto 2020, n. 14, *"Potenziamento della rete ospedaliera, ai sensi dell'art. 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34. Modifica e integrazione del Regolamento*



regionale n. 23/2019", con il quale la Regione Puglia provvedeva a rivedere ulteriormente la dotazione di posti letto dell'IRCCS Oncologico, da incrementare (rispetto ai 156 previsti dalla precedente DGR 28 febbraio 2017, n. 239), per raggiungere nel tempo l'obiettivo programmatico di n. **169 posti letto**, come da seguente tabella:

COD	DENOMINAZIONE	Numero posti letto previsti
9	CHIRURGIA GENERALE	44
12	CHIRURGIA PLASTICA	10
13	CHIRURGIA TORACICA	16
18	EMATOLOGIA	16
64	ONCOLOGIA	44
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	14
38	OTORINOLARINGOIATRIA	8
49	TERAPIA INTENSIVA	7
43	UROLOGIA	10
TOTALE		169

A partire pertanto dall'ipotesi formulata con la nota Prot. 7595 del 1° aprile 2022, fedelmente inserita nel precedente PIAO, venivano progressivamente individuate e raffinate le ipotesi di ristrutturazioni organizzative e strutturali, nell'ottica del potenziamento dell'Istituto e del riconoscimento del suo ruolo centrale nella cura della patologia Oncologica, quello stesso potenziamento che la Regione Puglia declinava con la DGR n. 895 del 22 giugno 2016: *"il potenziamento delle attività dell'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari, indissolubilmente legato ad una progressiva revisione dell'offerta in campo oncologico dell'intera rete assistenziale dell'Area Metropolitana di Bari, in considerazione della mission specifica dell'Istituto medesimo, consentirebbe di soddisfare la domanda di salute, rispetto a prestazioni, rese anche da strutture private accreditate nonché extraregionali in mobilità passiva"*.

Nel precedente PIAO la Direzione Strategica dell'Istituto affermava recisamente che *"l'ulteriore crescita di degenze e servizi, necessaria a servire la crescente domanda di assistenza e consolidare l'immagine di Centro di Riferimento Oncologico regionale, che l'Istituto ha raggiunto anche grazie alla qualità delle proprie prestazioni, è **pesantemente frenata dagli oramai raggiunti limiti strutturali.**"*

In primis, **l'indisponibilità di spazi necessari ad ospitare ambulatori di tipo chirurgico** per:

- **Accrescere l'attività di impianto di PICC-PORT** (indispensabili per l'esecuzione dei trattamenti chemioterapici per infusione);
- **Eeguire procedure di tipo endoscopico mini-invasivo assistite da scopia RX** (ERCP o biopsie profonde);
- **Erogare le prestazioni in Day-surgery,**

costringe ad **eseguire tali procedure nel Quartiere Operatorio, riducendo la già limitata disponibilità di sale per interventi chirurgici più qualificati ed anche più remunerativi.**

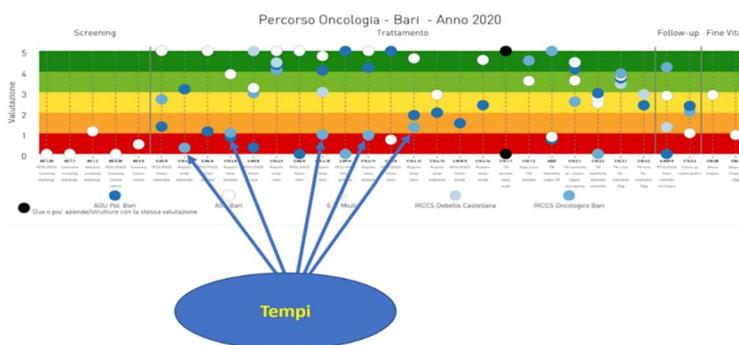


Inoltre, la **frammentazione della distribuzione**:

- degli **ambulatori medici**, nel vecchio corpo di fabbrica, i quali **frequentemente occupano spazi originariamente destinati a degenza**
- degli **ambulatori e delle sale di infusione** destinate all'esecuzione **dei trattamenti chemioterapici**,

non consentono l'attivazione di una parte significativa **della prevista dotazione di 169 posti letto** (ex RR n.23/2019 e ss.mm.ii.), limitando la capacità di ricovero a poco meno di 110 posti di degenza e rendendo **inefficienti alcuni processi di esecuzione dei cicli di chemioterapia**.

Tali pesanti limitazioni comportano un allungamento dei tempi di completamento dei percorsi diagnostico terapeutici con il conseguente accrescimento della migrazione extra-regionale. Non può difatti ritenersi che l'Istituto abbia scarso "appeal": i tempi di attesa per ricoveri chirurgici rilevati dal MES della Scuola Superiore di Sant'Anna di Pisa mostrano che le peggiori performance dell'Istituto sono proprio legate alle prolungate attese di intervento. Nessun paziente attenderebbe a lungo un intervento se il centro chirurgico non fosse reputato qualitativamente più che adeguato.



Se nelle strutture del Dipartimento Chirurgico l'obiettivo è quello di recuperare posti di degenza e disponibilità di Sale Operatorie, congiuntamente ad un contenimento della durata delle degenze, con rotazioni sui Posti Letto il più possibile efficienti ed un'esecuzione sistematica e rapida delle procedure di "pre-ricovero", per quanto attiene le strutture del Dipartimento di Area Medica, si tratta di:

- Attivare aree di degenza a "bassa intensità assistenziale", per trasferirvi pazienti in modalità protetta onde aumentare la rotazione dei Posto Letto, diminuire i casi di "outliers" ed aumentare l'indice di performance ed il Case Mix;
- Governare e garantire i percorsi diagnostico-terapeutici mediante:
 - Implementazione strutturale e massiva della Porta Unica di Accesso alla 1° valutazione oncologica rappresentata dal C.Or.O. e dalle sue procedure;
 - Gestione prioritizzata delle prestazioni associate al percorso di accertamento/perfezionamento diagnostico in funzione della situazione clinica del paziente;



- Presa in carico globale del paziente non solo per quanto attiene agli aspetti sanitari, ma anche sociali ed amministrativi con attitudine proattiva;
- Razionalizzare la distribuzione fisica, l'organizzazione, gli strumenti e le dotazioni tecnologiche e le procedure dell'assistenza chemioterapica;
- Potenziare l'assistenza qualificante l'Istituto (trapianti di midollo, sperimentazione farmacologica di 1° Fase, medicina di precisione);
- Implementare rigorose procedure di controllo delle terapie farmacologiche in termini di appropriatezza, contenimento dei costi, eventuale autorizzazione di uso di principi attivi "off-label", sperimentazione terapeutica;
- Attivare modalità tecnico-organizzative innovative di erogazione delle prestazioni sanitarie in telemedicina secondo le "Linee Guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare", di cui al recente DM Ministero della Salute (PNRR – Milestone EU M6 C1-4) ;

Per le strutture che erogano "servizi di diagnostica di laboratorio e per immagini", si rende necessario:

- Efficientare le attività di esecuzione dei prelievi, soprattutto per esterni, migliorando l'accesso alle strutture da parte dei pazienti e le procedure di accettazione e tracciabilità;
- Automatizzare le fasi pre-analitiche della Diagnostica di Laboratorio;
- Aggiornare ed ammodernare il sistema di gestione del RIS-PACS;
- Installare una PET/CT o una PET/MRI per finalità diagnostiche indispensabili ed irrinunciabili per la diagnostica oncologica;
- Installare i sistemi di imaging e di laboratorio finanziati dal PNRR: e dai fondi FESR per il tecnopolo per la medicina di precisione:



Nuova MRI
(sostituzione)

PNRR
2023



n. 2 Mammografi 3D
(potenziamento)

PNRR
2024



n. 2 TAC
(sostituzione / potenziamento)

PNRR
2023 e 2024



Acceleratore Lineare
(potenziamento)

PNRR
2024



Telecomando
n.2 ecografi "Top"
(potenziamento)

PNRR
2024



Ginecologia Oncologica
POR-FESR entro giugno 2023
203.740 €

- Ecografo top premium dedicato alla ginecologia
- Sistema videocolposcopico con monitor da almeno 24" e sistema di acquisizione immagini
- Manipolo laser per trattamento atrofia vaginale



Otorinolaringoiatria
POR-FESR entro giugno 2023
204.000 €

- Sistema Echo-laser per termoblazione neoplasie tiroidee - collo
- n.1 colonna endoscopica completa di videonolaringoscopia con sistema NBI
- Sistema videolaringostroboscopia



Dermatologia Oncologica
POR-FESR in corso
380.062 €

- Microscopio laser confocale per diagnostica melanoma
- Sistema per il trattamento del grasso comprensivo di cannule
- Sistema di lipos aspirazione elettrico per la rimozione del tessuto adiposo
- Sistema per la retrazione tissutale - Skin Tightening - post liposuzione
- Ecotomografo per ecografia cutanea con sonde lineari
- Microscopio ottico con fotocamera digitale



Urologia
POR-FESR in corso
122.000 €

- Colonna endoscopica urologica completa
- Attrezzature complementari per videoescopia urologica



Ecoendoscopia Broncopolmonare
POR-FESR in corso
292.800 €

- n. 1 sistema per ecoendoscopia bronchiale completo di sistema di registrazione e archiviazione
- Ecoprocessore digitale multimodale



Endoscopia digestiva

**POR - FESR (acq.)
242.687 €**

- Colonna per videoendoscopia completa



Ambulatorio PICC-PORT

**POR - FESR giugno 2023
225.456 €**

- Ecografo portatile multidisciplinare per posizionamento picc/port;
- Ecografo multidisciplinare per posizionamento picc/port;
- n.2 sonda lineare portatile + sistema "Pilot" per la rilevazione del corretto posizionamento di cateteri venosi centrali;
- Letto radiotrasparente bariatrico
- Carrello completo;
- Sistema portatile radiologico per fluoroscopia



Ambulatorio di Ipertermia Oncologia

**POR-FESR in corso - giugno 2023
962.340 €**

- Sistema per ipertermia capacitiva profonda completo di sistema software per la gestione del trattamento;
- letto radiologico alta fascia per angiografo portatile
- sistema per ipertermia superficiale



Ambulatori di chemioterapia (potenziamento)

**POR - FESR in corso
631.226 €**

- Lavori di manutenzione straordinaria (edili, impiantistica), fornitura poltrone infusione, sistema DERS, impianto montalettighe



Radioterapia Pediatrica

**POR - FESR in corso
101.260 €**

- Carrello di emergenza con defibrillatore a uso pediatrico
- Ventilatore pediatrico
- Monitor multiparametrico con sonde pediatriche



Digital Pathology

**POR-FESR giugno 2023
941.230 €**

- Sistema Digital Pathology (dimensionato per circa 20 postazioni di lavoro e circa 800 vetrini/giorno), per la scansione, analisi, gestione, refertazione e archiviazione di vetrini istologici e citologici, composto da:
 - Sistema di scansione di vetrini ad alta capacità e produttività, nuovo e di ultima generazione, CE-IVD
 - Sistema di scansione di vetrini con funzione di backup di media capacità e produttività, CE-IVD
 - Monitor ad alta risoluzione per refertazione
 - Software per scansione multistrato, gestione immagini, storage, integrazione LIS regionale



Laboratorio di citogenetica

**POR-FESR (quasi completato)
342.920 €**

- Microtomi semiautomatici
- Cristallo da laboratorio ed accessori
- Microscopi ottici
- Attrezzature e arredi per campionamento in sicurezza
- Attrezzature per allestimento Ambulatorio Citogenetica
- Processatore-Coloratore da banco per esami estemporanei



Diagnostica e prognostica molecolare

**POR-FESR (completato)
1.619.279 €**

- Sistema completo di analisi di immagine per la scansione e analisi del cariotipo e tecniche di FISH
 - Sequenziatore da banco per analisi NGS "targeted"
 - Sequenziatore di tipo NGS «High Throughput high sensitivity», «full genome analysis», anche da biopsie liquide
 - Sequenziatore capillare (Sanger) a 8 capillari - 3500
 - Workstation per «liquid handling high throughput»
 - Ultrasonificatore
 - Attrezzature varie
- titolo presentazione



Farmacologia clinica

**POR-FESR (completato)
480.070 €**

- HPLC-MS a triplo quadrupolo
- Microscopio su stativo invertito a fluorescenza completamente motorizzato per analisi di tessuti in 3D
- Sistema di ibridazione a rulli



Telepatologia territoriale

**POR-FESR (in corso)
226.920 €**

- Sistemi di telepatologia
- Sistemi di raffreddamento rapido
- Arredi

Si tratta di un vero e proprio "Piano" di Rilancio dell'Istituto volto a:

- Riallocare strutturalmente attività assistenziale e di ricerca al fine di potenziarne, razionalizzarne ed efficientarne l'esecuzione;
- Potenziare ed adeguare le infrastrutture tecnologiche dell'Istituto;
- Revisionare l'organizzazione dell'Istituto attraverso la strutturazione per intensità di cura, la gestione dipartimentale, la sistematica "presa in carico" dell'utenza, l'attenzione alla qualità percepita, il potenziamento della ricerca e dei suoi ritorni di qualità ed economici;
- Potenziamento quali-quantitativo del personale.

Si è quindi individuata una strategia operativa molto complessa, che prevede di riorganizzare tutti i piani dell'Ospedale dedicati alla assistenza (piani primo, secondo e terzo), confermando in essi solo le funzioni di degenza e estrapolando la parte ambulatoriale, che attualmente è in alcuni casi (piano terzo) addirittura prevalente.

Tale programma, peraltro, consentirebbe all'IRCCS di aderire al modello di organizzazione per intensità di cura.

In un ospedale organizzato per "intensità di cure", obiettivo prioritario è fornire un'assistenza continua e personalizzata, per cui i pazienti sono raggruppati in base a bisogni omogenei. Per



perseguire tale scopo sono previsti blocchi funzionali uniformi per tipologia e livello di cure prestate, dove insistono in modo paritario e integrato le diverse professionalità specialistiche omogenee o complementari.

Viene garantita la **congruenza verticale**, nel senso che viene assicurato il livello di cura e assistenza appropriato al bisogno di ogni singolo paziente, e **l'integrazione orizzontale**, nel senso che gli specialisti intervengono sui pazienti "ovunque essi siano"; deve essere pertanto sviluppata la **collaborazione multidisciplinare e lo sviluppo dei percorsi assistenziali**.

Aderendo a tale modello, l'IRCCS verrebbe riorganizzato nei tre seguenti livelli, la cui distribuzione coinciderebbe geometricamente con lo sviluppo verticale dell'edificio ospedaliero (a maggiore altezza corrisponde maggiore complessità):

- **Livello 1, ad elevata intensità: piano quarto dell'IRCCS:** Comprende le Sale Operatorie e la Terapia Intensiva e sub-intensiva.
- **Livello 2, a media intensità: piani primo, secondo e terzo dell'IRCCS:** Comprende le degenze, distinte in area medica (piano primo) e area chirurgica (piani secondo e terzo)
- **Livello 3, a bassa intensità: piano rialzato, piano seminterrato dell'Ospedale, nuova palazzina Uffici:** Ospita le prestazioni ambulatoriali di visita e preparazione/somministrazione chemioterapia.

Il raggiungimento di tale obiettivo non può avvenire solo razionalizzando gli spazi disponibili: a causa della oggettiva carenza di superfici di una sede ormai satura, **risulta necessario e inevitabile individuare nuove superfici all'esterno della sede storica di viale Orazio Flacco 65.**

Solo in tal modo, infatti, è possibile reperire gli spazi necessari ad accogliere gli ambulatori che attualmente affollano i piani primo, secondo e terzo, da riservare alla degenza.

Inoltre, nell'individuare tali nuove superfici, è altresì necessario provvedere ad una profonda riorganizzazione degli spazi, perché è del tutto evidente che, al fine di minimizzare i disagi per i pazienti, le attività da delocalizzare al di fuori del perimetro devono essere individuate tra quelle considerate meno "core business", ovvero quelle che, richiedendo meno contatti con gli utenti, comportano meno disagi in caso di lontananza fisica dall'Ospedale.

2.b.4.1. Individuazione dell'obiettivo in termini di nuovi posti letto.

Come richiamato al precedente punto, per dare attuazione al Piano di Riordino Ospedaliero è necessario incrementare il numero di posti letto di n. **57 unità**. Di tale incremento, i **primi 10 posti letto** sono già stati aggiunti nel corso del presente anno 2022. Inoltre, sono già stati portati **da 4 a 7 i posti letto** di Terapia Intensiva.

Di conseguenza, l'obiettivo da raggiungere richiede un incremento di n. **44 posti letto**.

Il Piano di Rilancio dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari, qui sinteticamente riassunto, è suddiviso in 2 fasi.



In una prima fase, già avviata, da attuarsi in tempi contenuti (24-26 mesi) è previsto:

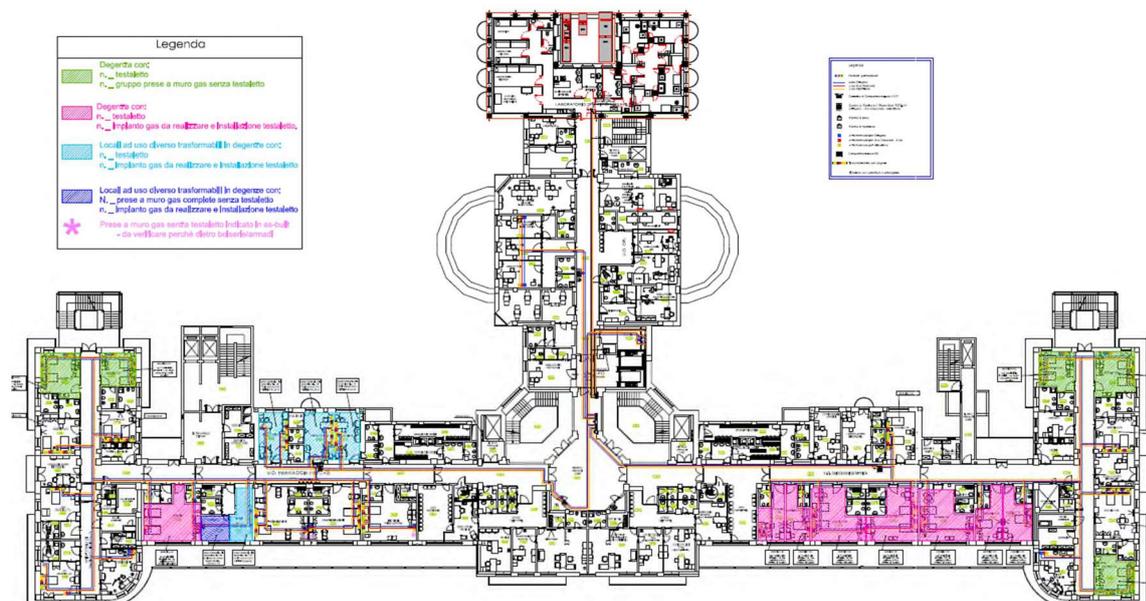
- Riallocazione delle attività amministrative e gestionali non sanitarie all'esterno del complesso ospedaliero;
- Riallocazione delle strutture destinate alla chemioterapia;
- Riallocazione delle strutture ambulatoriali;
- Riallocazione della posizione del CUP/ticket, e avvio operativo del nuovo modello del C.Or.O. per la presa in carico del paziente oncologico;
- Riallocazione dei punti prelievo, potenziamento delle attività di diagnostica del Laboratorio di Patologia Clinica
- Accrescimento del numero di Posti Letto;
- Potenziamento della diagnostica di supporto;
- Efficientamento del Gruppo Operatorio;
- Incremento delle dotazioni di personale, per la realizzazione degli obiettivi di produzione e potenziamento delle attività diagnostiche

2.b.4.2. Verifica sulla fattibilità del progetto.

In prima analisi, è opportuno verificare se tale obiettivo sia effettivamente raggiungibile: ovvero, se, procedendo con la sostituzione delle attuali funzioni ambulatoriali collocate ai piani primo, secondo e terzo, da attrezzare come ambienti di degenza, sia effettivamente raggiungibile l'obiettivo di incremento di posti letto fissato dal Piano di Riordino.

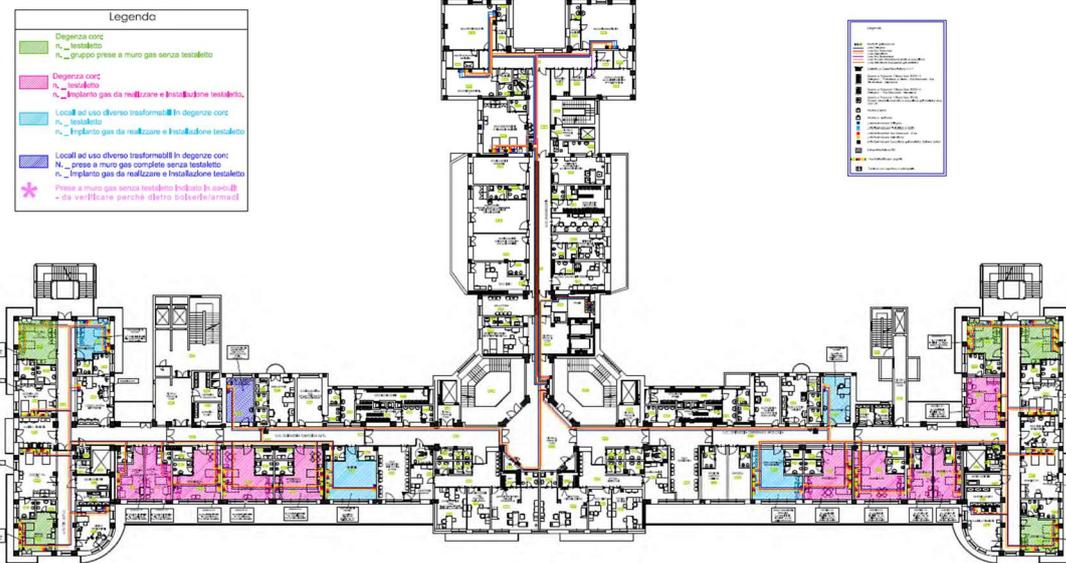
Gli elaborati grafici che si riportano di seguito attestano che effettivamente tale strategia è **perseguibile**. Infatti, la sostituzione permette di allocare almeno **48 nuovi posti letto**.

EDIFICIO OSPEDALIERO – IPOTESI DI RIUTILIZZO DEGLI AMBIENTI PER AMPLIARE IL NUMERO DI POSTI LETTO – PIANO PRIMO (+ 12 POSTI LETTO)

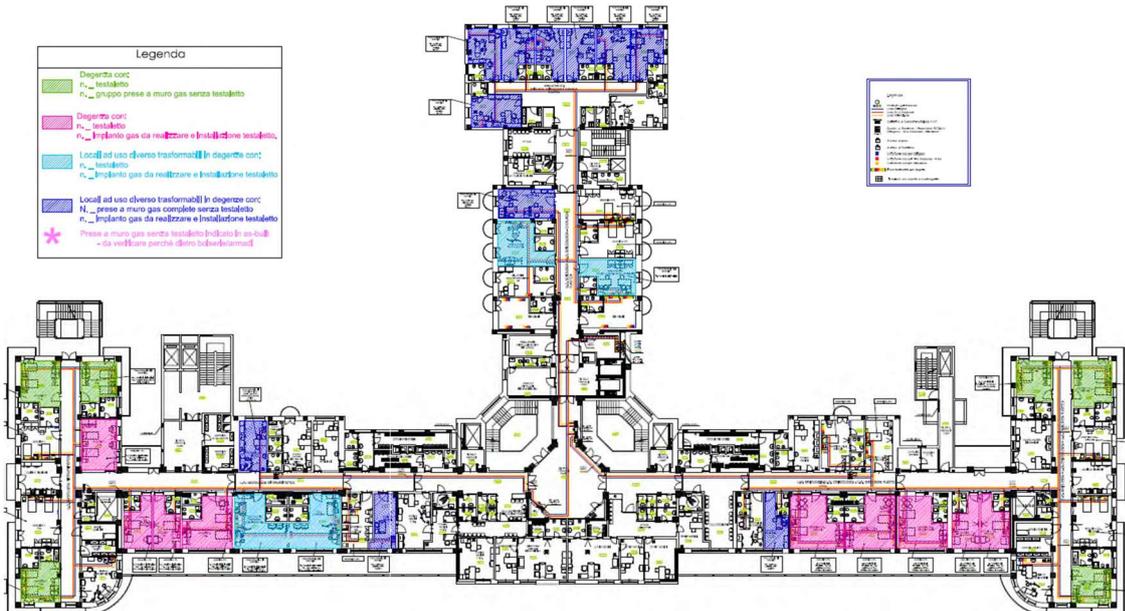




EDIFICIO OSPEDALIERO – IPOTESI DI RIUTILIZZO DEGLI AMBIENTI PER AMPLIARE IL NUMERO DI POSTI LETTO – PIANO SECONDO (+ 18 POSTI LETTO)



EDIFICIO OSPEDALIERO – IPOTESI DI RIUTILIZZO DEGLI AMBIENTI PER AMPLIARE IL NUMERO DI POSTI LETTO – PIANO TERZO (+ 28 POSTI LETTO)



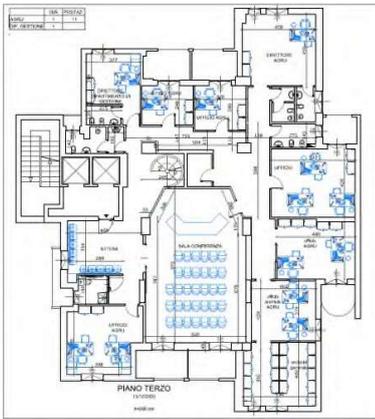
2.b.4.3. Attività già poste in essere.

2.b.4.3.1. Delocalizzazione attività amministrative: nuova sede di Camillo Rosalba via 47/z.

La prima fase di delocalizzazione di attività meno orientate al rapporto diretto con gli utenti veniva avviata già con la deliberazione 774/2018, con la quale l'IRCCS dava atto del contratto di locazione pluriennale (rep. 190/2019 del 31 maggio 2019) sottoscritto con gli Uffici Regionali del Demanio, per mezzo del quale l'Istituto entrava in possesso di alcune superfici, site in Bari



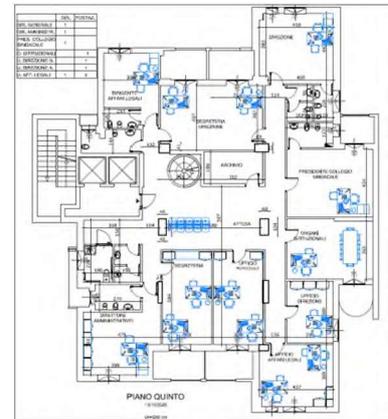
in via Camillo Rosalba 47/z, che venivano utilizzate per la allocazione della maggior parte della attività amministrative (SC Area Gestione Risorse Umane, SC Area Gestione Risorse Economico-Finanziarie, SSD Area Patrimonio).



Piano terzo



Piano quarto



Piano quinto

Tale spostamento consentiva di liberare un intero piano della ex Palazzina Uffici di Viale Orazio Flacco 65, dove veniva collocata la Unità Operativa “Oncologia Medica per la Presa in carico Globale del Paziente”, inserita nella riorganizzazione dell’IRCCS stabilita dalla Regione Puglia in esecuzione della DGR 895/2016, che disponeva il trasferimento dalla ASL Bari di tale Unità Operativa insieme alla Chirurgia Toracica e alla Anatomia Patologica.

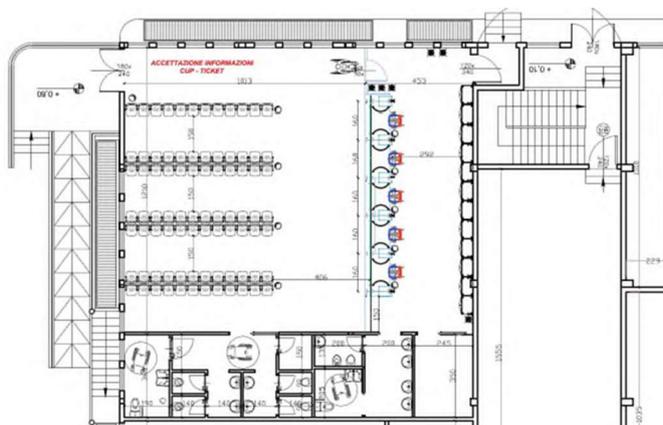
2.b.4.3.2. Delocalizzazione magazzini: nuova sede presso Strada Provinciale n.1.

In prosecuzione della avviata delocalizzazione di attività non core business, l’IRCCS realizzava una ulteriore iniziativa, anch’essa resa possibile attraverso la acquisizione in locazione passiva di nuove superfici all’esterno del comprensorio della sede principale. In particolare, con deliberazione 611 del 3 novembre 2021, aderendo ad una iniziativa della AOU Policlinico di Bari, l’IRCCS entrava in possesso di una superficie di 444,00 mq all’interno di un capannone industriale sito in zona industriale di Bari-Modugno alla Strada Provinciale n° 1, messo a

disposizione in locazione passiva dalla Ditta Stabilimento s.r.l., e da destinare a deposito farmaceutico, economale e della SC Area Tecnica.

Lo svuotamento dei locali ex deposito della SC Area Tecnica mettevano a disposizione dell’IRCCS una superficie pari a 237,00 mq.

Tale superficie è attualmente utilizzata come sede del Centro



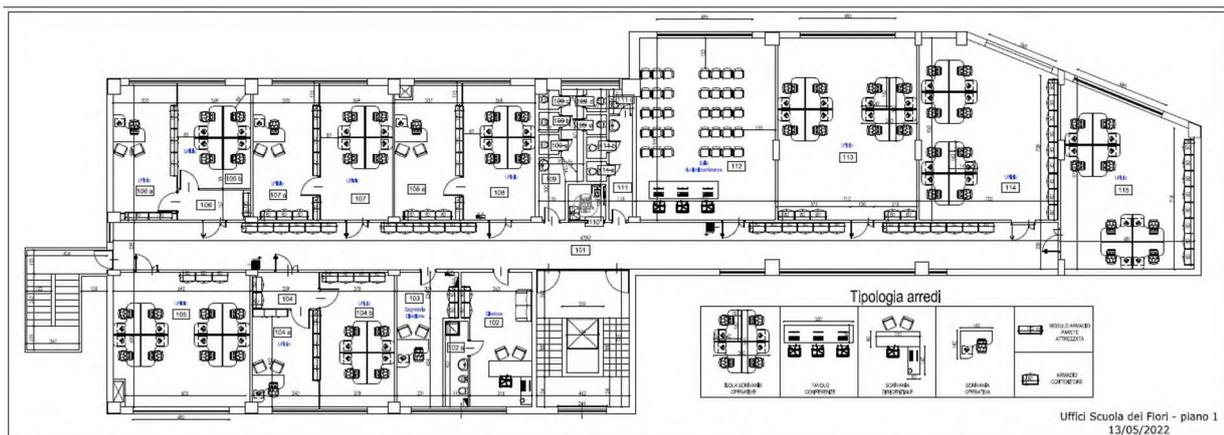


Prelievi, e sarà destinata successivamente a nuovo Centro Unico di Prenotazione o altra attività da individuarsi.

Per l' utilizzo come nuovo CUP, è stato già redatto apposito capitolato tecnico per la acquisizione del necessario bancone, nell'ambito delle indicazioni del progetto Hospitality.

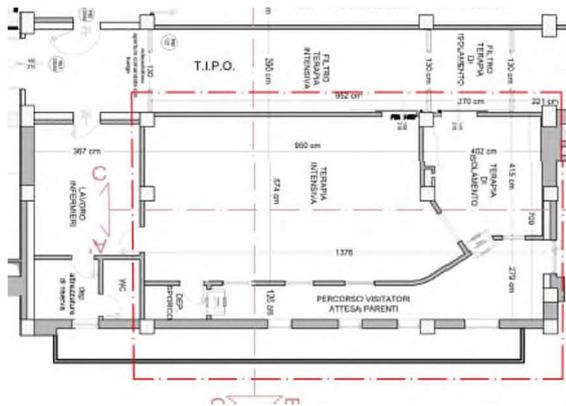
2.b.4.3.3. Delocalizzazione Direzione Scientifica: nuova sede presso Strada Provinciale n.1.

Con deliberazioni 626 del 11 novembre 2021, e 697 del 3 dicembre 2021, si procedeva a prendere atto dell'esito favorevole della procedura di avviso pubblico, avviata con deliberazione n. 980 del 15 dicembre 2020, per la individuazione di un ulteriore immobile da condurre in locazione passiva, da utilizzare per la allocazione di attività amministrative sia di supporto alla assistenza che alla ricerca. In particolare, ad esito di tale procedura, l'IRCCS entrava in possesso, in locazione passiva, di locali posti in Bari alla via Cotugno 2/4 (presso la "Scuola dei Fiori" della società SEGEN SpA), di superficie pari a circa 780 mq oltre pertinenze esterne.

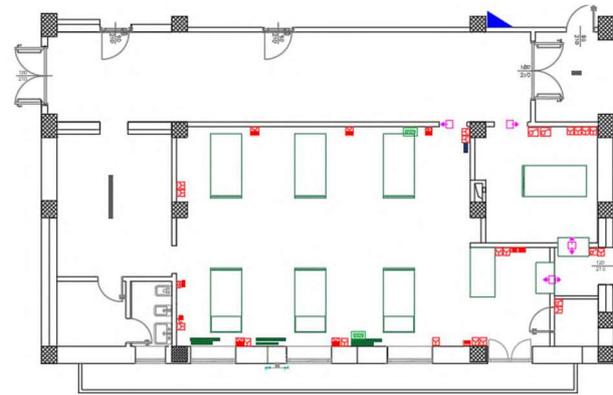


2.b.4.3.4. Aumento posti letto Terapia Intensiva.

Questo IRCCS ha aderito alle disposizioni in materia di "Riordino della rete ospedaliera in emergenza COVID-19", usufruendo del finanziamento nell'ambito del D.L. 19.05.2020, n. 34, convertito con modificazioni dalla L. 17.07.2020, n. 77, recante "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19", per incrementare il numero di posti letto di terapia intensiva, che è passato da 4 a 7.



Stato prima delle lavorazioni



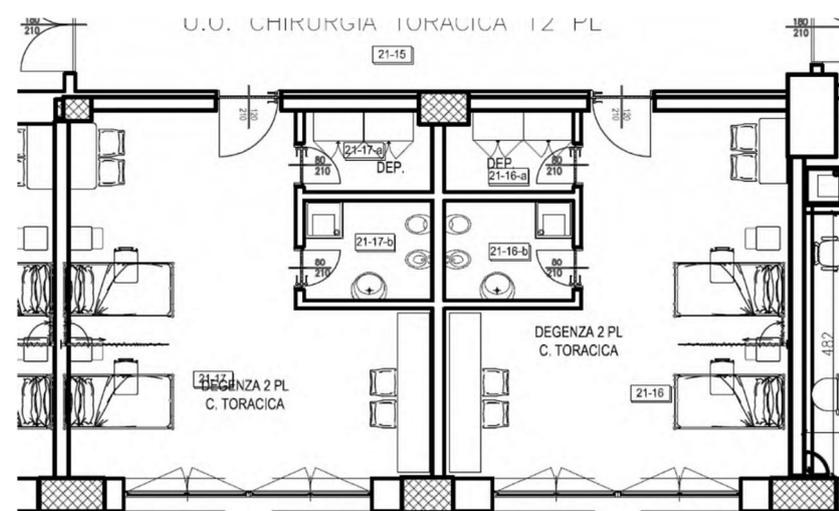
Stato attuale

2.b.4.3.5. Incremento di posti letto utilizzando spazi già esistenti.

Si evidenzia che l'Ospedale ha una serie di stanze di degenza a due posti letto, la cui superficie (circa 42 mq compreso il servizio igienico) è molto al di sopra dello standard previsto dalle norme di accreditamento (9 mq per posto letto. Per le sole stanze di degenza con bagno ubicato all'interno, lo spazio di 9 mq previsto per ciascun posto letto può essere ridotto del 10%).

Per attivare in tempi più brevi l'incremento dei primi 10 posti letto, si è proceduto insieme alla Direzione Sanitaria ad una analisi puntuale dell'attuale utilizzo degli spazi di tale tipo dislocati nei tre piani che ospitano la degenza, ipotizzando una attività distinta in due fasi successive:

- recupero all'utilizzo come stanza di degenza di alcune stanze che nel tempo sono state adibite ad ambulatorio;
- riutilizzo delle stanze di degenza più grandi, che da due posti diventano stanze a tre posti.



Con riferimento in particolare alla prima attività, già posta in essere, si è proceduto alla trasformazione di alcune delle tali stanze da 42 mq in camere a tre letti (che assegnerebbe comunque 14 mq per ciascun paziente, ancora molto superiori ai 9 mq prescritti dal regolamento 3/2005,

peraltro da ridurre del 10% perché tutte le stanze sono dotate di bagno a servizio esclusivo.

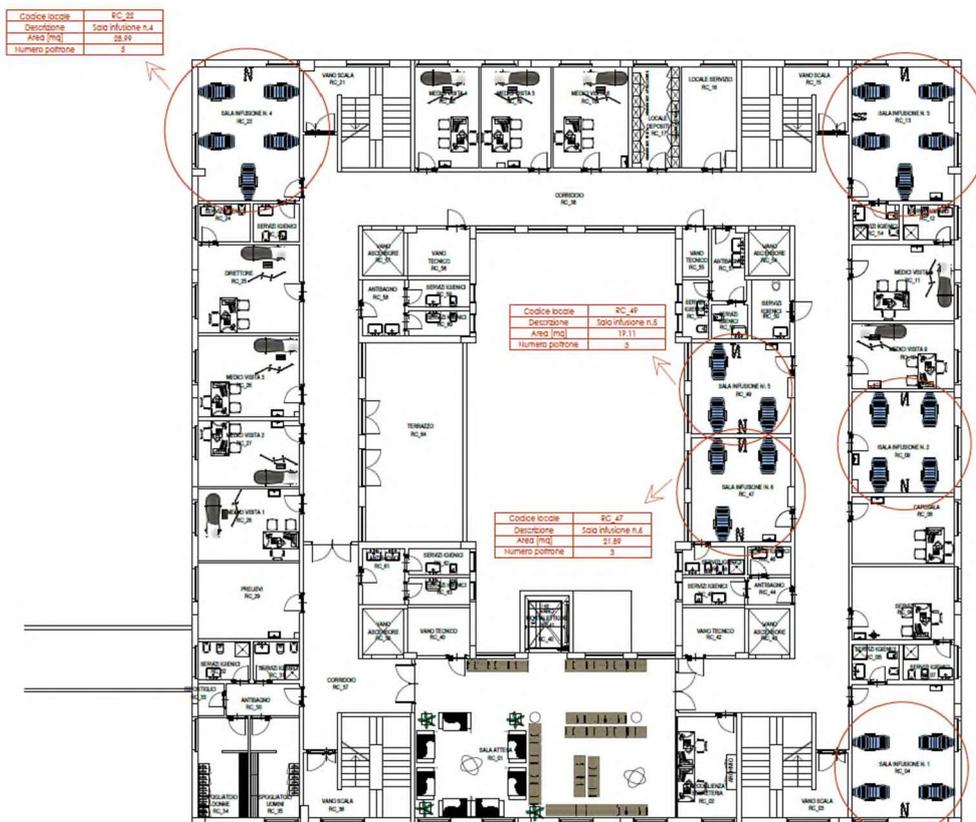
Al riguardo, però, si deve evidenziare che, nel corso delle visite di sopralluogo condotte nel 2010 dai tecnici del Dipartimento di Prevenzione per accreditare la struttura ospedaliera, questi



ritenevano di dover applicare una lettura molto rigida delle norme di accreditamento, che limitano la occupazione delle stanze di degenze a soli due posti per le “struttura di nuova realizzazione” (secondo la lettera del Regolamento: “2 posti letto e, comunque, non più di 4 posti letto per camera; per le strutture di nuova realizzazione la capienza delle camere deve essere di non più di 2 posti letto”). In realtà quello realizzato per la nuova sede dell’IRCCS è il restauro di un edificio storico, e non una “nuova realizzazione”; il layout definito a quell’epoca, quindi, doveva necessariamente adattarsi ad una struttura preesistente, e non può quindi configurarsi come “nuova realizzazione”, ovvero come un intervento scervo da vincoli di alcun genere. Bisognerebbe probabilmente attivare un confronto con il Dipartimento di Prevenzione per definire tale aspetto.

2.b.4.3.6. Nuovo ambulatorio di infusione.

Con deliberazione 366/2022 si è proceduto ad aggiudicare in favore della ditta Omnia Servitia S.R.L la procedura di gara mista (lavori e forniture) per la Realizzazione di nuovi ambulatori di Chemioterapia”, da realizzare nell’ambito del finanziamento Azione 9.12 del POR Puglia FESR/FSE 2014/2020, Codice CUP F92C20000140002 – CIG 88109978BC, secondo il seguente layout:





2.b.4.4. Obiettivi di dettaglio per il completamento della Fase 1 di ampliamento dei posti letto e cronoprogramma

Per quanto finora esposto, l'obiettivo fissato, di incremento del numero di posti letto, potrà essere raggiunto proseguendo con le azioni già intraprese, da completare come di seguito illustrato:

1. Valutazione della presente relazione, al fine di definire nel dettaglio il programma dei trasferimenti necessario per liberare il secondo piano della palazzina uffici.
2. Trasferimento dal secondo piano della palazzina uffici
3. Avvio cantiere secondo piano palazzina uffici
4. Definizione delle destinazioni degli ambienti nel nuovo reparto di infusioni della Oncologia Medica
5. Realizzazione lavori secondo piano palazzina uffici
6. collaudo lavori secondo piano palazzina uffici
7. Trasferimento del reparto di infusioni della Oncologia Medica dal piano rialzato dell'Ospedale agli ambienti nel nuovo secondo piano della palazzina uffici
8. Studio della riorganizzazione dei reparti ospedalieri, per individuare gli ambienti da spostare negli ambienti a piano rialzato dell'Ospedale resi liberi dallo spostamento del poliambulatorio di infusioni della Oncologia Medica. Consultazione in ambito del Collegio di Direzione.
9. Trasferimento degli ambulatori verso il piano rialzato dell'Ospedale
10. Lavori di riadattamento degli ambienti resi disponibili, da trasformare in stanze di degenza
11. Avvio pratiche di accreditamento
12. Acquisizione arredi e attrezzature nuove stanze di degenza
13. Allestimento nuove stanze di degenza

102

Delle quali si dettaglia il possibile crono-programma:

	attività	Tempo (in settimane)																												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	
1	valutazione della presente relazione, al fine di definire nel dettaglio il programma dei trasferimenti necessario per liberare il secondo piano della palazzina uffici.																													
2	Trasferimento dal secondo piano della palazzina uffici																													
3	Avvio cantiere secondo piano palazzina uffici																													
4	Definizione delle destinazioni degli ambienti nel nuovo reparto di infusioni della Oncologia Medica																													
5	Realizzazione lavori secondo piano palazzina uffici																													
6	collaudo lavori secondo piano palazzina uffici																													

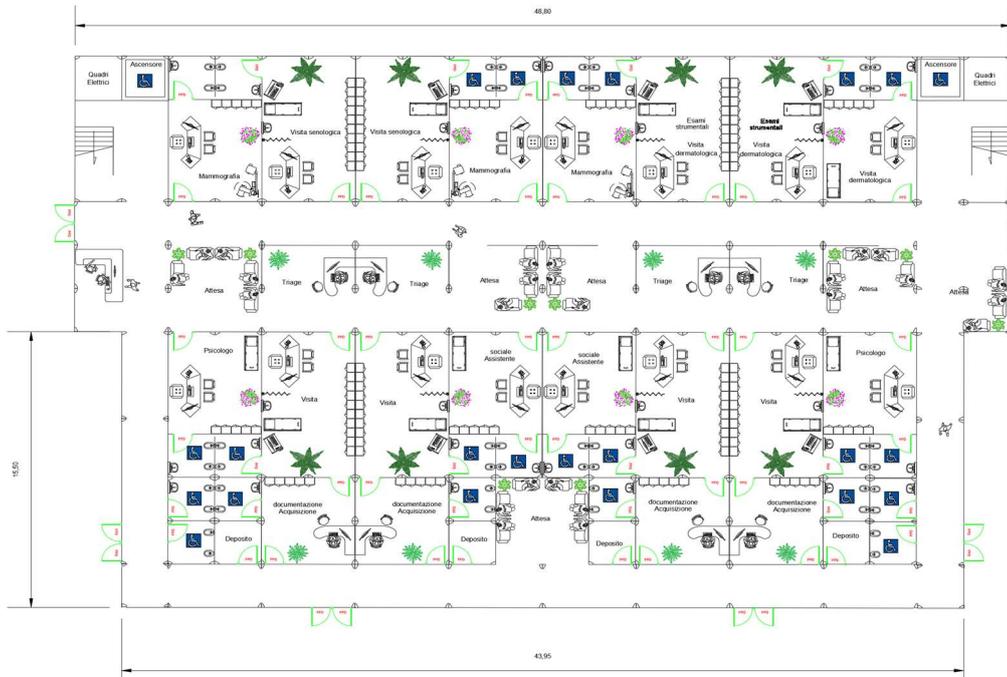


Terra e Sopraelevati	INFO Point, Assistenza e Back Office	Attività informativa per necessità utenza (pazienti fragili, problematiche sociali, disagio, stranieri, anziani, ecc.) e del C.Or.O.	2 assistenti amministrativi * 1 mediatore linguistico; operatori call center; personale tecnico-informatico per attività di data manager e di supporto per televista/consulto; n. 2 assistenti sanitari per rapporti con DSS e MMG
	P.U.A. - Presa in carico del paziente oncologico o con sospetta diagnosi	C.Or.O. - Accettazione/Triage (2 postazioni di turno) Infermiere Care Manager (primo accesso o follow up)	4 - 5 infermieri professionali * eventuali OSS circolanti per assistenza ai pazienti nei PDTA di afferenza
		C.Or.O. - Accettazione/Triage (Oncologo di turno) per attribuzione paziente al PDTA multidisciplinare	2 - 3 medici oncologici e prescrizioni di eventuali esami strumentali e /o procedure diagnostiche ritenute necessarie
		C.Or.O. - Attività di supporto al paziente, care- giver	2 - 3 psicologi; Nutrizionista e di quant'alto necessario per i servizi alla persona
		C.Or.O. - Attività di supporto al paziente, care- giver	2 assistenti sociali per rapporti con uffici ASL, Comune; operatori del volontariato; trasporto extra ospedaliero; necessità alberghiere/alloggio per utenza
	P.D.T.A. Tumore Mammella	Visita senologica	1-2 radiologo senologico/chirurgo senologo
		Mammografia - Ecografia mammella	1-2 tecnico di radiologia medica
	P.D.T.A. Tumore Polmone	Visita specialistica	1-2 medici specialisti (pneumologo/chirurgo toracico)
		Endoscopia bronchiale (diagnostica/operativa)	1-2 infermieri per assistenza alla procedura * eventuale TdRM/Radiologo per guida ecografica o TC
	P.D.T.A. Tumore Colon-Retto	Visita specialistica	1-2 medici specialisti (chirurgo generale/gastroenterologo per endoscopia digestiva)
		Endoscopia digestiva (diagnostica/operativa)	1-2 infermieri per assistenza alla procedura * eventuale TdRM
	P.D.T.A. Tumore Cervic-Uterina	Visita specialistica ginecologica	1-2 medici specialisti
		Colposcopia/Isteroscopia (diagnostica/operativa)	1-2 infermieri per assistenza alla procedura
	P.D.T.A. Melanoma Cutaneo	Visita specialistica dermatologica	1-2 medici specialisti (dermatologo/chirurgo plastico)
		Esami strumentali (epiluminescenza o dermatoscopia) con eventuale biopsia/asportazione cutanea/nevi	1-2 infermieri per assistenza alla procedura
Gestione Accessi Vascolari Centrali	Confezionamento accessi vascolari ed inserzione/revisione di dispositivi o cateteri vascolari per trattamenti (PICC, Port-a-Cath); Possibile presenza del palliativista per terapia del dolore cronico o neoplastico	1-2 medici specialisti (chirurgo generale e/o anestesista)	
		1-2 infermieri per assistenza alla procedura	
Terapia del Dolore (2 posti letto in Day Hospital)	Attività di cui alla DGR n.504/2019	Il fabbisogno del personale è in relazione alla tipologia del centro (HUB oppure SPOKE)	
Lungodegenza (10 posti letto)	Assistenza post acuzie per pazienti fragili o con disagio che necessitano dimissione protetta o in ADI	Il fabbisogno del personale è in relazione alla tipologia clinica (internistica, geriatrica o altro) del paziente da gestire in tale setting assistenziale	
Chirurgia Ambulatoriale con guida radiologica	ERCP, Biopsie o cosa. Serve supporto anestesilogico o di altro specialist. Procedure di radiologia interventistica	Prestazioni di cui alla DGR n. 1065/2022 per Chirurgia ambulatoriale e/o DGR n. 675/2019 per la parte ambulatoriale?	
Week Surgery Multidisciplinare (4 posti letto)	Degenza breve 0-2 giorni; Possibile degenza ALPI per interventi minori oppure non oncologici	Attività chirurgica a bassa-media complessità (pazienti ASA 1 e 2) per patologie benigne, sospetto diagnostico;	



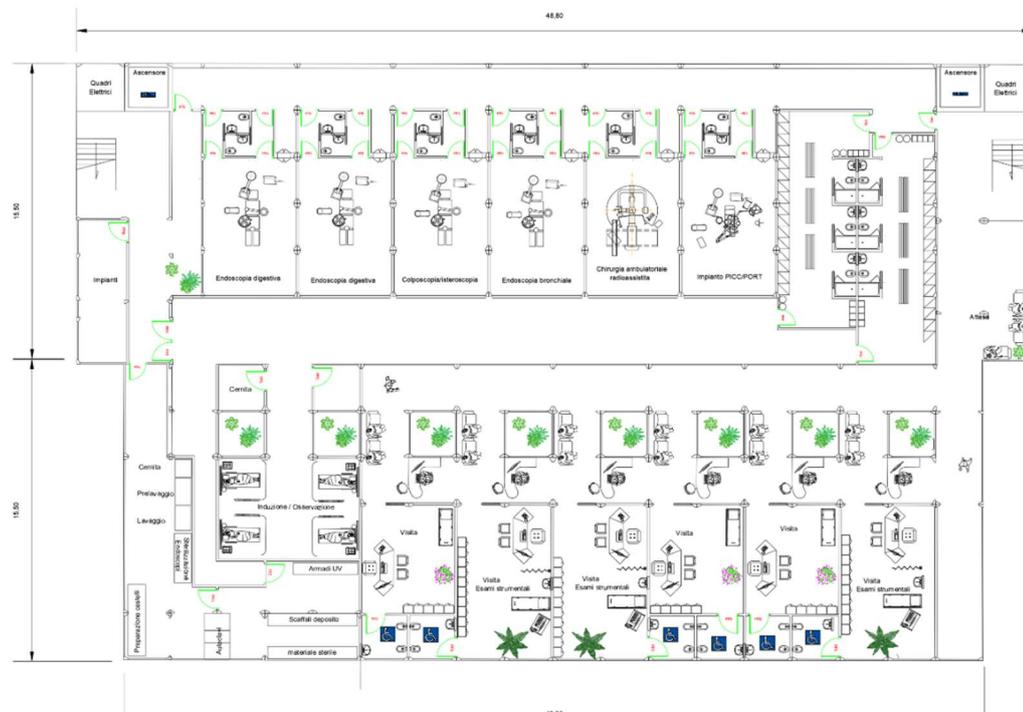
Blocco Operatorio con due letti operatori e sterilizzazione	Attività funzionale per la week surgery e la chirurgia ambulatoriale complessa/day service chirurgici	3-5 anestesisti; 5 - 9 infermieri per (s.o.* sterilizzazione); 2 OSS; 3-4 ausiliari per pulizia (attività su 12h/die)
-------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Il cui schema di principio risponde a quello riportato alla pagine seguente:



Piano Terra

Piano Primo



Al momento è in valutazione la possibilità di allocare tale nuovo corpo di fabbrica al di sotto del parcheggio esistente individuato con il tratteggio PL1 o di acquisire nella formula di Partenariato Pubblico Privato, la disponibilità dei manufatti confinanti individuati dal tratteggio con PL2.



Tutte le ipotesi relative alla Fase II sono state comunicate con Nota Prot. 715 dell'11 gennaio 2023 all'Assessorato per la Promozione della Salute insieme a tutte e pur avanzando le ipotesi progettuali restano in attesa di pronunciamento regionale.

Per quanto attiene alle questioni relative al potenziamento del personale, rappresentate all'Assessorato con Note:

- prot. 7595 del 01.04.2022, *"Relazione sintetica sul Piano di Rilancio dell'Istituto Oncologico"*
- prot. 10800 del 13.05.2022, *"Piano di Rilancio dell'Istituto Oncologico "Giovanni Paolo II" di Bari – Richiesta di autorizzazione, a stralcio, per il tempestivo reclutamento del personale"*
- prot. 11542 del 23.05.2022, *"Piano di Rilancio dell'Istituto Oncologico "Giovanni Paolo II" di Bari – Richiesta di autorizzazione, a stralcio, per il tempestivo reclutamento del personale"*
- prot. 11929 del 26.05.2022, *"Piano di Rilancio dell'Istituto Oncologico "Giovanni Paolo II" di Bari – Richiesta di autorizzazione, a stralcio, per il tempestivo reclutamento di ulteriore personale"*
- prot. 12324 del 31.05.2022, *"autorizzazione all'avvio delle procedure di reclutamento del personale aggiuntivo di cui al prot. aoo 183/0007590 del 31.05.2022"*
- prot. 18877 del 25.08.2022, *"Convocazione riunione del 25 agosto 2022. Relazione sulla stabilizzazione del personale"*
- prot. 23405 del 18.10.2022, *"Riorganizzazione della Rete Ospedaliera in attuazione del DM 70/2015. Riscontro nota prot. n. r_puglia/AOO_005/PROT/04/10/2022/0006556"*

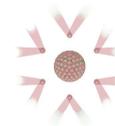
si dettaglierà nella Sezione 3 dedicata all'organizzazione ed al personale.

2.b.5. Dalla pianificazione strategica alla programmazione operativa delle attività. Il processo di budget

La metodologia seguita è sostanzialmente quella del Balanced Scorecard (BSC), una tecnica di management che facilita il processo di traduzione della strategia in azione, ovvero in obiettivi e misure applicabili a livello operativo.

Fase I – Analisi strategica (TOP)

Tale metodo parte dall'analisi della "vision" e della strategia per individuare i più importanti aspetti della produzione attraverso un preliminare approccio "top-down" definendo i fattori critici di successo che possono permettere all'organizzazione di mantenersi efficace ed



efficiente nell'ambiente competitivo. In tale fase si pone attenzione alla sostenibilità della trasformazione dal posizionamento attuale dell'Istituto, raggiunta grazie alle azioni intraprese in passato, verso la performance attesa in futura.

Fase II – Illustrazione della strategia (TOP-DOWN)

Si procede quindi ad una illustrazione degli stessi al management “apicale” per agevolare la comune comprensione degli obiettivi dell'organizzazione ed una preliminare attività di “assessment” del corretto posizionamento degli stessi.

In tale presentazione gli obiettivi vengono organizzati secondo le 4 prospettive convenzionalmente riconosciute che bilanciano le misure esterne relative agli “holders” (Regione, Stato e pazienti) e le misure interne di processo, innovazione, apprendimento e crescita:

- a. Conservazione dell'equilibrio economico-finanziario (business stability);
- b. Misure di miglioramento della sicurezza, efficienza ed efficacia dell'attività (efficacy/efficiency);
- c. Misure di miglioramento della qualità percepita (perceived quality);
- d. Misure di innovazione organizzativa e formazione (business growth - evolution)

prospettate, senza modificare sostanzialmente tale impostazione, ma ai soli fini di una maggiore leggibilità della corrispondenza tra obiettivi assegnati dagli “holders” istituzionali e le prospettive designate dal BSC, in 8 aree così pesate:

N.	Aree di insistenza degli obiettivi (BS adapted)	Peso
1	Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi»	25-35
2	Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale	15-20
3	Obiettivi di miglioramento organizzativo (efficienza)	15-20
4	Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza (efficacia)	20-25
5	Obiettivi di miglioramento della qualità percepita e comunicazione	5-10
6	Transizione digitale in sanità	5-10
7	Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive	5-10
8	Azioni di benessere organizzativo e pari opportunità (CUG)	5-10

Fase III – Posizionamento di dettaglio delle strategie (DOWN)

Il quadro delle azioni proposte dalla Direzione viene quindi sottoposto alla riflessione dei Dipartimenti affinché i manager apicali delle strutture assegnatarie dei fattori produttivi (personale, beni e servizi) possano elaborare verifiche di “achievability” degli obiettivi stessi, valutare eventuali esigenze di modifica dell'allocazione delle risorse, individuare le “tattiche” di efficiente conseguimento degli obiettivi (tempi, organizzazione e formazione).



Tale fase è essenziale per garantire il corretto posizionamento degli obiettivi in termini di compromesso sostenibile di ambizione e realizzabilità

Fase IV – Negoziazione (BOTTOM-UP)

In tale ultima fase si determina l'incontro fra la visione strategica della Direzione dell'Istituto ed il percorso tattico per il conseguimento degli obiettivi individuato dalla competenza dei professionisti apicali in ciascun dipartimento in un quadro di sostenibilità economico-tecnicoorganizzativa dell'Istituto.

In tale fase vengono stabiliti investimenti, allocazione delle risorse, azioni coordinate e vincolanti delle strutture amministrative e di supporto, nonché le azioni interdipartimentali dell'organizzazione dell'assistenza.

Il ciclo di budgeting ha quindi il suo inizio con l'approvazione del Piano Integrato delle Attività e dell'Organizzazione. In esso difatti convergono in maniera armonizzata tutte le pianificazioni strategiche pluriennali, secondo il principio dello scorrimento annuale su base triennale, nei seguenti diversi ambiti:

- Bilancio preventivo e pre-consuntivo;
- Performance;
- Fabbisogno del personale
- Azioni positive
- Formazione
- Lavoro Agile
- Transizione Digitale
- Anticorruzione e Trasparenza

di modo che tutti i fattori produttivi esistenti e programmati, trovino impiego coordinato e finalizzato al conseguimento degli obiettivi dell'Amministrazione assegnati dai diversi documenti di indirizzo politico-strategico.

Il PIAO viene adottato entro il 31 gennaio di ciascun esercizio, come previsto dalle norme vigenti e viene tempestivamente presentato ed illustrato, entro una settimana, al Collegio di Direzione allargato, cui partecipano anche le Direzioni delle seguenti ulteriori strutture:

- Direzione Controllo di Gestione;
- Direzione Area Gestione Risorse Umane;
- Direzione Area Gestione Tecnica;
- Direzione Area Gestione Patrimonio, Appalti e Contratti;
- Direzione Area Gestione Risorse Economico-Finanziarie;
- Direzione UOSE e Qualità;
- Responsabile Anti Corruzione e Trasparenza.

Nel corso di tale riunione viene stabilita la composizione del Comitato di Budget per l'esercizio corrente ed il calendario degli incontri con i Dipartimenti per l'illustrazione ad ogni Direttore di struttura titolare di budget (complesse ed a valenza dipartimentale) il PIAO nel suo complesso,



così come il dettaglio dei criteri e vincoli cui ciascuna struttura dovrà attenersi nella redazione della proposta di budget.

Ciascun Direttore/Dirigente Responsabile fa pervenire la propria proposta di budget al Direttore del Dipartimento ed al Comitato di Budget entro il 20 febbraio di ciascun esercizio strutturandola nella forma e secondo le regole richieste.

In particolare essa é composta dalle seguenti schede:

1. Scheda delle risorse direttamente amministrate, precompilata che riporta le seguenti voci:
 - Costo, unità ed ore timbrate del personale dirigente suddiviso per tipologia;
 - Costo, unità ed ore timbrate del personale del comparto suddiviso per tipologia;
 - Farmaci (ove applicabile);
 - Dispositivi medici (ove applicabile);
 - Altri beni e materiali non sanitari;
2. Scheda con i dati di produzione rilevati per la struttura sia nel bilancio consolidato dell'esercizio di 2 anni prima, sia quelli del bilancio pre-consuntivo dell'esercizio appena concluso ed eventuali ipotesi in variazione già previste dal PIAO;
3. Schede relative agli obiettivi strategici declinati dal PIAO in ciascuno degli 8 ambiti del metodo Balanced Score Card modificato.

Il Comitato di Budget valuta la coerenza degli obiettivi proposti in ciascuno degli 8 ambiti con la strategia aziendale, il rispetto dei vincoli e dei criteri già comunicati in precedenza, la sostenibilità degli obiettivi in relazione alle risorse già disponibili, o previste dal PIAO o richieste, come di seguito descritto.

Nel caso di richiesta di risorse aggiuntive sia in una o più delle cinque voci relative a:

- Personale dirigente suddiviso per tipologia;
- Personale del comparto suddiviso per tipologia;
- Farmaci (ove applicabile);
- Dispositivi medici (ove applicabile);
- Altri beni e materiali non sanitari;

nonché per:

- Apparecchiature sanitarie
- Dotazioni informatiche e similari;
- Formazione;
- Servizi e/o consulenze;

il Comitato di Budget delega il rappresentante del Controllo di Gestione, eventualmente assistito da altri componenti del Comitato stesso, agli eventuali approfondimenti con il proponente laddove si rendessero necessari, convocandolo entro 7 giorni dalla presentazione della proposta.



Nella scheda di budget, laddove il proponente sia consapevole che il conseguimento di alcuni obiettivi sia subordinato ad azioni che debbano essere assolte da parte di altre strutture, avrà cura di segnalarlo nell'apposita scheda di coordinamento delle attività, garantendo che analogo obiettivo sia presente nella proposta di budget della struttura cooperante. Il Comitato di Budget effettuerà tali verifiche incrociate ed agevolerà il contatto tra strutture di Dipartimenti diversi, mentre nel caso di strutture appartenenti allo stesso Dipartimento tale coordinamento sarà svolto dal Direttore del Dipartimento.

Il Comitato di Budget all'esito di tali approfondimenti procede come di seguito:

1. Rinvia motivatamente la proposta al proponente per:
 - Insufficiente livello di conseguimento degli obiettivi strategici;
 - Mancato rispetto dei vincoli e criteri della proposta;
 - Insostenibilità economico-finanziaria della proposta;
2. Trasmette con apposita relazione sintetica la proposta alla Direzione Strategica in ciascuno dei seguenti casi:
 - Proposta coerente con gli obiettivi strategici e sostenibile;
 - Proposta in relazione alla quale le risorse aggiuntive richieste necessitano di un pronunciamento della Direzione Strategica

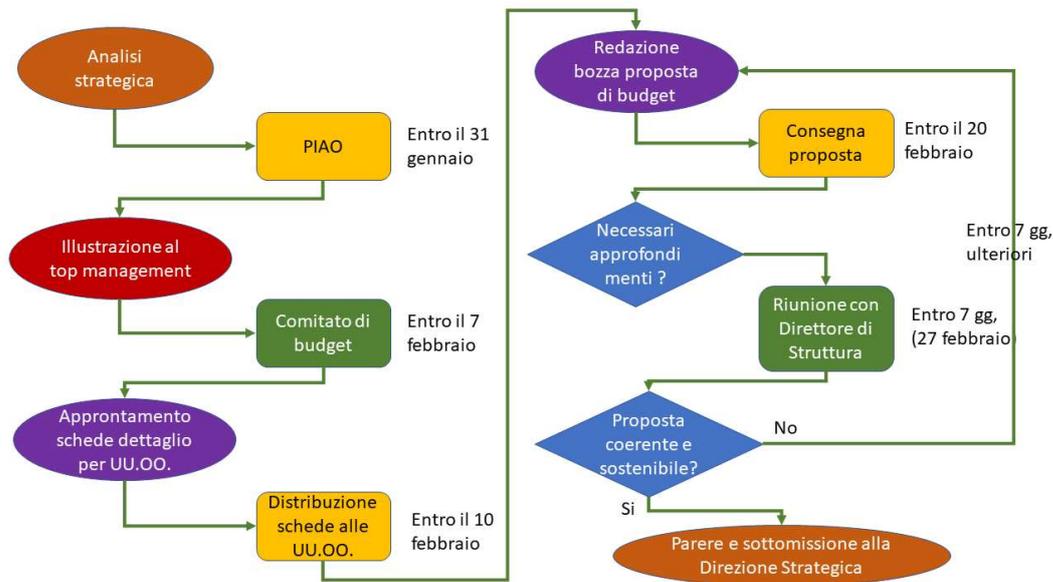
Nel caso 1) il proponente è tenuto a ripresentare la propria proposta entro 7 giorni avendo cura di rimuovere le ragioni ostative all'approvazione segnalate nella nota di rinvio da parte del Comitato di Budget e, ad avvenuta riproposizione, il Comitato di Budget procederà come in precedenza descritto. Nel caso in cui, per la seconda volta, la proposta di budget ricada nelle fattispecie di cui al punto 1) gli obiettivi saranno assegnati d'ufficio dalla Direzione Strategica.

Nel caso 2), laddove gli obiettivi proposti siano coerenti con gli obiettivi strategici e sostenibili, la Direzione Strategica procederà alla propria autonoma valutazione della proposta e ad:

- Approvazione della stessa chiamando il responsabile della struttura alla firma degli obiettivi operativi;
- Richiesta di eventuali modifiche rinegoziando, eventualmente, risorse, obiettivi, target, tempistiche, ecc., ritrasmettendo la scheda al Comitato di Budget per il relativo perfezionamento.

Sempre nel caso 2) laddove la Direzione Strategica ritenga che le risorse aggiuntive richieste siano accordabili, procede come nel caso di proposta coerente con gli obiettivi strategici e sostenibile, comunicando contestualmente tale decisione al Comitato di Budget. Qualora invece ritenga di rimodularle o di negarle la proposta viene restituita al Comitato di Budget il quale procede come nel caso 1).

In tutti i casi di mancato rispetto delle procedure e delle tempistiche dianzi descritte il Comitato di Budget procederà all'obbligatoria segnalazione alla Direzione Strategica per eventuali provvedimenti.



La Direzione Aziendale, nel corso dell'anno, può convocare individualmente ciascun responsabile di struttura per verificare l'andamento degli obiettivi, delle attività e delle risorse, al fine di porre in essere eventuali azioni correttive, che possono configurarsi in modifiche degli obiettivi e/o delle risorse. Allo stesso modo, il responsabile di struttura può richiedere, attraverso l'UO Controllo di Gestione, una rinegoziazione di obiettivi e/o risorse per sopraggiunte cause ostative alla realizzazione degli obiettivi concordati per oggettiva e non prevedibile variazione delle risorse concordate.

Attraverso il sistema di budget, sono declinati a livello di singole strutture operative gli obiettivi strategici aziendali e, attraverso la produzione di report, viene monitorato l'andamento della gestione, confrontandolo con gli obiettivi prefissati per definire tempestivamente eventuali correttivi in caso di criticità e/o scostamenti dai programmi.

I dati rilevati a tali verifiche sono condivisi con l'OIV per eventuali considerazioni.

Dal mese di gennaio dell'anno successivo a quello oggetto di negoziazione, previa raccolta dei dati dalle strutture individuate sulla scheda di budget con la presentazione di una relazione finale di esplicazione di quanto effettuato rispetto, agli obiettivi specifici assegnati, viene eseguito il monitoraggio per una valutazione complessiva della performance organizzativa.

La STP provvede a raccogliere le informazioni e la documentazione necessaria alla valutazione, comprese le "carte di lavoro", predisponendo la documentazione rappresentativa dei risultati finali del budget, ad informare la Direzione sul grado di raggiungimento dei risultati, a curare i rapporti tra l'istituto e i componenti dell'OIV, a convocare d'intesa con la Direzione Generale le sedute dell'OIV al fine di svolgere una funzione di controllo del raggiungimento degli obiettivi di struttura, una valutazione annuale dei risultati e la formulazione di considerazioni alla Direzione Generale dei risultati raggiunti.

I riscontri all'avvenuto raggiungimento degli obiettivi aziendali e di struttura trovano evidenza principalmente attraverso atti documentali e verifiche sui seguenti sistemi informativi in uso presso l'ente:



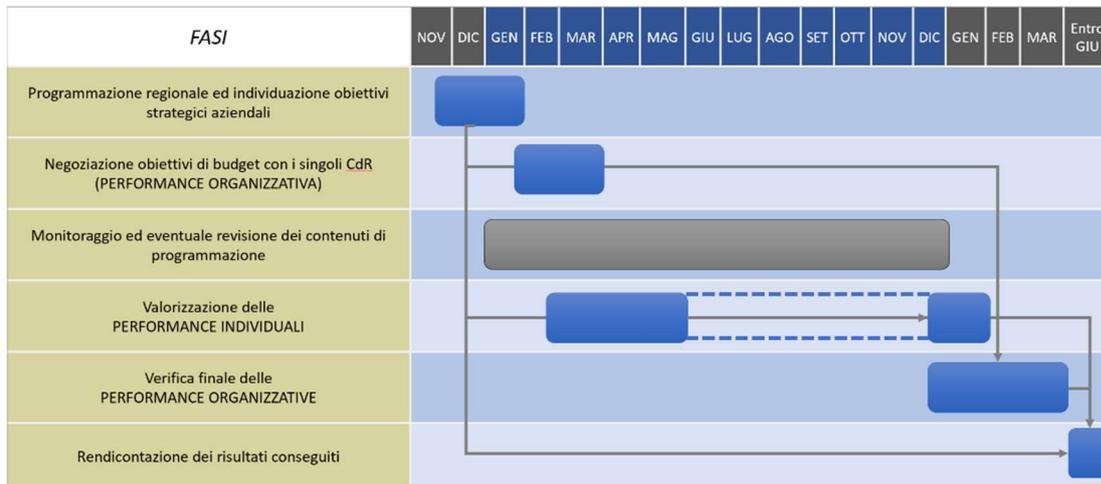
- sistema amministrativo-contabile;
- sistema di controllo di gestione;
- sistema di valutazione individuale;
- sistema per la gestione del personale.

Tale attività viene inoltre effettuata attraverso i documenti prodotti nell'ambito della qualità, della ricerca e della formazione.

L'OIV, terminato l'esame dei risultati e della documentazione ad essi allegata, formula pareri e proposte alla Direzione Generale su eventuali criticità riscontrate.

La Direzione Strategica adotta il provvedimento di verifica del raggiungimento degli obiettivi e adotta la Relazione sulla performance, che sarà trasmessa all'OIV per la validazione.

Nella Relazione viene riportata la scheda sinottica degli obiettivi relativi alla performance organizzativa con i relativi risultati aziendali



2.b.6. Una preliminare declinazione degli obiettivi per ambito di applicazione

Sulla base degli obiettivi designati dalla Regione Puglia di cui ai paragrafi 2.a.2.1 e 2.a.2.2 e di quelli assegnati dal CIV con proprio Verbale n. 31 del 30 gennaio 2023 la Direzione Strategia ha individuato una preliminare declinazione degli stessi negli 8 raggruppamenti indicati al paragrafi precedente.

2.b.6.1. Mantenimento della sostenibilità economico-finanziaria

Nella parte del presente documento dedicata all'analisi economico-finanziaria si è ampiamente evidenziato che gli obiettivi di incremento dei ricavi e di contenimento dei costi stabiliti dal Bilancio Previsionale approvato per il 2023 sono particolarmente ambiziosi.

Di seguito si rassegnano le principali declinazioni degli stessi:



2.b.6.1.1. Produzione ricoveri chirurgici con utilizzo IV sala

La disponibilità della 4° sala dopo aver ultimato la ristrutturazione della TIPO deve consentire il conseguimento dei budget di produzione delle strutture del Dipartimento di Area Chirurgica in termini di aumento della produzione in misura non inferiore al 18-20% dei livelli della precedente annualità.

2.b.6.1.2. Efficientamento utilizzo gruppo operatorio

L'attività del Gruppo Operatorio deve essere sottoposta a revisione dei tempi e delle procedure di utilizzo in modo da garantire un'ulteriore margine di interventi da eseguire e risparmi sull'impiego del personale destinato alle attività di supporto: bonifica ed allestimento sale, lavaggio e sterilizzazione strumentario, ecc. Sarà stabilito un gruppo di lavoro costituito dal Dirigente Responsabile del Controllo di Gestione, dal Direttore del Dipartimento Chirurgico, dal Direttore della S.C. di Anestesia, Rianimazione e TIPO e dal Dirigente delle Professioni Sanitarie e dal Coordinatore Infermieristico del Gruppo Operatorio per l'efficientamento delle procedure

2.b.6.1.3. Potenziamento attività ambulatorio chirurgico

Stante la criticità dell'utilizzo delle Sale Operatorie, risorsa di cui scarseggia la disponibilità, si rende necessario potenziare ulteriormente l'attività svolta nell'ambulatorio chirurgico per interventi ambulatoriali e di Day Surgery, oltre che per l'impianto dei PICC-PORT.

La programmazione delle attività, l'organizzazione dei servizi di supporto (infermieri, anestesisti, tecnici di radiologia e medici radiologi) e l'approvvigionamento di strumentario, apparecchiature e sistemi medicali deve essere pianificato a cura del dipartimento di Area Chirurgica con un potenziamento dell'attività ivi svolta quantificabile in non meno di 2 M€.

2.b.6.1.4. Ri-avvio attività trapianto autologo midollo e accreditamento allogeneico

L'attività di trapianto autologo già accreditata nel pregresso, a seguito dei lavori di ristrutturazione, va riavviata immediatamente e si deve procedere all'accreditamento anche delle attività di trapianto allogeneico alla luce delle considerazioni epidemiologiche riportate nel presente documento alla sezione di analisi della attività di assistenza di ricovero.

2.b.6.1.5. Miglioramento organizzativo delle attività propedeutiche all'esecuzione di procedure di biopsia profonda

Efficientamento delle procedure ambulatoriali preliminari per biopsie profonde con eliminazione della doppia visita oncologica presso l'ambulatorio di Oncologia Medica Integrata e partecipazione dei Radiologi Interventistici ai Team Multidisciplinari. La sorveglianza post-procedura sarà effettuata – ove possibile – presso i posti letto accresciuti della TIPO ed in caso di overflow presso il reparti richiedente.

2.b.6.1.6. Miglioramento complessivo degli indicatori di ricovero

La proposta di budget da parte di ciascuna struttura dovrà considerare quegli indicatori di peso medio, durata media della degenza, fattori di occupazione dei posti letto, degenze outliers che hanno impatto su ricavi e costi per migliorare la propria performance



2.b.6.1.7. Attivazione sistematica di procedure per la dimissione protetta

La dimissione dei pazienti al fine di disporre di un maggior numero di posti letto per il ricovero e/o diminuire i costi diretti della degenza passa attraverso l'attivazione di un protocollo di intesa con le ASL per la dimissione anticipate che preveda le procedure ed i supporti documentali ed informatici per attivare le dimissioni protette con assistenza domiciliare, le lungodegenze, la riabilitazione e l'Hospice. Una volta stabilite le procedure da parte della Direzione, tutte strutture saranno obbligate al loro utilizzo ove praticabile.

2.b.6.1.8. Efficientamento chemioterapie

Alla stregua di quanto attivato per il Gruppo Operatorio, anche l'attività di somministrazione delle chemioterapie da parte degli ambulatori di Oncologia deve essere sottoposta a revisione dei tempi e delle procedure di utilizzo in modo da accrescere le capacità produttive e l'efficienza in condizioni di sicurezza. Anche in tal caso verrà istituito un Gruppo di Lavoro composto dal Dirigente Responsabile del Controllo di Gestione e dai Direttori/Dirigenti Responsabili delle strutture di Area Medica

2.b.6.1.9. Digital Pathology

L'acquisizione di un sistema di full-digitization dei campioni istologici dell'Anatomia Patologica rappresenta un'importante forma di miglioramento sia della qualità che di aumento della produttività nell'osservazione diagnostica degli specimen ad elevatissima risoluzione e mediante tools software di supporto alla valutazione. Oltre a ciò i costi di reperimento dell'informazione ed i rischi di perdita/distruzione/danneggiamento dei vetrini sono sensibilmente ridotti. I tempi di produzione del referto ne sarebbero ulteriormente beneficiati.

2.b.6.1.10. Avvio della pre-analitica

L'avvenuta fornitura della pre-analitica per la verifica quali-quantitativa dei prelievi, l'aliquotazione e la predisposizione dei rack per l'inserimento negli analizzatori, così come l'automazione delle procedure di supporto all'esecuzione del prelievo con integrazione del middleware al LIS, già acquisito ed installato deve essere avviato all'operatività entro il primo trimestre del 2023 onde beneficiare dell'efficientamento dei processi conseguenti al suo utilizzo.

2.b.6.1.11. Monitoraggio continuo dei costi.

A partire dal 2° trimestre ed a seguito di conclusione del processo di negoziazione tutte le strutture di produzione verranno fornite di reportistica periodica e frequente sugli scarichi di:

- Farmaci;
- Dispositivi medici;
- Dispositivi diagnostici;
- Altri beni non sanitari
- Personale assegnato.

per monitorare i propri consumi rispetto al consumo storicamente registrato ed al budget assegnato su tali voci di costo.



Tale monitoraggio è essenziale sia per verificare eventuali scostamenti nel rispetto dei tetti di spesa, consumi non pianificati ed adeguare con atti tempestivi le cosiddette sub-autorizzazioni nel sistema MOSS e chiedere alla Regione Puglia le autorizzazioni di spesa indispensabili alla disponibilità dei Livelli Essenziali di Assistenza in caso di superamento dei tetti assegnati.

2.b.6.1.12. Autoprescrizione

E' frequente che il paziente possa pervenire alle strutture dell'Istituto con prescrizioni non corrette rispetto ai quesiti diagnostici espressi che necessitino di essere modificate o di effettuazione di visite/esami integrativi. Tale situazione può condurre a perdite di produzione nel caso in cui la prescrizione integrativa non venga effettuata con le corrette procedure di gestione ambulatoriale (emissione ricetta dematerializzata, inserimento in worklist CUP ed accettazione/erogazione nel sistema). Tale attività già regolamentata è particolarmente importante ai fini amministrativi del riconoscimento delle prestazioni da parte delle ASL di residenza dei pazienti e si rende necessario monitorare il fenomeno di eventuali prestazioni non ri-prescritte da parte degli erogatori

2.b.6.1.13. Valutazione della remuneratività tariffe di diagnostica molecolare

La diagnostica molecolare è sempre più indispensabile ed irrinunciabile nell'approccio di "precisione" nella cura dei tumori. I costi ad essa associati e la rapida crescita delle tecnologie rende il tariffario frequentemente inadatto e pieno di lacune che, in caso di rinuncia ad effettuare la determinazione diagnostica per timore dei costi ad essa associati, rischia di mettere a rischio il paziente ed in caso di applicazione di aggravare oltremisura i costi pregiudicando l'equilibrio economico-finanziario dell'Istituto. L'obiettivo è quindi quello di determinare con la metodologia scientifica dell'Activity Based Costing la spesa necessaria per ogni metodica e conseguentemente rappresentare alla Regione la sua corretta remunerazione.

2.b.6.1.14. Attivazione controlli «pace-maker» e «defibrillatori»

La Cardiologia Diagnostica dell'Istituto si trova frequentemente nella necessità di disattivare temporaneamente i dispositivi di stimolazione cardiaca/defibrillazione semiautomatica prima di un intervento per poi procedere alla loro riprogrammazione/verifica. Tale attività potrebbe essere eseguita senza alcun investimento (i programmatori dei pacemaker/defibrillatori sono concessi gratuitamente e non fanno uso di consumabili ed tali attività sarebbero produttive di ulteriori ricavi oltre a migliorare la qualità dell'assistenza percepita da parte del paziente.

2.b.7. Attivazione controlli «pace-maker» e «defibrillatori»

La performance organizzativa verrà misurata attraverso un sistema di target mirati per ciascun obiettivo specifico con indicatori di misurazione e valori obiettivo.

Tale sistema proposto nell'apposito allegato al presente PIAO verrà redatto in via definitiva ad esito del processo di negoziazione del budget.



2.b.7.1. Organizzazione

2.b.7.1.1. Redazione del nuovo regolamento di organizzazione entro il 31 marzo 2023 ai sensi dell'art. 6 Comma 1-bis del D.Lgs. 288/2013 come modificato dal D.Lgs. 200/2022

Il nuovo D.Lgs. 200/2022 ha introdotto l'obbligo di revisionare entro il 31 marzo 2023 i regolamenti di organizzazione degli IRCCS per garantire il coordinamento delle attività del direttore generale e del direttore scientifico ed assicurare l'integrazione dell'attività assistenziale e dell'attività di formazione con l'attività di ricerca per potenziarne l'efficacia nelle aree tematiche di afferenza. Naturalmente l'occasione è propizia per aggiornare la struttura organizzativa a criteri di maggiore efficienza ed efficacia anche sotto il profilo assistenziale e di gestione della ricerca.

2.b.7.1.2. Avanzamento e completamento dei processi di accreditamento presso OEI, JCI e QUOTA

La qualificazione dell'Istituto in ambito nazionale ed internazionale passa attraverso il riconoscimento ed accreditamento da parte di organismi di riferimento indipendenti, nazionali ed internazionali, quali l'Organization of European Cancer Institutes, la Joint Commission International, i quali stimolino attraverso la loro sorveglianza la crescita della Qualità aziendale, l'implementazione ed armonizzazione delle GCP. Tali adempimenti sono in linea anche con l'avanzamento delle procedure di accreditamento mediante self-assessment e miglioramento continuo degli assetti infrastrutturali, strutturali ed organizzativi previsti dal programma regionale QUOTA.

Particolare attenzione va posta all'attuazione delle previsioni di cui al Regolamento Regionale n. 16/2019 e ss.mm.ii. di cui al Regolamento Regionale n. 4 /2021, si rende urgente adottare i previsti Manuali di Accreditamento dell'Istituto e dare luogo nel rispetto delle tempistiche previste dagli stessi Regolamenti alle fasi di Plan (completamento) Do, Check and Act. L'obiettivo è il completo rispetto delle previsioni regolamentari e l'assenza di rilievi da parte della Regione Puglia.

2.b.7.1.3. Progettualità (PNRR) e networks

Il precedente esercizio 2022 è stato particolarmente prolifico in termini di risultati conseguiti nell'aggiudicazione di bandi di finanziamento del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e del Piano Nazionale Complementare al PNRR. Tutte le strutture, ciascuna per la propria parte sono chiamate ad ottenere da tali finanziamenti il massimo delle dotazioni strutturali ed infrastrutturali, entrare nel consesso dei network nazionali ed internazionali e raggiungere risultati scientifici di massimo livello.

L'attenzione che la recente formulazione del D.Lgs. 200 del 23 dicembre 2022 pone sulla capacità di inserimento nei network nazionali ed internazionali deve essere un obiettivo prioritario dell'attività scientifica.

I progetti da monitorare con la massima attenzione sono:



1. Life Science Hub – **Diagnostica Avanzata** un network nazionale voluto dal Ministero della Salute **tra 43 Università ed IRCCS, 8 Spoke livello 1°, 16 spoke livello 2a tra cui l'istituto e 19 spoke livello 2b**
2. Fondazione **DARE (DigitAl Lifelong PrEvention)** che gestisce un **progetto quadriennale** finanziato dal **Ministero della Ricerca** cui l'Istituto partecipa assieme a **28 partner tra cui 8 Università, 13 Ospedali, IRCCS ed ASL, 1 agenzia protezione ambiente, 4 società private ed 1 organizzazione no-profit.**
3. Life Science Hub – **Network Trasferimento Tecnologico** altro network nazionale voluto dal Ministero della Salute che finanzia le attività di costituzione di una rete di 52 IRCCS per la valorizzazione della proprietà intellettuale frutto della ricerca
4. **TeleC.Or.O.**, progetto finanziato dall'Agenzia per la Coesione Territoriale di cui si è già dettagliato in precedenza in termini di impatto assistenziale sul territorio e di implementazione di moderne ed attuali forme organizzative dell'assistenza integrata tra Ospedale e Territorio;
5. **SALPI**: Un progetto finanziato sempre dall'Agenzia per la Coesione Territoriale con il Bando Ecosistemi per l'innovazione al Sud in contesti urbani marginalizzati di cui l'Istituto è capofila che, laddove venga superata un dubbio interpretativo sulle modalità di erogazione del finanziamento consentirebbe di approntare assieme ad importanti partner territoriali le dotazioni infrastrutturali e di personale per la ricerca.
6. **9 Progetti PNRR** in partenariato con altri partner scientifici finanziati nell'ambito dell' "Avviso pubblico per progetti di ricerca sulle tematiche di Proof of concept (PoC), Malattie Rare (MR) e. Malattie Croniche non Trasmissibili (MCnT) ad alto impatto sui sistemi sanitari e socio-assistenziali, fattori di rischio e prevenzione, eziopatogenesi e meccanismi di malattia.

2.b.7.1.4. Potenziamento infrastrutturale

Dell'importanza degli obiettivi di potenziamento si è ampiamente e diffusamente parlato nel pregresso del PIAO e pertanto di seguito si rassegnano solo e soltanto gli argomenti già trattati:

1. Completamento secondo cronoprogramma della Fase 1 del Piano di Rilancio dell'Istituto;
2. Avanzamento della Fase 2 del suddetto Piano con individuazione di una delle due formulazioni per l'espansione dell'Istituto con disponibilità di nuovo immobile con nuova costruzione o Partenariato Pubblico Privato;
3. Prosecuzione delle procedure per l'avvio di nuova PET/CT o PET/MRI;
4. Acquisizione ed installazione con fondi PNRR di nuove apparecchiature nel rispetto dei cronoprogrammi e delle regole di finanziamento per n. 1 MRI, 2a diagnostica CTI, n. 2 Mammografi, n. 2 Ecografi, n. 1 Telecomandato digitale, 1 Acceleratore Lineare
5. Potenziamento mediante utilizzo dei fondi POR-FESR delle dotazioni strumentali degli ambulatori di Ginecologia Oncologica, Otorinolaringoiatria, Dermatologia, Urologia,



Endoscopia Broncopolmonare, Endoscopia Digestiva, Impianto PICC-Port-a-Cath, Ipertermia Oncologica, Chemioterapia, Radioterapia pediatrica

6. Potenziamento mediante utilizzo dei fondi POR-FESR delle dotazioni strumentali dei laboratori di Anatomia Patologica con Digital Pathology e Telepathology, di Citogenetica, di Diagnostica e Prognostica Molecolare, di Farmacologia Clinica.
7. Approntamento con i finanziamenti del progetto DARE ed eventualmente SALPI dei nuovi laboratori di ricerca

2.b.7.2. Ricerca

L'intera organizzazione della Direzione Scientifica ha il bisogno di essere potenziata al fine di adeguarla alle sfide più recenti che richiedono capacità di acquisizione di "grant", presenza costante e propositiva nei network nazionali anche al fine della partecipazione ai bandi di ricerca in partenariato internazionale direttamente gestiti dall'UE (ad es. Horizon), potenziamento delle capacità di ricerca in sinergia con il mondo industriale e di sviluppo dell'economia locale, la sperimentazione organizzativa, la sperimentazione di farmaci, dispositivi medici e diagnostici.

Gli obiettivi irrinunciabili nel corso del 2023 saranno:

1. La definizione della sezione specifica e dettagliata relativa alla Direzione Scientifica nel nuovo regolamento di organizzazione;
2. L'adozione del nuovo regolamento per le sperimentazioni di farmaci, dispositivi medici e diagnostici in vitro;
3. L'adozione del nuovo regolamento per la partecipazione dell'Istituto alla creazione di società Spin-off e Start-up;
4. L'adozione di nuovo regolamento/procedura per la gestione trasparente dell'Albo dei Partners della ricerca come previsto dal recente D.Lgs. 200 del 23 dicembre 2022;
5. Il conseguimento dell'obiettivo di un Impact Factor Normalizzato superiore a 900;
6. L'avvio della prima sperimentazione interventistica con Farmaci di Fase I;
7. L'introduzione di piattaforma software per la rendicontazione e la misurazione dei risultati dei progetti di ricerca;
8. L'efficientamento delle procedure di impiego dei fondi di ricerca corrente e la formazione al personale sulle regole di finanziamento degli stessi.

2.b.7.3. Appropriatezza

Della necessità di operare in costante applicazione delle regole di appropriatezza si è già dettagliato. E' il caso di sottolineare però, che per la peculiarità della patologia oncologica, per la quale i risultati della ricerca vengono proposti celermente e costantemente alla pratica clinica, si rende indispensabile una costante attenzione all'osservanza delle Linee Guida, oltre



che un costante contributo in tutti i consessi in cui esse vengono definite, alla loro revisione, ed all'arruolamento nei trials più avanzati, dove essi possono rappresentare l'ultima pratica salvavita per un paziente all'esito di altri percorsi terapeutici dimostratisi inefficaci.

Possono così essere stabiliti i seguenti obiettivi:

2.b.7.3.1. Previsione di una funzione qualità "ad hoc"

Tale funzione dovrà lavorare alla costante revisione delle Good Clinical Practices, applicazione delle Linee Guida e dei conseguenti Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali e cooperare con Clinical Risk Management e Controllo di Gestione, ciascuno per la propria competenza, per implementare processi di miglioramento continuo dell'efficienza e dell'efficacia dell'assistenza;

2.b.7.3.2. Implementazione diffusa e controllata del manuale procedure C.Or.O.;

Il C.Or.O. con il suo manuale di procedure e la sua integrazione nella ROP, per l'Istituto in qualità di protagonista, e l'integrazione con la rete della diagnostica territoriale di supporto e degli strumenti telematici ed informatici rappresenta la formula organizzativa che l'Istituto ritiene strategica per garantire i pazienti nel loro percorso ed il controllo dei PDTA mediante le procedure di presa in carico e l'efficientamento dei processi mediante l'integrazione con il territorio per le prestazioni diagnostiche, la medicina di base e l'assistenza territoriale integrata.

2.b.7.3.3. «Improvement» del ricorso alla valutazione in Team Multidisciplinare

Il ricorso ai Team Multi-Disciplinari ed alle valutazioni congiunte è strumento operativo la cui efficacia è universalmente riconosciuta soprattutto nella valutazione delle patologie oncologiche in cui le possibili alternative terapeutiche vanno valutate in funzione delle condizioni cliniche del paziente. Tale approccio deve costituire sempre più il metodo di riferimento delle équipes multidisciplinari. L'obiettivo è quello di stimolare la presenza costante di tutti i medici appartenenti al team per garantirne un efficiente ed efficace funzionamento.

2.b.7.3.4. Avvio sistema identificazione pazienti

L'identificazione dei pazienti da sottoporre a procedure diagnostiche invasive o che facciano uso di radiazioni ionizzanti, procedure interventistiche, somministrazione di farmaci e/o trasfusioni di emocomponenti, radioterapie, ricoveri ecc. necessitano di strumenti per la costante verifica dell'identità dei pazienti in permanenza nell'Istituto per limitare i fattori di rischio. L'introduzione della stampa di braccialetti identificativi dei pazienti integrati alla piattaforma di gestione della nuova Cartella Clinica Elettronica è indispensabile e rappresenta un obiettivo anche al fine di introdurre sistemi di più accurato controllo della spesa.

2.b.7.3.5. Perseverare nella formazione alla corretta compilazione delle Schede di Dimissione Ospedaliera

La corretta compilazione della SDO, oltre a rappresentare un documento clinico-legale di importanza fondamentale, rappresenta altresì uno strumento di gestione amministrativa del riconoscimento dei ricavi per le attività assistenziali svolte attraverso l'uso dell'algoritmo "Grouper DRG". Una compilazione non corretta della SDO può causare danni rilevanti alle Aziende Sanitarie che remunerano le prestazioni erogate all'Istituto o all'Istituto laddove,



addirittura venga soltanto invertito l'ordine di inserimento delle procedure interventistiche eseguite. Dovrà essere pertanto proseguita l'attività formativa al riguardo.

2.b.7.3.6. Somministrazione PROM

La somministrazione di questionari del tipo PROM: Patient-Reported Outcome Measures, in particolare in formato elettronico fruibile con Personal Digital Assistant di tipo Smart-Phone o Tablet (e-PROM) rappresenta una delle modalità innovative con cui l'Istituto deve implementare progressivamente le proprie rilevazioni di "outcomes" o dello stato di salute dei pazienti (SF-5D o SF-36) per verificare e raccogliere dati utili alle valutazioni di efficacia delle cure. Dovrà essere acquisita una piattaforma di facile utilizzo per la generazione di app "Low-Code" – "No-Code" per la somministrazione di e-PROM's ai pazienti

2.b.7.3.7. Risk assessment delle procedure sanitarie digitali

L'avvenuta introduzione di Electronic Medical Records mediante Sistemi Informativi diagnostici e gestionali ed il grado di affidamento sulla loro "resilienza", può ingenerare rischi clinici seri in caso di loro malfunzionamento. L'obiettivo è quello di individuare tali rischi e procedere alla redazione di procedure operative alternative in caso di guasto.

2.b.7.3.8. Introduzione chirurgia robotica

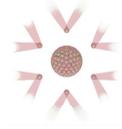
Alla luce dell'avvenuto completamento di una preliminare survey HTA e della necessità di sottoporre ad ulteriori valutazioni multidisciplinari l'ipotesi di introduzione della chirurgia robotica nell'Istituto anche a livello di assistenza ordinaria oltre che di sperimentazione clinica ed avendo osservato la preferenza che i pazienti accordano a tale approccio chirurgico per esempio nel trattamento dei CR della prostata, si rende necessario procedere ad ulteriori approfondimenti sulla questione da parte della neo-costituita Commissione Interna HTA.

2.b.7.3.9. Attivazione HDR Brachiterapia

Alla luce dell'avvenuto completamento di una preliminare survey HTA si rende necessario proseguire con le attività di implementazione della tecnologia nell'Istituto costituendo apposito Gruppo di Lavoro multidisciplinare per l'implementazione della tecnologia previo pronunciamento della neo-costituita Commissione HTA.

2.b.7.3.10. Benchmarking PNE e Regione Puglia

Si rende necessario attivare un sistema di rilevazione comparata delle prestazioni rese dall'Istituto in ambito oncologico rispetto ad analoghe strutture nazionali e regionali e di posizionamento della performance dell'Istituto nel Piano Nazionale Esiti e nel MES della Scuola Superiore di Sant'Anna. L'obiettivo è che tali report di "benchmarking" vengano rappresentati con periodicità quadrimestrale alle strutture di produzione per stimolarne la crescita sino a livelli di qualità comparabili con le migliori espressioni dell'assistenza oncologica regionale e nazionale.



2.b.7.3.11. CAR-T: Accredimento laboratorio Ematologia

L'investimento realizzato oramai da qualche anno per il laboratorio di coltura cellulare presso la struttura di Ematologia deve essere accreditato ed attivato al fine di avviare attività di ricerca avanzate sulle terapie CAR-T. L'obiettivo è verificare le condizioni complessive dell'impiantistica di supporto, avviare le pratiche per il suo accreditamento e sviluppare iniziative di ricerca che ne facciano pieno utilizzo.

2.b.7.3.12. Rilancio e stimolo delle attività del Registro Tumori

L'ultima versione del Rapporto del Registro Tumori della Regione Puglia risale a dati del 2015 e si sente la necessità di ridare slancio alle attività del Registro Tumori Pugliese che è coordinato secondo norma dall'Istituto. L'obiettivo è quello di riavviare i lavori e redigere un cronoprogramma con le ASL Pugliesi per prevenire ad un Rapporto aggiornato recente.

2.b.7.4. Miglioramento dell'efficienza organizzativa

2.b.7.4.1. Efficientamento procedure Pre-ricovero

Anche le procedure di pre-ricovero chirurgico appaiono lunghe a causa del limitato dimensionamento delle agende di prestazioni diagnostiche allocate ai protocolli deliberati ed inoltre anche a causa di questo ingiustificato prolungamento talvolta si rendono necessari approfondimenti diagnostici di riposizionamento della valutazione clinica del paziente, tali da invalidare in qualche circostanza tutta la procedura e non rendere più possibile il ricovero. L'obiettivo è quello di rendere la capacità di esecuzione delle procedure di pre-ricovero e la loro tempistica congrua con il fabbisogno di esecuzione degli interventi chirurgici necessari.

2.b.7.4.2. Revisione agende, gestione Liste d'Attesa, riduzione tempi

L'Istituto, anche a seguito dell'attivazione del funzionamento del C.Or.O. secondo il nuovo modello organizzativo, deve procedere alla completa revisione delle agende, limitando a livello residuale le attività ambulatoriali diagnostiche e di visita per pazienti "non tumore-esenti" (048 o P048) e prioritizzando le attività destinate ai PDTA di inquadramento dei pazienti di primo accesso C.Or.O. rispetto alle attività di controllo. L'obiettivo è quello di ottimizzare la gestione delle liste di attesa per garantire l'appropriato svolgimento dei PDTA di assistenza oncologica.

2.b.7.4.3. Verifica ed efficientamento assegnazioni comparto infermieristico

L'avvenuto raggiungimento del plafond di posti in pianta organica del comparto infermieristico, non consente allo stato attuale di garantire alcune attività strategiche: incremento delle sedute operatorie, attivazione degli ambulatori chirurgico e mini-invasivo, supporto al C.Or.O., ecc. Si rende pertanto necessario procedere ad una verifica della produttività per addetto infermieristico onde procedere ad una possibile riallocazione dello stesso per aumentare la produttività complessiva dell'Istituto.



2.b.7.5. Qualità percepita

2.b.7.5.1. Aggiornamento della Carta dei Servizi

Al più presto deve essere aggiornata e pubblicata la Carta dei Servizi, preferibilmente in coincidenza con il nuovo assetto organizzativi che verrà approvato entro il 31 marzo 2023. Devono altresì essere predisposte procedure per individuare responsabili e modalità per il costante aggiornamento e formare il personale all'uso degli strumenti informatici di aggiornamento

2.b.7.5.2. Importanza dell'informazione ai pazienti

Sulla base dell'analisi del questionario di qualità percepita condotta nel 2022, si è potuta percepire l'importanza che i pazienti pongono all'informazione chiara sulla malattia, sui percorsi da intraprendere e sulle azioni da avviare. In questa prospettiva sia l'attivazione a pieno regime del C.Or.O. che l'attenzione ed il miglioramento della comunicazione da parte dei professionisti medici può risultare determinante nella percezione della qualità del servizio da parte del paziente.

2.b.7.5.3. Monitoraggio della qualità percepita nell'attuale dislocazione del Punto Prelievi

Nel corso del 2022 è stata attivato il nuovo Punto Prelievi. Occorre attivare meccanismi di rilevamento della qualità percepita da parte dei pazienti in tale nuovo assetto logistico per poter poi procedere alle valutazioni ed eventuale introduzione di azioni correttive

2.b.7.5.4. Implementazione del Piano Hospitality

Dovranno essere implementate le attività previste dal Piano ed avviare la revisione dello stesso

2.b.7.5.5. Somministrazione di questionari Patient Reported Experience Measures

Alla stregua dei PROM, la somministrazione di questionari del tipo PREM: Patient-Reported Experience Measures, in particolare in formato elettronico fruibile con Personal Digital Assistant di tipo Smart-Phone o Tablet (e-PREM) potrà consentire di raccogliere dati utili alle valutazioni di qualità percepita nel setting assistenziale fruito da parte dei pazienti. La stessa piattaforma per la generazione di app "Low-Code" – "No-Code" per la predisposizione degli e-PROM's potrà essere utilizzata nella circostanza.

2.b.7.5.6. Attivazione di procedura tracciabile per rilievi @ URP

Allo stato attuale le segnalazioni dei pazienti all'URP, sebbene riportate alle strutture competenti per darvi risposta e/o introdurre azioni correttive non danno evidenza alla Direzione aziendale dei riscontri e/o dell'avvenuta implementazione delle soluzioni. L'obiettivo è quello di redigere una procedura che consenta la tracciabilità e la verifica di soluzione delle problematiche segnalate.

2.b.7.5.7. Formazione del personale all'uso dei social per la promozione dell'Istituto e nei rapporti con la stampa

Lo sviluppo dei social e la legittima presenza su di essi da parte del personale dipendente a qualsiasi livello di inquadramento, deve tener conto dei vincoli nella rappresentazione pubblica



di informazioni inerenti l'Istituto che possano essere oggetto di interpretazione e manipolazione o veicolo di promozione dell'immagine dell'Istituto stesso. L'obiettivo è quello di formare il personale dell'Istituto alla corretta rappresentazione delle informazioni verso l'esterno anche per la tutela della salute dei pazienti.

2.b.7.6. Transizione digitale

2.b.7.6.1. Introduzione della nuova CCE;

L'introduzione della Cartella Clinica Elettronica rappresenta un obiettivo non più rinviabile sia per la gestione dell'attività assistenziale che per la raccolta dei dati ai fini della ricerca.

L'intervento regionale è gratuito e deve essere implementato entro il primo semestre del 2023 con il contributo di tutti gli attori del processo:

- personale sanitario medico ed infermieristico per la disponibilità a fornire le necessarie informazioni atte alla configurazione e parametrizzazione del sistema e rendersi disponibili alla formazione necessaria;
- personale tecnico ed amministrativo per l'approvvigionamento dei beni informatici (postazioni di lavoro, tablet, rete Wi-fi, ecc.), per la configurazione della rete, il supporto all'installazione dei client ed il coordinamento dell'interoperabilità con le altre piattaforme informatiche nazionali, regionali e dell'Istituto.

Si tratta di un obiettivo prioritario anche alla luce del percorso di integrazione dei sistemi informativi di tipo clinico con il FSE 2.0 preconizzato dal PNRR.

2.b.7.6.2. Avvio prestazioni di telemedicina;

Come ampiamente illustrato nelle parti precedenti del PIAO l'Istituto ha ottenuto il finanziamento del Progetto TeleC.Or.O con cui verranno erogate prestazioni di televisita attraverso 11 postazioni remote sul territorio amministrato da infermieri in collegamento con i medici specialisti dell'Istituto ed attraverso la Centrale Regionale CORE-Health. Nel frattempo è stato avviato l'utilizzo di una postazione di telemedicina sul PTA di Altamura per erogare prestazioni di televisita ematologica nell'ambito del SSR in osservanza delle indicazioni, regolamenti e linee guida regionali come stabilito dal Protocollo Operativo approvato con Deliberazione n. 15 del 14 gennaio 2023. Tutte le strutture sono chiamate ad individuare le condizioni abilitanti e le modalità operative per erogare le proprie prestazioni in televisita.

2.b.7.6.3. Redazione del Piano triennale di transizione digitale dell'Istituto e sua implementazione

L'attuale normativa prevede che le PP.AA. redigano e trasmettano all'AGID un proprio Piano Triennale per la Transizione Digitale. Tale piano redatto dall'Istituto nel gennaio 2019 ed approvato con deliberazione n. 97/2019 deve essere aggiornato e trasmesso all'AGID.

Le misure del Piano che riguardano le regole per l'utilizzo dei software e delle postazioni di lavoro dell'Istituto da parte del personale dipendente e/o operante a vario titolo nell'Istituto



dovrà essere oggetto di specifica formazione cui il personal delle strutture dovrà rendersi disponibile.

2.b.7.6.4. Azioni formative

Come esplicitato nella sottosezione riguardante in Capitale Umano, si rende necessaria una diffusa azione formativa riguardante il miglioramento della capacità d'uso degli strumenti e delle piattaforme informatiche. Oltre alla formazione specifica sui Sistemi Informativi via via introdotti (MOSS, CCE, Workflow atti, Protocollo Informatico, si dovrà implementare una diffusa ed obbligatoria formazione di base, attraverso brevi videocorsi FAD (training pills) sull'utilizzo delle postazioni di lavoro (architettura informatica dell'Istituto (reti, accessi, risorse e servizi disponibili), procedure di attivazione dell'assistenza, il Sistema operativo windows e la configurazione degli utenti e delle periferiche, l' End-point e site protection (antivirus, proxy, firewall, ecc.), strumenti office e di lavoro cooperativo in uso presso l'Istituto, ed altre formazioni più specifiche su:

- ✓ Diffusione del Portale del Dipendente quale strumento di comunicazione interna verso il personale e quale strumento di dematerializzazione delle richieste da parte dei dipendenti;
- ✓ Formazione all'uso di MS-Teams per il Teamworking in Lavoro Agile;
- ✓ Formazione all'uso di MS-Planner ed introduzione dello strumento per «task assignment & verification» (procedure amministrative tracciabili);

2.b.7.6.5. Implementazione della App IO per i rapporti con il cittadino (CUP/Cassa)

Tra le attività specificamente rivolte all'utenza va sottolineata la necessità di garantire interazione con la P.A. e quindi l'Istituto su tutto il sistema di notificazioni ed interazioni attraverso i servizi messi a disposizione dall'app IO per i rapporti con il cittadino. Dovrà essere prodotta un'apposita relazione sulle opportunità che l'utilizzo di tale App potrebbe consentire all'Istituto.

2.b.7.6.6. Sistema Informativo della Ricerca

L'intera attività della ricerca ha l'irrinviabile necessità di disporre di un Sistema Informativo della Ricerca che possa registrare tutte le informazioni relative alla gestione di progetti e sperimentazioni, esiti e pubblicazioni, archiviazione e rendicontazione delle spese preferibilmente integrato con le piattaforme ministeriali di rendicontazione degli obiettivi e della spesa, la piattaforma MOSS regionale di gestione della contabilità generale ed analitica, i sistemi bibliometrici, ecc.. Dovrà essere approntata apposita valutazione degli strumenti attualmente in uso ed eventuale specifica tecnica per l'approvvigionamento di nuova piattaforma.

2.b.7.6.7. Attivazione del nuovo applicativo software per il Protocollo Informatico

L'avvenuta contrattualizzazione dell'acquisizione del nuovo sistema software di protocollazione conforme alle più recenti disposizioni normative consente la relativa implementazione ed operatività entro il primo semestre dell'anno 2023.



2.b.7.7. Anticorruzione e trasparenza

2.b.7.7.1. Obiettivi specifici del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza riportato nell'apposita Sottosezione di questa Sezione Valore Pubblico, Performance, Anticorruzione e Trasparenza contiene la descrizione delle misure previste dal PTPCT con chiara individuazione degli attori, delle azioni, dei tempi e degli indicatori misurabili la cui implementazione fa parte degli obiettivi assegnati nell'ambito della valutazione della performance individuale ed organizzativa. Essi si intendono di inderogabile applicazione per ciascuna struttura

2.b.7.7.2. Redazione di un codice di condotta e di obiettivi specifici della prevenzione della Corruzione relativi all'attività di ricerca

Con il D.Lgs. 200 del 23 dicembre 2022 il legislatore ha previsto l'obbligo di adozione da parte degli IRCCS di un codice di condotta per le prevenzione della corruzione nelle attività di ricerca. Oltre alla necessità di adottare il suddetto codice entro i termini previsti dalla richiamata normativa, si ritiene di dover coinvolgere le strutture della Direzione Scientifica, una rappresentanza dei Principal Investigators, la Direttrice della SC di Farmacia anche per la sua funzione nel Comitato Etico ed i coordinatori dipartimentale della ricerca nella redazione di un documento di analisi del rischio di eventi corruttivi e di individuazione di misure corrispondenti da inserire il prima possibile nel PTPCT.

2.b.7.8. Obiettivi concernenti le «Good Practices» nel trattamento del personale

2.b.7.8.1. Pubblicizzazione del Comitato Unico di Garanzia, competenze ed attività

Attivazione ed implementazione di un programma di formazione del personale sulle funzioni del Comitato Unico di Garanzia, sul Codice di Comportamento e sull'uso rispettoso del linguaggio verso l'identità individuale di genere.

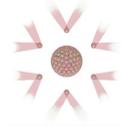
2.b.7.8.2. Procedure di accoglienza

Tra le attività di promozione dell'accoglienza del nuovo personale ed in particolare di quello disabile vi sono quelle di redazione della procedura di "Accoglienza del personale dipendente nell'Istituto" e relativa attivazione della stessa e l'istituzione della figura del Responsabile aziendale per l'introduzione nell'organizzazione del dipendente disabile.

2.b.7.8.3. Promozione della tutela del benessere del personale.

Gli obiettivi per la promozione della tutela del benessere dei dipendenti prevedono:

- azioni di verifica dello stato di salute per quanto attiene al benessere fisico;
- azioni di supporto nella conciliazione dei tempi tra vita privata e prestazione di lavoro, nonché l'attivazione di uno sportello di ascolto per il benessere psichico.



2.b.7.9. Obiettivi riguardanti flussi informativi e controlli

2.b.7.10. Ispezioni Armadietti di Reparto

La gestione ottimale dei farmaci e della loro spesa deve prevedere anche attività di periodica ispezione delle scorte al fine di ridurre l'entità ed evitarne la scadenza prima dell'impiego con significativi effetti positivi sul bilancio.

2.b.7.11. Tempestività dei pagamenti

Oltre ad un obbligo di legge, la liquidazione delle fatture in stato di esigibilità, entro i termini contrattualmente convenuti (in genere 60 gg.), consente di limitare i costi degli eventuali interessi ed il possibile contenzioso. Il mantenimento dell'ITP al disotto del valore zero è obiettivo inderogabile delle strutture preposte alla liquidazione.

2.b.7.12. Introduzione della procedura di controllo del budget assegnato

Ai fini di un maggiore controllo dei costi, si rende necessario responsabilizzare i cosiddetti centri di responsabilità rispetto all'impegno della spesa attraverso l'introduzione di un budget ad essi assegnato in cui l'eventuale suo superamento va debitamente giustificato e sottoposto a procedura aggravata di autorizzazione da parte della direzione strategica.

2.b.8. Declinazione degli obiettivi per dipartimenti

Il raggruppamento della declinazione degli obiettivi strategici sugli 8 raggruppamenti omogenei di cui ai paragrafi e sottoparagrafi precedenti trova poi ulteriore possibile declinazione verso i singoli dipartimenti in funzione delle attività da essi svolte

2.b.8.1. Dipartimento Area Chirurgica

2.b.8.1.1. Area Chirurgica - Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi»

- **ACH01 – Attivazione IV Sala Operatoria a pieno regime con incremento del fatturato chirurgico del 15-20%:**
 - ACH01a - Disponibilità del personale (anestesisti, chirurghi, ferristi, comparto, ecc.);
 - ACH01b - Supporto logistico, apparecchiature, rimozione IORT ecc.;
 - ACH01c - Corretto dimensionamento dell'impatto su consumo DM e farmaci per contenimento costi e monitoraggio tetto di spesa;
 - ACH01d - Corretto dimensionamento dell'impatto su dotazione posti letto e personale addetto alla degenza;
 - ACH01azsup – Definizione degli apporti necessari da parte di altre UU.OO. di altri dipartimenti.
- **ACH02 – Potenziamento attività ambulatorio chirurgico con incremento del fatturato chirurgico di ambulatorio del 5-10%:**



- ACH02a - Definizione del piano di allocazione delle attività, introduzione nuove attività (ad es. ERCP, Toracica mininvasiva, ecc.);
- ACH02b - Avvio attività mini-invasiva con supporto arco a "C" (collocazione condivisione risorse);
- ACH02c - Disponibilità del personale (anestesisti, chirurghi, ferristi, comparto, ecc.);
- ACH02d - Dotazione secondo Arco a "C", dotazione strumentistica, dotazione apparecchiature elettromedicali;
- ACH02azsup – Definizione degli apporti necessari da parte di altre UU.OO. di altri dipartimenti.
- **ACH03 – Obiettivi generali sulla produzione (DRG, prestazioni ambulatoriali, ecc.);**
 - ACH03a - Miglioramento dei parametri essenziali DRG (quantità, peso medio, degenze medie, fattori di occupazione, indice di rotazione, case-mix, DRG alta specialità, ecc.);
 - ACH03b - Miglioramento della produzione nell'ambulatorio chirurgico;
 - ACH03c - Impatto sui DRG di alta specialità e migrazione passiva ed attiva.
 - ACH03d - Mantenimento della produzione ambulatoriale delle branche diagnostiche e visita;
 - ACH03e - Miglioramento gestionale con percorsi C.Or.O. e PDTA (tipologia prestazioni, quantità, liste attesa, agende, supporto altre strutture);

2.b.8.1.2. Area Chirurgica - Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale

- **BCH01 – Potenziamento delle capacità di ricerca delle strutture ed inserimento nei network nazionali ed internazionali:**
 - BCH01a - Incremento/mantenimento dell'IF delle pubblicazioni determinato sulla base dell'analisi dell'andamento storico della produzione scientifica di ciascuna struttura, al fine di garantire l'obiettivo determinato dal Ministero della Salute di 900 IFN;
 - BCH01b - Costituzione di un nucleo dipartimentale della ricerca, costituito almeno da un ricercatore per ciascuna struttura afferente, avente per coordinatore la figura già individuata dalla Deliberazione n. 576 del 26 ottobre 2022, che si riunisca ogni qualvolta chiesto da parte della Direzione Scientifica e comunque bimestralmente, con finalità propulsiva e consultiva delle iniziative dipartimentali della ricerca e di coinvolgimento delle altre strutture dipartimentali con particolare attenzione all'inserimento progressivo nei network nazionali ed internazionali di ricerca;
 - BCH01d - Partecipazione dei ricercatori a formazione specifica nella produzione di studi (regolamenti, CRF ed eCRF, trattamento e sicurezza dei dati, statistica ed epidemiologia);



- BCH01e - Individuazione di una procedura chirurgica/diagnostica da sottoporre a sviluppo/validazione/sperimentazione (mininvasiva, hipec, ecc.);
- BCH01f - Individuazione di un laboratorio di "Lean Management & Research" sull'attività di Sala Operatoria;
- BCH01azsup – Definizione degli apporti necessari da parte di UU.OO. di altri dipartimenti.
- **BCH02 – Valorizzazione dei risultati della ricerca:**
 - BCH02a - Partecipazione agli audit condotti dal Knowledge Transfer Office;
 - BCH02b - Partecipazione alle attività di matching con i partner industriali dell'Albo;
 - BCH02c - Individuazione di possibili ambiti di attivazione di spin-off, start-up.

2.b.8.1.3. Area Chirurgica - Obiettivi di miglioramento organizzativo (efficienza)

- **CCH01 – Efficientamento attività di biopsia profonda (garanzia di tempi di esecuzione entro 1 settimana)**
 - CCH01a - Revisione delle procedure di attivazione delle biopsie profonde (ambulatorio visita, liste d'attesa ambulatoriale/ricovero, ecc.);
 - CCH01b - Determinazione della modalità organizzativa per l'esecuzione dell'osservazione post-intervento (quali procedure, individuazione della locazione dei posti letto per l'osservazione: in radiologia interventistica, in altre degenze dipartimentali di Area Medica, Chirurgica, Interdipartimentale, presso la TIPO, ecc.);
 - CCH01azsup – Definizione degli apporti necessari da parte di UU.OO. di altri dipartimenti.
- **CCH02 – Ottimizzazione della attività di impianto/manutenzione PICC-PORT**
 - CCH02a - Garanzia dei tempi di attesa per impianto PICC e PORT (ambulatorio visita, liste d'attesa ambulatoriale/ricovero, ecc.);
 - CCH02b - Attivazione nuovo ambulatorio impianto PORT fuori dalla Sala Operatoria;
 - CCH02azsup – Definizione degli apporti necessari da parte di UU.OO. di altri dipartimenti.
- **CCH03 – Efficientamento attività Sala Operatoria**
 - CCH03a - Redazione di un progetto di miglioramento dei percorsi e della tempistica delle sale operatorie (bonifica sala operatoria, predisposizione carrelli madre e servitore, set-up apparecchiature, arrivo paziente, preparazione paziente, arrivo chirurghi, preparazione chirurghi, ingresso paziente, esecuzione intervento, check infermieristici, sutura paziente, uscita e risveglio paziente);
 - CCH03a - Implementazione del suddetto progetto;
 - CCH03azsup – Definizione degli apporti necessari da parte di UU.OO. di altri dipartimenti.



2.b.8.1.4. Area Chirurgica - Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza (efficacia)

- DCH01a - Incremento delle procedure ed interventi di alta specialità;
- DCH01b - Partecipazione ai Team Multidisciplinari;
- DCH01c - Attivazione procedure C.Or.O. di propria competenza;
- DCH01d - Procedura di autovalutazione secondo GCP – Accreditemento QUOTA – Accreditemento JCI – Accreditemento OECl;
- DCH01azsup – Definizione degli apporti necessari da parte di UU.OO. di altri dipartimenti.

2.b.8.1.5. Area Chirurgica - Obiettivi di miglioramento della qualità percepita e comunicazione

- ECH01a - Costituzione di un nucleo dipartimentale per il miglioramento continuo della qualità percepita, costituito dai coordinatori infermieristici delle strutture afferenti e coordinato da un dirigente sanitario scelto dal Direttore del Dipartimento, che si riunisca bimestralmente, definisca ambito di misurazione della qualità percepita e suggerisca azioni di miglioramento della stessa sia a livello delle singole strutture che a livello dipartimentale nonché a livello di Istituto;
- ECH01b - Partecipazione del dirigente coordinatore alle attività del Comitato per il miglioramento continuo della qualità percepita che esplica funzioni propositive e consultive nei confronti della Direzione Strategica, oltre a coordinare e azioni a carico dei dipartimenti previste dal Piano di miglioramento della qualità percepita (parcheeggi, accoglienza, segnaletica, attese, norme di tratto, informazioni, ecc.);
- ECH01c - Aggiornamento tempestivo delle parti di propria competenza della Carta dei Servizi, con il coordinamento della Direzione Sanitaria e dei responsabili della comunicazione istituzionale;
- ECH01d - Invio mensile ai responsabili della comunicazione istituzionale di descrizioni delle best-practices, attività assistenziali significative, risultati della ricerca, eseguite dalla struttura.

2.b.8.1.6. Area Chirurgica - Transizione digitale in sanità

- FCH01a - Attivazione della Cartella Clinica Elettronica: azioni di competenza;
- FCH01b - Chiusura entro il 10 di ciascun mese successivo alla data di dimissione delle SDO;
- FCH01c - Registrazione delle impegnative di attività ambulatoriali erogate entro i termini di legge;
- FCH01d - Esecuzione nei termini previsti delle procedure di aggiornamento dell'assegnazione del personale ai CdC;
- FCH01e - Partecipazione alle attività di aggiornamento del Catalogo dei Trattamenti dei Dati;



- FCH01f - Individuazione di un referente di ciascuna struttura per la conduzione di autovalutazioni dei seguenti 3 aspetti:
 - Applicazione dei requisiti minimi di sicurezza nell'uso delle postazioni di lavoro;
 - Formazione del personale della struttura all'uso delle postazioni ed al GDPR;
 - Monitoraggio delle acquisizioni del consenso informato al trattamento dei dati (anche per la ricerca)

2.b.8.1.7. Area Chirurgica - Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive

- GCH01a - Esecuzione delle attività previste dalla sezione del PIAO relativa ad Anticorruzione e Trasparenza;
- GCH01b - Attivazione della mappatura dei rischi ACT nelle attività della ricerca;

2.b.8.1.8. Area Chirurgica - Azioni di benessere organizzativo e pari opportunità (CUG)

- HCH01a - Esecuzione delle attività previste dal Piano delle Azioni Positive;

2.b.8.2. Dipartimento Area Medica

2.b.8.2.1. Area Medica - Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi»

- **AME01 – Attivazione attività di alta specialità e dimissioni protette**
 - AME01a - Attivazione attività di trapianto di midollo (personale, ambienti, dotazioni tecnologiche, procedure, accreditamento, ecc.);
 - AME01b - Attivazione terapie CAR- T (personale, ambienti, dotazioni tecnologiche, procedure, accreditamento, ecc.);
 - AME01c - Selettività dei ricoveri elettivi per lo stretto trattamento dell'acuzie (limitare le procedure diagnostiche eseguibili come outpatient);
 - AME01d - Attivazione procedure per la gestione delle dimissioni protette in coordinamento con ASL (anche tele visita e progetto TeleC.Or.O. o convenzioni con strutture di lungodegenza);
 - AME01e - Corretto dimensionamento dell'impatto su consumo DM e farmaci per contenimento costi e monitoraggio tetto di spesa;
 - AME01f - Corretto dimensionamento dell'impatto su dotazione posti letto e personale addetto alla degenza – Attuazione misure dipartimentali;
 - AME01azsup – Definizione degli apporti necessari da parte di altre UU.OO. di altri dipartimenti.
- **AME02 – Potenziamento/efficientamento delle attività di somministrazione chemioterapica:**



- AME02a - Definizione del piano di potenziamento/efficientamento delle chemioterapie ("schedule" delle attività diagnostiche propedeutiche, tempificazione visite, prescrizioni, preparazione e somministrazione);
- AME02b - Utilizzo senza eccezioni del nuovo software di gestione del ciclo terapeutico (BD-CATO);
- AME02c - Acquisizioni sistemi di automazione/controllo della somministrazione (DERS);
- AME02d - Disponibilità del personale (medici, farmacisti, comparto, ecc.);
- AME02azsup – Definizione degli apporti necessari da parte di altre UU.OO. di altri dipartimenti.
- **AME03 – Obiettivi generali sulla produzione (DRG, prestazioni ambulatoriali, ecc.);**
 - AME03a - Miglioramento dei parametri generali di ricovero (quantità, peso medio, degenze medie, fattori di occupazione, indice di rotazione, case-mix, DRG alta specialità, ecc.);
 - AME03b - Aumento peso medio ricoveri almeno del 10%;
 - AME03c - Aumento delle chemioterapie del 5%;
 - AME03d - Mantenimento della produzione ambulatoriale delle branche diagnostiche e visita;
 - AME03e - Miglioramento gestionale con percorsi C.Or.O. e PDTA (tipologia prestazioni, quantità, liste attesa, agende, supporto altre strutture);
 - AME03f - Impatto sui DRG di alta specialità e migrazione passiva ed attiva.

2.b.8.2.2. Area Medica - Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale

- **BME01 – Potenziamento delle capacità di ricerca delle strutture ed inserimento nei network nazionali ed internazionali:**
 - BME01a - Incremento/mantenimento dell'IF delle pubblicazioni determinato sulla base dell'analisi dell'andamento storico della produzione scientifica di ciascuna struttura, al fine di garantire l'obiettivo determinato dal Ministero della Salute di 900 IFN;
 - BME01b - Costituzione di un nucleo dipartimentale della ricerca, costituito almeno da un ricercatore per ciascuna struttura afferente, avente per coordinatore la figura già individuata dalla Deliberazione n. 576 del 26 ottobre 2022, che si riunisca ogni qualvolta chiesto da parte della Direzione Scientifica e comunque bimestralmente, con finalità propulsiva e consultiva delle iniziative dipartimentali della ricerca e di coinvolgimento delle altre strutture dipartimentali con particolare attenzione all'inserimento progressivo nei network nazionali ed internazionali di ricerca;
 - BME01c - Partecipazione dei ricercatori a formazione specifica nella produzione di studi (regolamenti, CRF ed eCRF, trattamento e sicurezza dei dati, statistica ed epidemiologia);



- BME01d - Applicazione del nuovo regolamento sulle sperimentazioni profit e no-profit;
- BME01e - Individuazione di un laboratorio di "Lean Management & Research" sul ciclo di gestione delle terapie;
- BCH01azsup – Definizione degli apporti necessari da parte di UU.OO. di altri dipartimenti.
- **BME02 – Valorizzazione dei risultati della ricerca:**
 - BME02a - Partecipazione agli audit condotti dal Knowledge Transfer Office;
 - BME02b - Partecipazione alle attività di matching con i partner industriali dell'Albo;
 - BME02c - Individuazione di possibili ambiti di attivazione di spin-off, start-up.

2.b.8.2.3. Area Medica - Obiettivi di miglioramento organizzativo (efficienza)

- **CME01 – Compiuta attivazione dell'organizzazione del C.Or.O. (cfr. Deliberazione n. 771 del 31 dicembre 2021)**
 - CME01a - Attuazione piano di implementazione (disponibilità dei luoghi, disponibilità del personale, approntamento del set-up di accoglienza, definizione agende 1° visita, definizione degli accordi di disponibilità del supporto nel Di.Onc. barese, formazione dei MMG, comunicazione ed informazione sulle procedure);
 - CME01b - Definizione dei PDTA e delle agende di disponibilità delle risorse (diagnostica per immagini, altra diagnostica ambulatoriale, procedure biotiche, anatomia patologica, diagnostica molecolare, ecc.);
 - CME01c - Implementazione software middleware di integrazione CORE-Health con SIST e CUP;
 - CME01d - Approntamento piani della qualità e della formazione;
 - CME01azsup – Definizione degli apporti necessari da parte di UU.OO. di altri dipartimenti.
- **CME02 – Attuazione del Progetto TeleC.Or.O.**
 - CME02a - Individuazione delle prestazioni erogabili in modalità televisita e definizione dei protocolli operativi;
 - CME02b - Attuazione piano di implementazione (disponibilità dei luoghi, disponibilità del personale, approntamento del set-up di accoglienza, definizione agende 1° visita, formazione/informazione dei MMG, comunicazione ed informazione sulle procedure);
 - CME02azsup – Definizione degli apporti necessari da parte di UU.OO. di altri dipartimenti.

2.b.8.2.4. Area Medica - Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza (efficacia)

- DME01a - Incremento delle attività di alta specialità;
- DME01b - Partecipazione ai Team Multidisciplinari;
- DME01c - Attivazione procedure C.Or.O. di propria competenza;



- DME01d - Procedura di autovalutazione secondo GCP – Accreditemento QUOTA – Accreditemento JCI – Accreditemento OECl;
- DME01azsup – Definizione degli apporti necessari da parte di UU.OO. di altri dipartimenti.

2.b.8.2.5. Area Medica - Obiettivi di miglioramento della qualità percepita e comunicazione

- EME01a - Costituzione di un nucleo dipartimentale per il miglioramento continuo della qualità percepita, costituito dai coordinatori infermieristici delle strutture afferenti e coordinato da un dirigente sanitario scelto dal Direttore del Dipartimento, che si riunisca bimestralmente, definisca ambito di misurazione della qualità percepita e suggerisca azioni di miglioramento della stessa sia a livello delle singole strutture che a livello dipartimentale nonché a livello di Istituto;
- EME01b - Partecipazione del dirigente coordinatore alle attività del Comitato per il miglioramento continuo della qualità percepita che esplica funzioni propositive e consultive nei confronti della Direzione Strategica, oltre a coordinare e azioni a carico dei dipartimenti previste dal Piano di miglioramento della qualità percepita (parcheggi, accoglienza, segnaletica, attese, norme di tratto, informazioni, ecc.);
- EME01c - Aggiornamento tempestivo delle parti di propria competenza della Carta dei Servizi, con il coordinamento della Direzione Sanitaria e dei responsabili della comunicazione istituzionale;
- EME01d - Invio mensile ai responsabili della comunicazione istituzionale di descrizioni delle best-practices, attività assistenziali significative, risultati della ricerca, eseguite dalla struttura.

2.b.8.2.6. Area Medica - Transizione digitale in sanità

- FME01a - Attivazione della Cartella Clinica Elettronica: azioni di competenza;
- FME01b - Chiusura entro il 10 di ciascun mese successivo alla data di dimissione delle SDO;
- FME01c - Registrazione delle impegnative di attività ambulatoriali erogate entro i termini di legge;
- FME01d - Esecuzione nei termini previsti delle procedure di aggiornamento dell'assegnazione del personale ai CdC;
- FME01e - Partecipazione alle attività di aggiornamento del Catalogo dei Trattamenti dei Dati;
- FME01f - Individuazione di un referente di ciascuna struttura per la conduzione di autovalutazioni dei seguenti 3 aspetti:
 - Applicazione dei requisiti minimi di sicurezza nell'uso delle postazioni di lavoro;



- Formazione del personale della struttura all'uso delle postazioni ed al GDPR;
- Monitoraggio delle acquisizioni del consenso informato al trattamento dei dati (anche per la ricerca)

2.b.8.2.7. Area Medica - Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive

- GME01a - Esecuzione delle attività previste dalla sezione del PIAO relativa ad Anticorruzione e Trasparenza;
- GME01b - Attivazione della mappatura dei rischi ACT nelle attività della ricerca;

2.b.8.2.8. Area Medica - Azioni di benessere organizzativo e pari opportunità (CUG)

- HME01a - Esecuzione delle attività previste dal Piano delle Azioni Positive;

2.b.8.3. Dipartimento di Diagnostica e Terapia per Immagini

2.b.8.3.1. Diagnostica e Terapia per Immagini - Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi»

- **AIM01 – Sostenibilità dell'attività di ricovero dell'Oncologia Interventistica**

- AIM01a - Verifica ed attivazione di degenze in comune con altri dipartimenti (hps.: degenze per procedure mininvasive biotiche presso area chirurgica/TIPO o altra soluzione dipartimentale, procedure di assistenza a terapie ibride con posti letto gestiti in Area Medica)
- AIM01b - Attivazione procedure per la gestione delle dimissioni protette in coordinamento con ASL (anche con supporto teleconsulto-televisita del progetto TeleC.Or.O.) e convenzioni con strutture di lungodegenza);
- AIM01c - Aumento peso medio ricoveri almeno del 10% rispetto al 2022;
- AIM01d - Aumento 5% della produzione ambulatoriale;
- AIM01e - Corretto dimensionamento dell'impatto su consumo DM e farmaci per contenimento costi e monitoraggio tetto di spesa;
- AIM01f - Valutazione impatto su dotazione posti letto e personale addetto alla degenza;
- AIM01g - Miglioramento dei parametri generali DRG rispetto al 2022 (quantità, peso medio, degenze medie, fattori di occupazione, indice di rotazione, case-mix, DRG alta specialità, ecc.);
- AIM01h - Miglioramento gestionale dell'ambulatoriale con percorsi C.Or.O. e PDTA (tipologia prestazioni, quantità, liste attesa, agende, supporto altre strutture);
- AIM01azsup – Definizione degli apporti necessari da parte di altre UU.OO. di altri dipartimenti.

- **AIM02 – Potenziamento/efficientamento delle attività di somministrazione chemioterapica:**



- AIM02a - Definizione del piano di potenziamento/efficientamento delle chemioterapie ("schedule" delle attività diagnostiche propedeutiche, tempificazione visite, prescrizione, preparazione, somministrazione);
- AIM02b - Utilizzo senza eccezioni del nuovo software di gestione del ciclo terapeutico (BD-CATO);
- AIM02c - Acquisizioni sistemi di automazione/controllo della somministrazione (DERS);
- AIM02d - Disponibilità del personale (medici, farmacisti, comparto, ecc.);
- AIM02azsup – Definizione degli apporti necessari da parte di altre UU.OO. di altri dipartimenti.
- **AIM03 – Ottimizzazione/potenziamento delle prestazioni ambulatoriali di diagnostica per immagini e visita:**
 - AIM03a - Attivazione e prioritizzazione agende C.Or.O.;
 - AIM03b - Attivazione e prioritizzazione agende e procedure di compartecipazione allo screening;
 - AIM03c - Mantenimento dei livelli prestazionali quantitativi del 2021 delle prestazioni di diagnostica per immagini;
 - AIM03d - Mantenimento dei livelli prestazionali quantitativi del 2021 delle prestazioni di EBRT con mantenimento dei livelli di trattamenti speciali del 2022 (IGRT, Arc Therapy, IMRT, ecc.);
 - AIM03e - Attivazione brachiterapie HDR;
 - AIM03f - Corretto dimensionamento dell'impatto su consumo DM e farmaci per contenimento costi e monitoraggio tetto di spesa
 - AIM03azsup – Definizione degli apporti necessari da parte di altre UU.OO. di altri dipartimenti.

2.b.8.3.2. Diagnostica e Terapia per Immagini - Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale

- **BIM01 – Potenziamento delle capacità di ricerca delle strutture ed inserimento nei network nazionali ed internazionali:**
 - BIM01a - Incremento/mantenimento dell'IF delle pubblicazioni determinato sulla base dell'analisi dell'andamento storico della produzione scientifica di ciascuna struttura, al fine di garantire l'obiettivo determinato dal Ministero della Salute di 900 IFN;
 - BIM01b - Costituzione di un nucleo dipartimentale della ricerca, costituito almeno da un ricercatore per ciascuna struttura afferente, avente per coordinatore la figura già individuata dalla Deliberazione n. 576 del 26 ottobre 2022, che si riunisca ogni qualvolta chiesto da parte della Direzione Scientifica e comunque bimestralmente, con finalità propulsiva e consultiva delle iniziative dipartimentali della ricerca e di coinvolgimento delle altre strutture dipartimentali con particolare



attenzione all'inserimento progressivo nei network nazionali ed internazionali di ricerca;

- BIM01c - Partecipazione dei ricercatori a formazione specifica nella produzione di studi (regolamenti, CRF ed eCRF, trattamento e sicurezza dei dati, statistica ed epidemiologia);
- BIM01d - Applicazione del nuovo regolamento sulle sperimentazioni profit e no-profit;
- BIM01e - Individuazione di un piano di revisione e sviluppo scientifico delle terapie ibride;
- BIM01azsup – Definizione degli apporti necessari da parte di UU.OO. di altri dipartimenti.

- **BIM02 – Valorizzazione dei risultati della ricerca:**

- BIM02a - Partecipazione agli audit condotti dal KTO;
- BIM02b - Partecipazione alle attività di matching con i partner industriali dell'Albo;
- BIM02c - Individuazione di possibili ambiti di attivazione di spin-off, start-up.

2.b.8.3.3. Diagnostica e Terapia per Immagini - Obiettivi di miglioramento organizzativo (efficienza)

- **CIM01 Compiuta attivazione dell'organizzazione del C.Or.O. (cfr. Deliberazione n. 771 del 31 dicembre 2021)**

- CIM01a - Attuazione piano di implementazione (disponibilità dei luoghi, disponibilità del personale, approntamento del set-up di accoglienza, definizione agende 1° visita, definizione degli accordi di disponibilità del supporto nel Di.Onc. barese, formazione dei MMG, comunicazione ed informazione sulle procedure);
- CIM01b - Definizione dei PDTA e delle agende di disponibilità delle risorse (diagnostica per immagini, altra diagnostica ambulatoriale, procedure biottiche, anatomia patologica, diagnostica molecolare, ecc.);
- CIM01c - Implementazione software middleware di integrazione CORE-Health con SIST e CUP;
- CIM01d - Approntamento piani della qualità e della formazione;
- CIM01azsup – Definizione degli apporti necessari da parte di UU.OO. di altri dipartimenti.

- **CIM02 – Attuazione del Progetto TeleC.Or.O.**

- CIM02a - Individuazione delle prestazioni erogabili in modalità televisita e definizione dei protocolli operativi;
- CIM02b - Attuazione piano di implementazione (disponibilità dei luoghi, disponibilità del personale, approntamento del set-up di accoglienza, definizione agende 1° visita, formazione/informazione dei MMG, comunicazione ed informazione sulle procedure);



- CIM02azsup – Definizione degli apporti necessari da parte di UU.OO. di altri dipartimenti.

2.b.8.3.4. Diagnostica e Terapia per Immagini - Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza (efficacia)

- DIM01a - Incremento delle attività di alta specialità;
- DIM01b - Partecipazione ai Team Multidisciplinari;
- DIM01c - Attivazione procedure C.Or.O. di propria competenza;
- DIM01d - Procedura di autovalutazione secondo GCP – Accredimento QUOTA – Accredimento JCI – Accredimento OECl;
- DIM01azsup – Definizione degli apporti necessari da parte di UU.OO. di altri dipartimenti.

2.b.8.3.5. Diagnostica e Terapia per Immagini - Obiettivi di miglioramento della qualità percepita e comunicazione

- EIM01a - Costituzione di un nucleo dipartimentale per il miglioramento continuo della qualità percepita, costituito dai coordinatori infermieristici delle strutture afferenti e coordinato da un dirigente sanitario scelto dal Direttore del Dipartimento, che si riunisca bimestralmente, definisca ambito di misurazione della qualità percepita e suggerisca azioni di miglioramento della stessa sia a livello delle singole strutture che a livello dipartimentale nonché a livello di Istituto;
- EIM01b - Partecipazione del dirigente coordinatore alle attività del Comitato per il miglioramento continuo della qualità percepita che esplica funzioni propositive e consultive nei confronti della Direzione Strategica, oltre a coordinare e azioni a carico dei dipartimenti previste dal Piano di miglioramento della qualità percepita (parcheggi, accoglienza, segnaletica, attese, norme di tratto, informazioni, ecc.);
- EIM01c - Aggiornamento tempestivo delle parti di propria competenza della Carta dei Servizi, con il coordinamento della Direzione Sanitaria e dei responsabili della comunicazione istituzionale;
- EIM01d - Invio mensile ai responsabili della comunicazione istituzionale di descrizioni delle best-practices, attività assistenziali significative, risultati della ricerca, eseguite dalla struttura.

2.b.8.3.6. Diagnostica e Terapia per Immagini - Transizione digitale in sanità

- FIM01a - Attivazione della Cartella Clinica Elettronica: azioni di competenza;
- FIM01b - Chiusura entro il 10 di ciascun mese successivo alla data di dimissione delle SDO;



- FIM01c - Registrazione delle impegnative di attività ambulatoriali erogate entro i termini di legge;
- FIM01d - Esecuzione nei termini previsti delle procedure di aggiornamento dell'assegnazione del personale ai CdC;
- FIM01e - Partecipazione alle attività di aggiornamento del Catalogo dei Trattamenti dei Dati;
- FIM01f - Individuazione di un referente di ciascuna struttura per la conduzione di autovalutazioni dei seguenti 3 aspetti:
 - Applicazione dei requisiti minimi di sicurezza nell'uso delle postazioni di lavoro;
 - Formazione del personale della struttura all'uso delle postazioni ed al GDPR;
 - Monitoraggio delle acquisizioni del consenso informato al trattamento dei dati (anche per la ricerca)

2.b.8.3.7. Diagnostica e Terapia per Immagini - Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive

- GIM01a - Esecuzione delle attività previste dalla sezione del PIAO relativa ad Anticorruzione e Trasparenza;
- GIM01b - Attivazione della mappatura dei rischi ACT nelle attività della ricerca;

2.b.8.3.8. Diagnostica e Terapia per Immagini - Azioni di benessere organizzativo e pari opportunità (CUG)

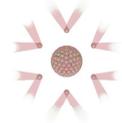
- HIM01a - Esecuzione delle attività previste dal Piano delle Azioni Positive;

2.b.8.4. Dipartimento dei Servizi

2.b.8.4.1. Servizi - Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi»

• ASE01 – Anatomia Patologica e Diagnostica molecolare

- ASE01a - Introduzione di procedure di rendicontazione amministrativa dell'attività di anatomia patologica resa in convenzione con ASL BA;
- ASE01b - Definizione ed introduzione di procedure per la prescrizione ed il pagamento di prestazioni della diagnostica molecolare inclusive di attività di formazione/informazione di personale C.Or.O., CUP e medici prescrittori;
- ASE01c - Riattivazione prestazioni diagnostica molecolare per esterni;
- ASE01d - Determinazione di studio di supporto alla Direzione Generale per l'individuazione di un tariffario della attività di Diagnostica Molecolare;
- ASE01e - Corretto dimensionamento dell'impatto su consumo DM e reagenti per contenimento costi e monitoraggio tetto di spesa;



- ASE01f - Implementazione della “digital pathology” entro il termine dell’anno ed incremento della produttività di anatomia patologica del 5% a partire da tale data;
- ASE01azsup – Definizione degli apporti necessari da parte di altre UU.OO. di altri dipartimenti.
- **ASE02 – Oncologia Sperimentale e Biobanca**
 - ASE02a - Studio HTA, definizione ed attivazione di progetti di screening su tumori eredo-familiari;
 - ASE02b - Ottimizzazione dei costi della gestione della biobanca (studio, verifica ed eventuali rinegoziazioni);
 - ASE02c - Valorizzazione economica dei campioni biologici conferiti per gli studi
 - ASE02d - Corretto dimensionamento dell’impatto su consumo DM e reagenti per contenimento costi e monitoraggio tetto di spesa;
 - ASE02azsup – Definizione degli apporti necessari da parte di altre UU.OO. di altri dipartimenti.
- **ASE03 – Laboratorio patologia clinica**
 - ASE03a - Avvio definitivo della pre-analitica entro il 31 marzo;
 - ASE03b - Aumento della produzione per esterni con esenzione 048 del 10%;
 - ASE03c - Definizione ed introduzione di procedure che rendano più efficiente la diagnostica di supporto per la gestione delle chemioterapie: una volta stabilite le procedure riduzione del tempo intercorrente tra accesso paziente e prescrizione quotidiana della preparazione del 15%;
 - ASE03d - Attivazione di agenda “ad hoc” per le prestazioni di “pre-ricovero”;
 - ASE03azsup – Definizione degli apporti necessari da parte di altre UU.OO. di altri dipartimenti.
- **ASE04 – Cardiologia Oncologica**
 - ASE04a - Avvio definitivo dell’ambulatorio di controllo pace-maker entro il 31 marzo;
 - ASE04b - Aumento della produzione per esterni con esenzione 048 del 10%;
 - ASE04c - Definizione ed introduzione di agende ad hoc per “pre-ricovero”;
 - ASE04azsup – Definizione degli apporti necessari da parte di altre UU.OO. di altri dipartimenti.

2.b.8.4.2. Servizi - Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell’attività di ricerca in generale

- **BSE01 – Potenziamento delle capacità di ricerca delle strutture ed inserimento nei network nazionali ed internazionali:**
 - BSE01a - Incremento/mantenimento dell’IF delle pubblicazioni determinato sulla base dell’analisi dell’andamento storico della produzione scientifica di ciascuna struttura, al fine di garantire l’obiettivo determinato dal Ministero della Salute di 900 IFN;



- BSE01b - Costituzione di un nucleo dipartimentale della ricerca, costituito almeno da un ricercatore per ciascuna struttura afferente, avente per coordinatore la figura già individuata dalla Deliberazione n. 576 del 26 ottobre 2022, che si riunisca ogni qualvolta chiesto da parte della Direzione Scientifica e comunque bimestralmente, con finalità propulsiva e consultiva delle iniziative dipartimentali della ricerca e di coinvolgimento delle altre strutture dipartimentali con particolare attenzione all'inserimento progressivo nei network nazionali ed internazionali di ricerca;
- BSE01c - Partecipazione dei ricercatori a formazione specifica nella produzione di studi (regolamenti, CRF ed eCRF, trattamento e sicurezza dei dati, statistica ed epidemiologia);
- BSE01d - Applicazione del nuovo regolamento sulle sperimentazioni profit e no-profit;
- BSE01e - Individuazione di un piano di organizzazione della diagnostica dei laboratori di ricerca nell'ambito dei progetti DARE e LSH-DA;
- BSE01azsup – Definizione degli apporti necessari da parte di UU.OO. di altri dipartimenti.
- **BSE02 – Valorizzazione dei risultati della ricerca:**
 - BSE02a - Partecipazione agli audit condotti dal Knowledge Transfer Office;
 - BSE02b - Partecipazione alle attività di matching con i partner industriali dell'Albo;
 - BSE02c - Individuazione di possibili ambiti di attivazione di spin-off, start-up.

2.b.8.4.3. Servizi - Obiettivi di miglioramento organizzativo (efficienza)

- **CSE01 – Compiuta attivazione dell'organizzazione del C.Or.O. (cfr. Deliberazione n. 771 del 31 dicembre 2021)**
 - CSE01a - Attuazione piano di implementazione (disponibilità dei luoghi, disponibilità del personale, approntamento del set-up di accoglienza, definizione agende 1° visita, definizione degli accordi di disponibilità del supporto nel Di.Onc. barese, formazione dei MMG, comunicazione ed informazione sulle procedure);
 - CSE01b - Definizione dei PDTA e delle agende di disponibilità delle risorse (diagnostica per immagini, altra diagnostica ambulatoriale, procedure biottiche, anatomia patologica, diagnostica molecolare, ecc.);
 - CSE01c - Implementazione software middleware di integrazione CORE-Health con SIST e CUP;
 - CSE01d - Approntamento piani della qualità e della formazione;
 - CSE01azsup – Definizione degli apporti necessari da parte di UU.OO. di altri dipartimenti.
- **CSE02 – Attuazione del Progetto TeleC.Or.O.**



- CSE02a - Individuazione delle prestazioni erogabili in modalità televisita e definizione dei protocolli operativi;
- CIM02b - Attuazione piano di implementazione (disponibilità dei luoghi, disponibilità del personale, approntamento del set-up di accoglienza, definizione agende 1° visita, formazione/informazione dei MMG, comunicazione ed informazione sulle procedure);
- CIM02azsup – Definizione degli apporti necessari da parte di UU.OO. di altri dipartimenti.

2.b.8.4.4. Servizi - Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza (efficacia)

- DSE01a - Incremento delle attività di alta specialità;
- DSE01b - Partecipazione ai Team Multidisciplinari;
- DSE01c - Attivazione procedure C.Or.O. di propria competenza;
- DSE01d - Procedura di autovalutazione secondo GCP – Accredimento QUOTA – Accredimento JCI – Accredimento OECl;
- DSE01azsup – Definizione degli apporti necessari da parte di UU.OO. di altri dipartimenti.

2.b.8.4.5. Servizi - Obiettivi di miglioramento della qualità percepita e comunicazione

- ESE01a - Costituzione di un nucleo dipartimentale per il miglioramento continuo della qualità percepita, costituito dai coordinatori infermieristici delle strutture afferenti e coordinato da un dirigente sanitario scelto dal Direttore del Dipartimento, che si riunisca bimestralmente, definisca ambito di misurazione della qualità percepita e suggerisca azioni di miglioramento della stessa sia a livello delle singole strutture che a livello dipartimentale nonché a livello di Istituto;
- ESE01b - Partecipazione del dirigente coordinatore alle attività del Comitato per il miglioramento continuo della qualità percepita che esplica funzioni propositive e consultive nei confronti della Direzione Strategica, oltre a coordinare e azioni a carico dei dipartimenti previste dal Piano di miglioramento della qualità percepita (parcheggi, accoglienza, segnaletica, attese, norme di tratto, informazioni, ecc.);
- ESE01c - Aggiornamento tempestivo delle parti di propria competenza della Carta dei Servizi, con il coordinamento della Direzione Sanitaria e dei responsabili della comunicazione istituzionale;
- ESE01d - Invio mensile ai responsabili della comunicazione istituzionale di descrizioni delle best-practices, attività assistenziali significative, risultati della ricerca, eseguite dalla struttura.

2.b.8.4.6. Servizi - Transizione digitale in sanità

- FSE01a - Attivazione della Cartella Clinica Elettronica: azioni di competenza;



- FSE01b - Chiusura entro il 10 di ciascun mese successivo alla data di dimissione delle SDO;
- FSE01c - Registrazione delle impegnative di attività ambulatoriali erogate entro i termini di legge;
- FSE01d - Esecuzione nei termini previsti delle procedure di aggiornamento dell'assegnazione del personale ai CdC;
- FSE01e - Partecipazione alle attività di aggiornamento del Catalogo dei Trattamenti dei Dati;
- FSE01f - Individuazione di un referente di ciascuna struttura per la conduzione di autovalutazioni dei seguenti 3 aspetti:
 - Applicazione dei requisiti minimi di sicurezza nell'uso delle postazioni di lavoro;
 - Formazione del personale della struttura all'uso delle postazioni ed al GDPR;
 - Monitoraggio delle acquisizioni del consenso informato al trattamento dei dati (anche per la ricerca)

2.b.8.4.7. Servizi - Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive

- GSE01a - Esecuzione delle attività previste dalla sezione del PIAO relativa ad Anticorruzione e Trasparenza;
- GSE01b - Attivazione della mappatura dei rischi ACT nelle attività della ricerca;

2.b.8.4.8. Servizi - Azioni di benessere organizzativo e pari opportunità (CUG)

- HSE01a - Esecuzione delle attività previste dal Piano delle Azioni Positive;

2.b.8.4.9. Dipartimento di Staff e della Gestione

La declinazione dei possibili obiettivi dei Dipartimenti di Supporto è naturalmente subordinata alla definizione degli obiettivi operativi delle strutture di produzione durante il processo di budgeting.

La procedura dettaglia come tale processo dovrà essere compiuto.

Tutti gli obiettivi indicati nei precedenti paragrafi con la desinenza "azsup" condurranno pertanto alla definizione di tali obiettivi.

- SUP01 - Attuazione, previa negoziazione e prioritizzazione programmata nei tempi di esecuzione delle azioni di supporto negoziate con le strutture di produzione e di ricerca, in relazione alla disponibilità di risorse umane, beni, investimenti, servizi, procedure, ecc.
- SUP02 - Attuazione delle azioni relative all'implementazione del Piano di Rilancio



- SUP03 - Attuazione gare relative a progetti finanziati secondo le tempistiche e le modalità utili alla realizzazione dei progetti / accesso ai finanziamenti (PNRR, PNC, POR-FESR)
- SUP04 - Attuazione di un monitoraggio mensile della spesa relativa a farmaci e dispositivi medici con aggiornamento della Direzione Strategica e audit presso i Dipartimenti di produzione

2.b.9. Misurazione e valutazione della Performance

2.b.9.1. Premessa

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) è stato introdotto dal Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, dando anche attuazione alle disposizioni di cui al Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165, recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche".

Ad integrazione di tale normativa, è intervenuto il Legislatore, con le seguenti disposizioni:

- Decreto Legislativo 1 agosto 2011, n.141, recante "Modifiche ed integrazioni al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, a norma dell'articolo 2, comma 3, della legge 4 marzo 2009, n. 15";
- Decreto Legge 24 giugno 2014, n. 90, recante "Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari";
- Legge 7 agosto 2015, n. 124, recante "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche";
- Decreto del Presidente della Repubblica 9 maggio 2016, n.105, che regola le funzioni del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di valutazione della performance delle pubbliche amministrazioni;
- Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 74, recante "Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione dell'articolo 17, comma 1, lettera r), della legge 7 agosto 2015, n. 124".
- Linee Guida dettate dal Dipartimento della Funzione Pubblica - Ufficio per la Valutazione della Performance n. 1/17, n. 2/17, n. 3/18, n. 4/19 e n. 5/19.

Si richiamano, inoltre, le vigenti disposizioni contrattuali del personale del comparto e delle aree dirigenziali per quanto attiene la valutazione del personale, e in particolare i seguenti contratti:

- Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) del Personale del Comparto del 21.5.2018;
- Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) del Personale del Comparto del 2.11.2022;
- Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) di Area Sanità del 19/12/2019



- Contratto Collettivo nazionale di Lavoro (CCNL) dell'Area delle Funzioni locali triennio 2016-2018 del 17.12.2020

L'oggetto del Sistema di Misurazione e Valutazione è la Performance, intesa come il contributo che ciascun soggetto (singolo individuo, organizzazione) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'IRCCS e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali lo stesso è stato costituito ed il Sistema di Misurazione e valutazione della Performance serve ad effettuarne il monitoraggio.

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) è quindi l'insieme di tecniche, risorse e processi che assicurano il corretto svolgimento delle funzioni di programmazione, misurazione, valutazione e rendicontazione della performance, convenzionalmente definito: "Ciclo della Performance".

Costituisce l'insieme, coerente ed esaustivo, delle metodologie, modalità ed azioni che hanno ad oggetto la misurazione e la valutazione delle diverse dimensioni della performance aziendale, poste in relazione con i soggetti e/o le strutture coinvolte nel processo e la cui attuazione consente all'Amministrazione di pervenire, in modo sistemico, a misurare e valutare i risultati sia a livello organizzativo che individuale.

La performance rappresenta il contributo che ciascuna equipe organizzata o singolo dipendente dell'istituto apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi programmati, quindi alla soddisfazione dei fabbisogni per i quali l'organizzazione è costituita. In considerazione dell'ampiezza del termine, l'Istituto programma, monitora, misura e valuta la performance in riferimento alla complessità del proprio modello organizzativo (risultati e modalità di raggiungimento degli stessi) ed in relazione ai diversi livelli di governo aziendale (organizzazione nel suo complesso, strutture complesse e semplici, singoli professionisti).

Con l'attuazione di tale logica, l'istituto intende misurare e rendere pubblica e trasparente l'efficacia organizzativa rispetto agli obiettivi istituzionali (accountability), introducendo fra l'altro, a supporto dei processi decisionali uno strumento di apprendimento organizzativo e di orientamento dei comportamenti.

Il Sistema, costituendo di fatto la capacità dell'organizzazione di programmarsi ed orientarsi nel percorso di conseguimento della propria mission, deve essere organizzato ed attuato in modo da perseguire il miglioramento della qualità dei servizi pubblici e la crescita delle professionalità. A tal fine, il Sistema stesso prevede:

- la definizione e gestione aziendale del ciclo di gestione della performance, per orientare le risorse disponibili al conseguimento degli obiettivi;
- l'individuazione di un sistema di obiettivi operativi riferiti a ciascuna struttura ed indicatori per la misurazione e valutazione dei risultati organizzativi conseguiti;
- l'analisi e la valorizzazione degli apporti individuali in relazione al contributo assicurato per il conseguimento dei risultati organizzativi;



- l'attuazione del Sistema secondo principi di trasparenza, pari opportunità, responsabilizzazione e valorizzazione delle singole professionalità presenti in Istituto.

In considerazione delle suddette finalità, oltre a quanto disposto dalla normativa di riferimento, l'Istituto prevede un sistema integrato, che si articola di fatto in sottosistemi aziendali, direttamente o indirettamente correlati alla gestione dei diversi livelli di performance.

Vengono inoltre individuati i soggetti coinvolti ed i relativi livelli di responsabilità, questi ultimi definiti e valutati secondo opportuni e trasparenti percorsi gestionali.

Il Sistema, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 7 del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, individua:

- le fasi, i tempi, le modalità, i soggetti e le responsabilità del processo di misurazione e valutazione della performance;
- le procedure di conciliazione relative all'applicazione del Sistema;
- le modalità di raccordo e integrazione con i documenti di programmazione finanziaria e di bilancio;

Gli obiettivi del Sistema sono:

- migliorare, una volta a regime, il sistema di individuazione e comunicazione dei propri obiettivi;
- verificare che gli obiettivi siano stati conseguiti;
- informare e guidare i processi decisionali;
- gestire più efficacemente sia le risorse che i processi organizzativi;
- influenzare e valutare i comportamenti di gruppi e individui;
- rafforzare l'accountability e le responsabilità a diversi livelli gerarchici;
- incoraggiare il miglioramento continuo e l'apprendimento organizzativo.

In considerazione di quanto sopra, fanno riferimento al complessivo Sistema di misurazione e valutazione della performance i seguenti sottosistemi, ciascuno dei quali disciplinato da apposita regolamentazione aziendale:

La documentazione che influisce direttamente sul sistema di gestione della Performance è la seguente:

- La sottosezione Performance della Sezione Valore Pubblico, Performance ed Anticorruzione del presente Piano Triennale Integrato delle Attività e dell'Organizzazione (PIAO).
- La sottosezione Struttura organizzativa della Sezione Organizzazione e Capitale Umano del PIAO.
- Sistema di gestione delle Performance organizzative (ciclo annuale di budget) descritto nel precedente paragrafo 2.b.5 "Dalla pianificazione strategica alla programmazione operativa delle attività. Il processo di budget" del PIAO.
- Protocollo applicativo per la gestione del sistema di valorizzazione delle performance individuali e del connesso sistema premiante (per la dirigenza e per il comparto)



- La Relazione annuale sulla Performance.

La documentazione correlata al sistema di gestione della Performance è invece:

- Regolamentazione per la Graduazione ed affidamento degli incarichi.
- Regolamentazione per la composizione e funzionamento dei Collegi tecnici.
- Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza;
- Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile
- Il Piano Triennale delle Azioni Positive

Il Sistema di misurazione della performance rispetta i seguenti requisiti:

- chiara definizione degli obiettivi;
- specificazione dei legami tra obiettivi, indicatori e target;
- caratterizzazione degli indicatori secondo le modalità definite dalla normativa vigente;
- rilevazione effettiva della performance, secondo la frequenza e le modalità definite nel ciclo della performance.

2.b.9.2. Soggetti coinvolti nel Sistema di Valutazione e Misurazione della Performance

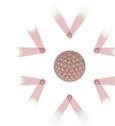
Il ciclo della performance vede in prima linea i decisori politici e amministrativi. Nello specifico:

- l'organo di indirizzo politico-amministrativo, al quale compete l'esercizio della funzione di indirizzo e la definizione degli obiettivi da perseguire e dei programmi da attuare;
- i dirigenti apicali, cui compete la responsabilità dell'attività amministrativa, della gestione e dei relativi risultati;
- i dirigenti non apicali, che partecipano al processo di programmazione, contribuendo a definire risorse ed obiettivi, al processo di monitoraggio e infine alla valutazione, sia come soggetti valutatori che come soggetti valutati.

Nel processo è inoltre coinvolto l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) che fornisce, lungo tutto il ciclo, un supporto metodologico volto ad assicurare efficacia, solidità e affidabilità al SMVP.

Più nel dettaglio, anche alla luce della disciplina introdotta con il Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 74, le funzioni attribuite all'OIV sono:

- presidio tecnico metodologico del SMVP che si esprime prevalentemente attraverso la formulazione del parere vincolante sull'aggiornamento annuale del SMVP, come sancito dall'Art. 7 del D.Lgs. n. 150 del 27 ottobre 2009 modificato al Comma 1 dall'art. 5 del D.Lgs. n. 74 del 25 maggio 2017, la validazione della Relazione sulla performance e la Relazione annuale sul funzionamento del Sistema;
- valutazione della performance organizzativa, effettuata nel rispetto degli indirizzi di cui alle Linee Guida n. 2/17, sopra citate;



- monitoraggio della performance organizzativa, ovvero verifica dell'andamento della performance dell'amministrazione rispetto agli obiettivi programmati e segnalazione all'organo di indirizzo politico dell'esigenza di interventi correttivi;
- proposta di valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi;

L'Organismo Indipendente di Valutazione assolve quindi un ruolo fondamentale, in quanto è individuato come uno dei soggetti che concorrono a costituire il SMVP. L'Organismo, infatti, ha fra i propri compiti principali quello di garantire la correttezza del processo di misurazione e valutazione della complessiva azione dell'istituto, oltre a verificare e valutare le performance ed i risultati conseguiti dai diversi livelli organizzativi e dai dirigenti apicali.

Nel Sistema di valutazione si inserisce altresì la Struttura Tecnica Permanente (STP), la quale supporta l'OIV nello svolgimento delle proprie funzioni ed a tal fine viene individuata quale momento organizzativo in cui vengono ad integrarsi determinate professionalità afferenti alle tematiche oggetto di monitoraggio e valutazione da parte dell'OIV stesso.

Nell'ambito della gestione delle performance, le funzioni integrate della STP fanno principalmente riferimento all'UO Controllo di Gestione, che ha la responsabilità di coordinare le necessarie azioni di monitoraggio e verifica delle prestazioni.

Nella sottostante tabella si evidenziano le diverse dimensioni di valutazione ed i soggetti coinvolti in diverse funzioni, a cui sono collegati specifici riferimenti normativi:

DIMENSIONE VALUTAZIONE	SOGGETTI COINVOLTI	FUNZIONI	RIFERIMENTO NORMATIVO
DIMENSIONE ISTITUZIONALE	Ministero della Salute	Piano Sanitario Nazionale	PSN
	Regione Puglia	Piani Sanitari regionali; nello specifico: Linee Guida da adottare in Conferenza programmatica	PSR
DIMENSIONE STRATEGICA	Direzione strategica	Predisposizione ed adozione del Piano triennale e annuale delle performance (comprensivo degli obiettivi generali, azioni e priorità)	Art. 10 del D.Lgs. 150/2009
		Assume la responsabilità del budget generale dell'istituto, assegna gli obiettivi ai CdR, ne verifica, tramite l'OIV, il raggiungimento.	
		Il Direttore Generale individua gli obiettivi da assegnare ai componenti della direzione strategica e ne verifica la percentuale di conseguimento, disponendo la relativa valutazione conformemente a quanto stabilito dal contratto individuale di lavoro.	
DIMENSIONE OPERATIVA BUDGETING	Dirigenti apicali titolari di CdR	Sulla base del Piano annuale, attraverso il documento specifico (Scheda sinottica del Piano delle attività), concorrono alla definizione degli obiettivi di struttura. Valutazione del personale dirigente e del comparto assegnato alle singole strutture	Art. 5 comma 1 lett b) del D.Lgs. 150/2009
	Dirigenti non apicali	Contributo alla pianificazione degli obiettivi di struttura e contributo alla valutazione del personale	Art. 5 comma 1 lett b) del D.Lgs. 150/2009
	Personale del comparto	Obiettivi operativi individuali secondo ruolo, responsabilità e competenze delle singole unità di personale.	Art. 5 comma 1 lett b) del D.Lgs. 150/2009
DIMENSIONE MISURAZIONE/V ALUTAZIONE	Organismo Indipendente di Valutazione	Esercizio in piena autonomia delle attività previste all'art.14, comma 4 del D.Lgs.150/2009 e ss.mm.ii. modificato dall'articolo	D.Lgs. 150/2009 D.Lgs. 74/2017



		<p>11, comma 1, lettera c) del decreto legislativo 74/2017 in particolare:</p> <p>a) monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso;</p> <p>b) comunica tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione, nonché alla Corte dei conti, all'Ispektorato per la funzione pubblica e alla Commissione di cui all'articolo 13 (Commissione per la valutazione, l'integrità e la trasparenza nelle Amministrazioni Pubbliche) (ORA: Dipartimento Funzione pubblica);</p> <p>c) valida la Relazione sulla performance di cui all'articolo 10 e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'amministrazione;</p> <p>d) garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, nonché dell'utilizzo dei premi di cui al Titolo III, secondo quanto previsto dal presente decreto, dai contratti collettivi nazionali, dai contratti integrativi, dai regolamenti interni all'amministrazione, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;</p> <p>e) propone all'organo di indirizzo politico-amministrativo la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi;</p> <p>f) promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità;</p> <p>g) verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.</p>	
DIMENSIONE MISURAZIONE/V ALUTAZIONE	Struttura Tecnica Permanente (STP)	<p>Svolge funzioni di supporto alle attività dell'Organismo Indipendente di Valutazione.</p> <p>E' connotata dall'integrazione di determinate professionalità afferenti alle tematiche oggetto di monitoraggio e valutazione da parte dell'OIV stesso.</p> <p>Nell'ambito della gestione delle performance, le funzioni integrate della STP fanno principalmente riferimento all'UO Pianificazione e Controllo, che ha la responsabilità di coordinare gli eventuali contributi richiesti ad altre professionalità dell'Istituto (vedi area risorse umane, gestione economico-finanziaria, sistemi informativi, ecc.) ai fini delle necessarie azioni di monitoraggio e verifica delle prestazioni</p>	Art. 14 del D.Lgs. 150/2009
	Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità (CUG)	<p>Contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico nell'obiettivo di migliorare l'efficienza delle prestazioni garantendo, nel contempo, un ambiente di lavoro caratterizzato da rispetto dei principi di pari opportunità e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori</p>	Legge 183/2010
DIMENSIONE VALUTAZIONE PARTECIPATIVA	Istituto	<p>Definizione modello di valutazione.</p> <p>Costituzione mappa Stakeholder.</p> <p>Individuazione attività/servizi da valutare, le dimensioni di performance e i soggetti valutatori.</p> <p>Attività di formazione e comunicazione, valutazione e utilizzo dati.</p>	D.Lgs. 150/2009 D.Lgs. 74/2017
	Organismo Indipendente di Valutazione	<p>Verifica l'adeguatezza del modello di valutazione partecipativa.</p> <p>Verifica dell'effettivo rispetto per la corretta applicazione del principio di partecipazione dei cittadini e utenti.</p> <p>Elemento integrante la valutazione della performance organizzativa e per la validazione della Relazione annuale sulla performance.</p>	D.Lgs. 150/2009 D.Lgs. 74/2017
	Cittadini/Utenti/altri PP.AA. etc.	<p>Possono contribuire sia nella fase preparatoria che nella valutazione finale.</p>	

2.b.9.3. La definizione delle strategie

La vision direzionale deriva dalla normativa nazionale di riferimento e dalle linee di indirizzo strategico dettate a livello regionale e, annualmente, la Direzione riconsidera i propri indirizzi strategici alla luce delle suddette fonti.



Gli obiettivi strategici aziendali (riferiti ad un singolo esercizio o a più anni in base ai tempi necessari per la realizzazione degli stessi) sono definiti dalla Direzione Generale che, con cadenza annuale o pluriennale, stabilisce le linee strategiche aziendali sulla base degli obiettivi stabiliti dalla Regione e dal Consiglio di Indirizzo e Verifica, dalle risultanze dei riesami annuali del sistema qualità aziendale, in coerenza anche con la Politica della Qualità, dalla normativa nazionale e regionale e sentite le proposte dei singoli responsabili di struttura complessa sanitaria e amministrativa, oltre ai responsabili delle strutture di staff.

I contenuti sopra richiamati vengono annualmente elaborati ed aggiornati nel Piano della performance, documento programmatico triennale, da adottare in coerenza con i contenuti della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi, oltre a definire gli indicatori per la misurazione e la valutazione dei diversi livelli di performance.

Tale Piano viene successivamente esplicitato, annualmente, attraverso una scheda sinottica, nella quale vengono evidenziate le macroaree di intervento, gli obiettivi generali, le azioni da intraprendere per la realizzazione dello stesso e il peso attribuito nonché gli indicatori di misurazione dell'attività intrapresa, secondo la metodologia del Balanced Scorecard (BSC).

La BSC propone, infatti, un approccio integrato in cui si bilanciano le tradizionali prospettive economico-finanziarie (elementi "Hard") con quelle non finanziarie (elementi "Soft"), così da poter valutare la performance dell'azienda in un'ottica sia strategica che operativa, ampliando il significato meramente economico del concetto di budget.

In un'Azienda Sanitaria, infatti, l'impiego della BSC integra il sistema di budgeting e permette ad ogni singolo dipendente di interiorizzare la strategia aziendale.

La BSC permette, inoltre, di monitorare l'andamento delle performance dell'Istituto, facilitandone la misurabilità, attraverso la determinazione di indicatori legati agli obiettivi, atti a misurare la performance a cui viene associato il target (valore-obiettivo) da raggiungere.

Il tutto nell'ottica intrinseca della BSC, ovvero quella che i risultati economici possono essere conseguiti soddisfacendo adeguatamente i cittadini, promuovendo le innovazioni e l'apprendimento e sviluppando processi interni eccellenti.

2.b.9.4. Il Ciclo della Performance

L'art. 4 del D.lgs.150/2009 articola il ciclo della performance come processo di definizione e assegnazione degli obiettivi, di allocazione delle risorse necessarie al loro raggiungimento, di monitoraggio in corso di gestione e attivazione di eventuali interventi correttivi, di misurazione, valutazione e rendicontazione dei risultati ottenuti, in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio.

Il ciclo di gestione della performance secondo il d.lgs. n. 150/2009 e s.m.i. si articola nelle seguenti fasi:



1. definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
2. collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
3. monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
4. misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
5. utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
6. rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.



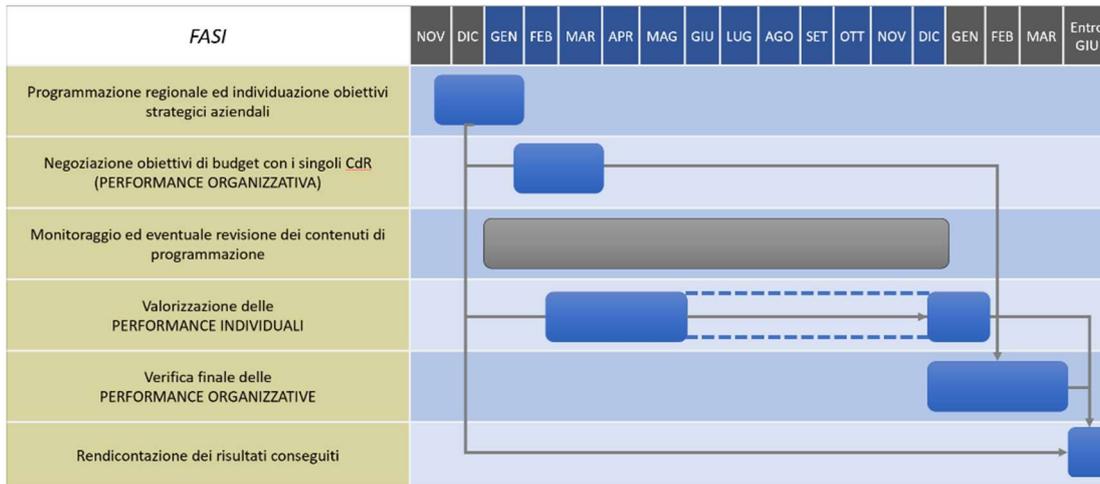
Il ciclo di gestione della performance sopra descritto si sviluppa a cadenza annuale tramite due strumenti operativi:

1. Il processo di budgeting attraverso il quale si intende valorizzare la performance organizzativa;
2. La valutazione individuale attraverso la quale si intende valorizzare la performance individuale.

Previa analisi del contesto interno ed esterno di riferimento, oltre che delle risorse effettivamente disponibili e degli eventuali vincoli di finanza pubblica, annualmente la Direzione aziendale aggiorna i contenuti strategici di riferimento dell'organizzazione (Piano Integrato delle Attività e dell'Organizzazione), quale presupposto per attivare il percorso annuale di budgeting operativo e le dinamiche correlate alla gestione delle performance individuali.

Performance organizzativa ed individuale sono da considerarsi strettamente collegate ed integrate in tutto il ciclo di gestione della performance, pertanto qualsiasi valutazione dei risultati raggiunti dal personale che opera nell'Azienda non potrà non essere correlata ai risultati ottenuti dall'organizzazione nel suo complesso.

Il processo si sostanzia nel corso dell'Esercizio preso in esame, secondo il timing annuale delle diverse fasi del ciclo di gestione della performance, pur condizionabile da fattori "esterni" al governo dell'Ente ed è indicativamente rappresentato nel seguente crono programma:



2.b.9.5. La gestione della performance organizzativa (budgeting operativo)

Il sistema di budgeting, ovvero il processo per la programmazione e controllo delle performance organizzative, prende avvio logicamente dai contenuti dalle linee strategiche direzionali e si concretizza nella progressiva attuazione delle stesse durante l'esercizio di riferimento.

Attraverso l'attuazione delle logiche annuali di budgeting riferite ad ogni CdR, il Management dell'IRCCS mira a perseguire i livelli di efficienza, efficacia, economicità, nonché di soddisfazione dei vari stakeholder coinvolti nelle strategie direzionali. Con il medesimo strumento si mira inoltre a responsabilizzare e motivare il personale afferente ai diversi ambiti e CdR, secondo livelli di servizio opportunamente "pesati".

La Direzione strategica, quindi, orienta il proprio focus, in termini di processi, risultati, input, output ed outcome, verso i seguenti ambiti di valutazione dei risultati:

- attuazione delle politiche riferite essenzialmente alla soddisfazione finale dei bisogni della collettività (stanti i vincoli di bilancio);
- attuazione di piani e programmi di attività, con conseguente misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi da definire in sede di individuazione dei contenuti di budget, secondo un congruo livello di assorbimento delle risorse da parte dei CdR;
- rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso adeguate modalità interattive;
- modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e capacità dei dirigenti di attuare piani e programmi in ottica manageriale;
- sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, con tutti i soggetti interessati - gli utenti e i destinatari dei servizi - anche attraverso lo sviluppo di forme innovative di partecipazione e collaborazione;



- efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché alla semplificazione delle procedure, compresa l'informatizzazione con cui ottimizzare tempi e procedimenti amministrativi;
- qualità e quantità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

2.b.9.6. Le funzioni coinvolte nella performance organizzativa

La gestione del sistema di programmazione e controllo della performance organizzativa coinvolge necessariamente i seguenti soggetti, con i relativi ambiti di responsabilità:

1. Direzione strategica

- Adozione degli atti e della regolamentazione correlata al Sistema di misura e valutazione.
- Definizione organigramma e funzionigramma, con relative strategie aziendali.
- Definizione e diffusione delle linee guida annuali di budget (invito al Ciclo della performance).
- Analisi e negoziazione schede di budget con i titolari di Centri di Responsabilità (CdR).
- Adozione del PIAO e Relazione annuale della performance.

2. Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

- Monitoraggio della corretta applicazione del Sistema.
- Accertamento sulla coerenza dei contenuti di programmazione.
- Analisi infra-annuali e valutazioni conclusive delle performance organizzative conseguite dai singoli CdR.
- Adempimenti di cui al c.4 dell'art. 14 del D.Lgs 150/09 e ss.mm.ii.
- Validazione dei contenuti del Sistema, compresa la Relazione annuale sulla performance.

3. Dirigenti titolari di struttura (CdR)

- Analisi e negoziazione delle schede di budget del rispettivo CdR.
- Monitoraggio infra-annuale sul grado di conseguimento degli obiettivi di CdR.
- Verifica degli apporti individuali effettivamente prestati dai collaboratori nel corso dell'esercizio di riferimento.
- Relazione annuale riferita alla performance conseguita dal CdR/ambito organizzativo di diretta responsabilità.

2.b.9.7. La metodologia per la valorizzazione degli apporti individuali

A partire dai contenuti di programmazione operativa risultanti dal processo di budgeting, l'Istituto, ai fini della massima trasparenza e partecipazione, richiede ai propri responsabili di struttura, ove opportuno anche con il coinvolgimento delle eventuali figure di coordinamento



del personale del comparto, di attivare momenti di informazione nei confronti dei rispettivi collaboratori.

In tale fase tutto il personale viene coinvolto nel conseguimento degli obiettivi di struttura, procedendo all'analisi delle modalità attraverso cui organizzare i necessari apporti individuali (qualitativi e quantitativi).

In relazione a ciò, a partire dalla metodologia adottata in via uniforme nell'ambito dell'intera organizzazione, devono essere previsti una serie di criteri che risulteranno alla base della valorizzazione delle performance individuali, secondo quanto definito negli accordi sindacali (comparto e dirigenza).

Nella gestione delle schede individuali è di fondamentale importanza che ogni elemento oggetto di valorizzazione risulti di significato oggettivabile e/o documentabile, evitando in modo assoluto ogni forma di soggettività non sostenibile da evidenze operative.

Al termine di ciascun esercizio, con riferimento ai criteri e livelli di valorizzazione preventivamente individuati, attraverso apposita modulistica (schede di valorizzazione individuale) ciascun direttore/responsabile di CdR rileverà gli apporti individuali effettivamente prestati dai propri collaboratori nell'anno di riferimento, così mettendo in grado gli uffici amministrativi di procedere ai conseguenti calcoli degli incentivi individuali.

2.b.9.8. Processo di valorizzazione della performance individuale (preventiva e finale)

In attuazione dei principi di trasparenza e partecipazione disposti dalla normativa di riferimento, ciascun responsabile di CdR titolare di budget è chiamato a valorizzare il livello di apporto annuale alla produttività dell'equipe da parte di ciascun collaboratore.

A tal proposito, lo stesso responsabile di CdR concorda la programmazione degli apporti dei singoli collaboratori in considerazione degli obiettivi assegnati alla struttura (VALORIZZAZIONE PREVENTIVA) ed al termine dell'esercizio procede alla valorizzazione degli apporti individuali effettivamente prestati (VALORIZZAZIONE FINALE).

La valorizzazione dei singoli collaboratori, perciò, deve essere effettuata sia in via preventiva, per definire l'impegno concordato con ciascuno, che a consuntivo, per verificare quale sia stato l'apporto effettivo prestato dal singolo nel corso dell'anno.

Per il calcolo dell'incentivo spettante, ovviamente, viene utilizzato il punteggio sintetico individuale verificato a fine anno, corrispondente all'effettivo apporto prestato nel corso dell'esercizio.

Il punteggio sintetico individuale ai fini del calcolo degli incentivi è determinato dai protocolli applicativi del comparto e della dirigenza.

La metodologia di "valorizzazione" differenziale deve essere introdotta previa idonea attività informativa da parte dei responsabili di CdR a tutto il proprio personale. In particolare, anche per indurre la partecipazione dei dipendenti al processo di crescita della produttività aziendale,



le parti convergono che i criteri ed i livelli individuati nell'apposita "griglia" di valorizzazione dell'equipe omogenea devono essere "condivisi" ex ante all'interno dell'equipe che li adotta; essi devono risultare oggettivi e misurabili, riferibili ad ambiti quantitativi, qualitativi, temporali, organizzativi, etc.

Il responsabile di CdR è inoltre tenuto a presentare i contenuti e la motivazione della valorizzazione ai diretti interessati.

A fronte di eventuali motivi di non condivisione da parte del Soggetto valorizzato circa gli apporti individuali rilevati nella scheda di valorizzazione di fine esercizio (casistica questa che, tenuto conto del processo di valorizzazione anche in via preventiva, nonché della prevista oggettività dei contenuti della scheda, dovrebbe normalmente riguardare solo aspetti procedurali e/o metodologici), il dipendente interessato, entro 7 giorni dalla presa visione della propria scheda, può inoltrare istanza di revisione al relativo valorizzatore, il quale, nel caso ritenga congruo accogliere le motivazioni del ricorrente, procede direttamente all'aggiornamento della scheda individuale ed alla conseguente gestione della stessa nelle modalità previste dal Protocollo.

Nel caso in cui, invece, il valorizzatore non condivida le motivazioni dell'istanza pervenuta, lo stesso può provvedere alla trasmissione della relativa documentazione, eventualmente integrata con le proprie conseguenti considerazioni, in prima battuta al responsabile gerarchico sovraordinato rispetto al valorizzatore; nel caso di ulteriore mancata risoluzione delle motivazioni alla base della suddetta istanza, all'attenzione dell'OIV, il quale è tenuto a valutare ogni necessaria informazione in merito, quindi a decidere sull'accogliibilità del ricorso espresso dal valorizzato.

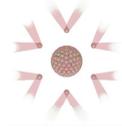
In tale fase, se ritenuto opportuno dall'OIV, lo stesso può richiedere un confronto con il valorizzato e/o il valorizzatore per gli opportuni approfondimenti.

Nel caso in cui, in corso di anno, si verificano eventi straordinari rilevati dall'UO Controllo di Gestione e valutati sia dalla Direzione Strategica che dall'OIV, tali da comportare sostanziali modifiche agli obiettivi specifici assegnati, il Direttore/Responsabile di CdR è tenuto alla rivisitazione conseguente degli obiettivi e/o criteri di valorizzazione individuali assegnati all'inizio dell'anno, secondo la medesima procedura prevista dal presente regolamento.

La responsabilità del dirigente di struttura di definire l'apporto dei singoli alla produttività dell'equipe rientra fra le competenze obbligatorie del proprio incarico dirigenziale, quindi costituisce specifica rilevanza nell'ambito della valutazione delle capacità manageriali del dirigente medesimo, anche ai fini della conferma dell'incarico.

2.b.9.9. Azioni di miglioramento del ciclo della gestione della performance

La gestione del Sistema di misura e valutazione e del Ciclo di gestione delle performance aziendali prevede un continuo monitoraggio di tutti gli ambiti e delle fasi sopra richiamate; a tal proposito l'OIV, oltre ad accertare la corretta applicazione dei relativi sottosistemi, ove ne



ravveda l'opportunità, è tenuto a portare all'attenzione della Direzione strategica la necessità di procedere ad eventuali interventi correttivi o migliorativi, riferendosi in particolare ai seguenti elementi:

- tempistica delle procedure di programmazione e controllo;
- oggettività, trasparenza ed equità dei contenuti di programmazione;
- tipologia degli strumenti di programmazione, con particolare riferimento alle schede di budget;
- qualità e tempestività dei flussi informativi aziendali e della connessa reportistica;
- cultura diffusa in ambito aziendale circa la corretta gestione della performance in termini efficaci, efficienti ed innovativi;
- funzioni svolte dai diversi soggetti coinvolti nella gestione delle performance.

Altri interventi possono riguardare la soddisfazione degli utenti interni (gestione del clima organizzativo) ed esterni, attraverso il puntuale aggiornamento dell'area del sito istituzionale "Amministrazione trasparente".

Ulteriore elemento di miglioramento del processo valutativo è dato dalla creazione di un set di indicatori per la gestione degli obiettivi di budget.

Costituirà altresì elemento di miglioramento la costante funzionalità del Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità per rafforzare il ruolo di tale Comitato in raccordo con l'OIV, al fine di assicurare il legame tra le dimensioni di pari opportunità, benessere organizzativo e performance dell'Istituto (Direttiva Funzione Pubblica n. 2/19).

2.c. Sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza

2.c.1. Introduzione

Il presente documento costituisce la **sezione del P.I.A.O. dedicata ai "Rischi corruttivi e Trasparenza"** per il periodo **2023-2025** dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" – I.R.C.C.S. di Bari (d'ora in avanti anche "Istituto"), in linea di continuità con i precedenti Piani di prevenzione della corruzione e disciplina l'attuazione del complesso degli interventi organizzativi disposti per prevenire il rischio della corruzione e dell'illegalità, in attuazione della Legge 190/2012 avente ad oggetto: "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione".

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza recepisce le modifiche di legge, i decreti attuativi, le intese, le circolari, le linee guida, le direttive e le delibere, relative al periodo precedente, nonché le prescrizioni del vigente Piano Nazionale Anticorruzione (PNA 2022). Il P.I.A.O. comprende quanto segue:

- la valutazione di impatto del **contesto esterno**, che evidenzia se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l'amministrazione opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi;



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

Al fine di articolare una strategia complessiva per la prevenzione ed il contrasto del rischio di corruzione e di illegalità e di assicurarne la concreta attuazione con un'azione coordinata e sistemica, sono presi in considerazione i seguenti aspetti:

- Caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico per la valutazione d'impatto del contesto esterno;
- Caratteristiche della **struttura organizzativa interna** e dei processi per la valutazione di impatto del contesto interno;
- Mappatura dei processi con particolare riferimento a quelli finalizzati al raggiungimento/incremento del "**valore pubblico**";
- Analisi dei rischi corruttivi e programmazione delle **misure di mitigazione**;
- Monitoraggio sull'attuazione e sull'**efficacia** delle misure applicate;
- Programmazione delle misure della **trasparenza** amministrativa e **dell'accessibilità**.

Gli **obiettivi strategici** per il triennio 2023-2025, in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, indicati dalla Direzione strategica aziendale, nell'ambito della declinazione delle linee programmatiche di indirizzo generale, sono di seguito riportati:

- a. rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi europei e del PNRR;
- b. revisione e miglioramento della regolamentazione interna con particolare riferimento al Codice di comportamento ed alla gestione dei conflitti di interessi;
- c. Incremento dei livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni da parte degli stakeholder, sia interni che esterni;
- d. miglioramento continuo dell'informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione Amministrazione Trasparente;
- e. digitalizzazione dei processi interni;



- f. individuazione di soluzioni innovative per favorire la partecipazione degli stakeholder alla elaborazione della strategia di prevenzione della corruzione;
- g. incremento della formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza per tutto il personale dipendente;
- h. miglioramento del ciclo della performance in una logica integrata (performance, trasparenza, anticorruzione);
- i. integrazione tra sistema di monitoraggio della sezione del P.I.A.O. e sistemi di controllo di gestione.

2.c.1.1. Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione

2.c.1.1.1. Direttore Generale

La Direzione Aziendale è il primo soggetto preposto a porre in essere azioni finalizzate alla prevenzione della corruzione e attuazione della trasparenza dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" – I.R.C.C.S. di Bari. In particolare il **Direttore Generale**:

- Nomina con un apposito atto deliberativo il Responsabile della Prevenzione della Corruzione (art. 1, comma 7 della Legge n. 190/2012) e il Responsabile della Trasparenza (art. 43, D.lgs n. 33/2013);
- Adotta, su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano Triennale della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (ovvero la sezione "Rischi corruttivi e Trasparenza" all'interno del PIAO), nonché i suoi eventuali aggiornamenti;
- Adotta tutti gli atti di indirizzo che ritiene opportuno finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- Definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione;
- Assicura al Responsabile della Prevenzione e della Trasparenza lo svolgimento di adeguati percorsi formativi e di aggiornamento annuale e un adeguato supporto, mediante assegnazione di appropriate risorse umane, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio;
- Decide in ordine all'introduzione di modifiche organizzative per assicurare al RPCT funzioni e poteri idonei allo svolgimento del ruolo con autonomia ed effettività;
- Riceve la relazione annuale del RPCT e può chiamare quest'ultimo a riferire sull'attività, nonché riceve dallo stesso, segnalazioni su eventuali disfunzioni riscontrate inerenti l'attuazione delle misure di prevenzione e di trasparenza;
- In relazione al coinvolgimento nei termini sopra evidenziati, l'ANAC si riserva di poter chiedere informazioni in merito direttamente allo stesso Direttore Generale;
- Garantisce l'attività di coordinamento degli atti e delle azioni adottati nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.



2.c.1.1.2. Responsabile R.P.C.T.

Il **Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza**, rappresenta uno dei soggetti fondamentali evidenziati dal nostro Legislatore nell'ambito della normativa sulla prevenzione della corruzione e della trasparenza. Nella Legge n. 190/2012 sono stati dettagliatamente definite le attività del Responsabile per la prevenzione della corruzione.

In particolare, il **RPCT pro tempore**, nella persona dell'Avv. Maria Grimaldi, nominata con Deliberazione del Direttore Generale n. 858 del 06 novembre 2020, svolge attività di:

- **controllo sull'adempimento** da parte dell'amministrazione degli **obblighi di pubblicazione** previsti dalla normativa vigente, assicurando completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate;
- **segnalazione** dei casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione alla Direzione Aziendale, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'Ufficio provvedimenti disciplinari (articolo 43 del d. lgs n. 33/2013);
- **elaborazione e proposizione del Piano triennale** per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, al Direttore Generale, per la successiva adozione con apposito atto deliberativo;
- **controllo della regolare attuazione del Piano triennale** per la prevenzione della corruzione e della trasparenza.

2.c.1.1.3. Gruppo di Lavoro per il P.I.A.O.

L'Istituto ha inteso costituire apposito **Gruppo di lavoro per lo svolgimento delle attività di analisi integrata ed elaborazione del "Piano integrato di Attività e Organizzazione" (PIAO)** di cui all'art. 6 del d.l. 80/2021 e s.m.i., con l'apporto di competenze delle varie Strutture organizzative interessate dalle sezioni tematiche del PIAO, giusta deliberazione del Commissario Straordinario n. 43 del 10/01/2022.

2.c.1.1.4. Network Sanità

L'Istituto fa parte del **"Network Sanità"** della Regione Puglia, una struttura di raccordo tra il RPCT della Regione e gli RPCT delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale pugliese istituita con DGR n. 48/2018 al fine di condividere criteri e metodologie e garantire un'azione sinergica nell'ambito delle politiche di prevenzione della corruzione in ambito sanitario. In data 29 novembre 2022, si è tenuta una riunione tra gli RPCT delle Aziende Sanitarie della Regione Puglia al fine di condividere criteri e metodologie operative sugli obblighi di pubblicità e trasparenza.

2.c.1.1.5. O.I.V.

I componenti dell'**Organismo interno di vigilanza**:

- **partecipano al processo di gestione del rischio**; considerano i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
- **svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa** (artt. 43 e 44 d.lgs. n. 33 del 2013);



- esprimono **parere obbligatorio sul Codice di comportamento** adottato dall'amministrazione (art. 54, comma 5, d.lgs. n. 165 del 2001).

2.c.1.1.6. Referenti Interni

Tutti i Dirigenti dell'Istituto sono coinvolti nell'implementazione del presente Piano e svolgono, per quanto di competenza:

- **attività informativa nei confronti del Responsabile**, dei Referenti e dell'Autorità giudiziaria;
- **partecipano al processo di gestione del rischio**, propongono le misure di prevenzione, impegnandosi al monitoraggio di I livello (autovalutazione);
- **assicurano l'osservanza del Codice di comportamento** e segnalano le ipotesi di violazione;
- **adottano le misure gestionali**, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale;
- **partecipano alle attività formative obbligatorie previste nel Piano formativo anticorruzione e/o proposte dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.**

Nell'ottica del coinvolgimento del personale e della necessità di diffusione dei valori di etica e legalità, si è provveduto a costituire, con Deliberazione n.57 del 23/01/2018 un **gruppo di lavoro composto dalla Direzione Strategica, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, i Direttori e i Dirigenti Responsabili di Unità Operativa e i Referenti interni per la corruzione**, al fine di consentire il coinvolgimento di tutte le strutture e gli attori dei processi aziendali nelle attività di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

2.c.1.1.7. Ufficio Procedimenti Disciplinari

L'ufficio procedimenti disciplinari di cui all'art. 55 bis, comma 4° del D.lgs n. 165/2001, è costituito quale Ufficio autonomo. Con deliberazione del Commissario Straordinario n. 439 del 07/09/2021 si è provveduto alla nuova designazione del Presidente UPD e dei suoi componenti. In caso di procedimento disciplinare nei confronti di specialista ambulatoriale, un componente dell'UPD è sostituito da un componente in rapporto di convenzionamento con il SSN ai sensi dell'art. 37, comma 5, lett. b) ACN 2015.

L'attività svolta dell'U.P.D. è qui di seguito riportata:

1. Svolge procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
2. Provvede alla comunicazione obbligatorie nei confronti dell'Autorità giudiziaria;
3. Propone un aggiornamento del Codice di comportamento.

2.c.1.1.8. Dipendenti e collaboratori

Tutti i dipendenti dell'Istituto partecipano al processo di gestione del rischio, osservando le misure contenute nel Piano per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'ufficio procedimenti disciplinari – U.P.D., casi di personale in conflitto d'interesse. Tutti i dipendenti dell'Istituto rispettano le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione. In particolare, i dipendenti:



- **rispettano le prescrizioni** contenute nel piano per la prevenzione della corruzione;
- **prestano la loro collaborazione al Responsabile** della prevenzione della corruzione;
- **segnalano al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito** nell'Istituto, di cui siano venuti a conoscenza.

Pertanto, tutte le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione previste e adottate nel presente Piano devono essere rispettate da tutti i dipendenti. La violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare ai sensi dell'art. 1 comma 14,1 della Legge 190/2012.

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" – I.R.C.C.S. di Bari sono tenuti ad osservare le misure di prevenzione della corruzione previste nel presente Piano e segnalare le situazioni di illecito nei modi previsti dalla normativa vigente.

2.c.2. Valutazione d'impatto del contesto esterno

L'analisi del **contesto esterno** ha come obiettivo quello di **evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'Ente opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi** al proprio interno.

L'Istituto, nella realizzazione delle attività nell'ambito della sua mission, instaura una serie di rapporti con Istituzioni, Enti del S.S.N. e altri soggetti. In particolare, l'Istituto, instaura rapporti con le Istituzioni che, oltre ai rapporti inerenti la vigilanza, le nomine e le modalità di riconoscimento, mantiene con lo Stato, prevalentemente con il Ministero della Salute, rapporti inerenti il coordinamento e il finanziamento dei programmi di ricerca corrente e finalizzata e l'integrazione con gli altri IRCCS e con le Reti.

Per l'analisi del contesto esterno si è tenuto conto in particolare delle informazioni relative a:

- Contesto socio-economico;
- Criticità rilevate attraverso segnalazioni esterne;
- Criticità rilevate attraverso le attività di monitoraggio;
- Presenza di criminalità organizzata e fenomeni di infiltrazioni mafiose;
- Presenza di reati di riciclaggio, concussione, corruzione e peculato.

Indice demografico

La città di Bari è il comune più grande della Puglia per popolazione residente ed è anche il comune più basso della città metropolitana di Bari per altitudine del punto in cui è situata la casa comunale.

Il grafico in basso, detto Piramide delle Età, rappresenta la distribuzione della popolazione residente a Bari per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2022. I dati tengono conto dei risultati del Censimento permanente della popolazione.

La popolazione è riportata per classi quinquennali di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra). I diversi colori evidenziano la distribuzione della popolazione per stato civile.

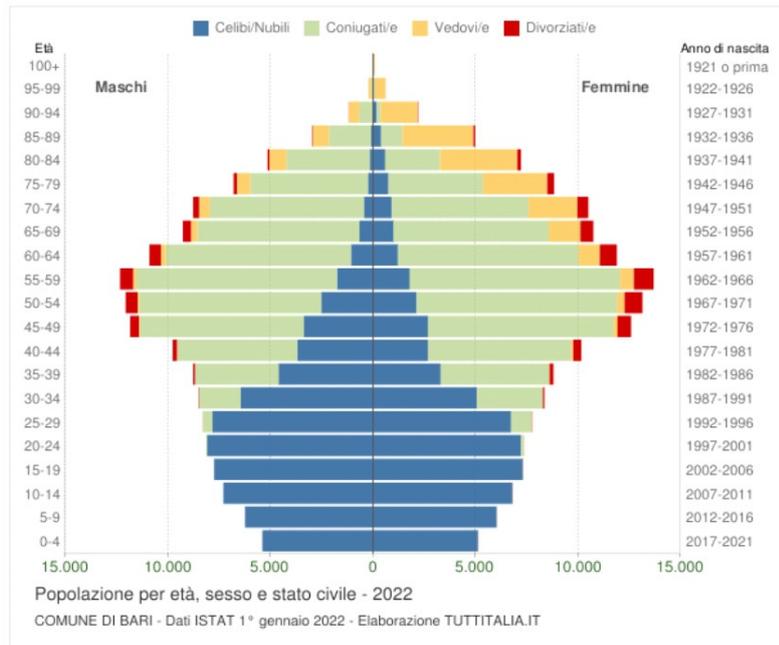
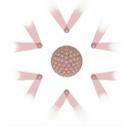
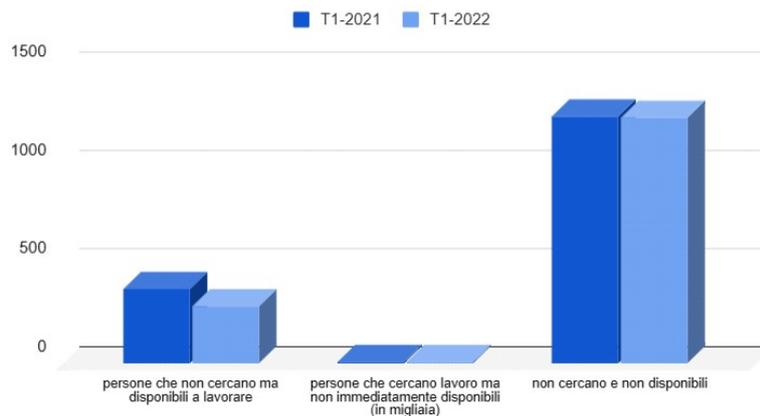


Figura 1 - Distribuzione popolazione

Indice occupazione/disoccupazione (fonte Ufficio Statistico Regione Puglia)

Nel I trimestre 2022, in Puglia, il tasso di occupazione 15-64 anni è pari al 47,8% (42,8% nel I trimestre 2021), il tasso di disoccupazione 15-64 anni è pari al 13,3% (17% nel I trimestre 2021), il tasso di inattività 15-64 anni è pari al 44,9% (48,4% nel I trimestre 2021).

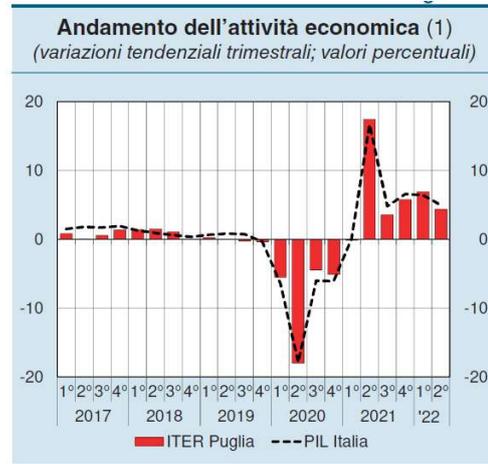
Forze lavoro e non forze lavoro. Puglia. I trim 2021-2022 (migliaia)



Economia



Nei primi nove mesi del 2022 l'economia pugliese ha continuato a crescere intensamente, completando il recupero dei livelli produttivi persi a causa della pandemia. Secondo quanto stimato dall'indicatore trimestrale delle economie regionali (ITER) della Banca d'Italia nel primo semestre del 2022 l'attività economica sarebbe cresciuta del 5,6 per cento rispetto al corrispondente periodo dello scorso anno (5,4 e 5,7 per cento rispettivamente nel Mezzogiorno e in Italia), in lieve rallentamento rispetto all'intero 2021 (6,0 per cento); nel periodo in esame l'indicatore si sarebbe collocato su livelli analoghi a quelli del primo semestre del 2019. Sulla base di informazioni più aggiornate nel terzo trimestre la crescita avrebbe ulteriormente decelerato, soprattutto a causa dell'incremento dell'inflazione e dei costi di produzione



Fonte: elaborazioni su dati Istat, Infocamere-Movimprese e INPS.
(1) Le stime dell'indicatore ITER della Puglia per gli anni fino al 2020 sono coerenti, nell'aggregato dei quattro trimestri dell'anno, con il dato del PIL regionale annuale rilasciato dall'Istat nell'edizione dei Conti economici territoriali di ottobre 2021.

Criminalità

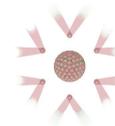
Così come riportato nella Relazione annuale 2020 della Banca d'Italia del 31/05/2021, la pandemia di Covid-19

ha avuto effetti estremamente gravi sul piano umano, sociale ed economico. Oltre 160 milioni di persone sono state contagiate e più di 3 milioni hanno perso la vita.

È del tutto evidente che questo stato di incertezza e di impoverimento, soprattutto nelle fasce più deboli del tessuto sociale, costituisce un grosso rischio di maggiori infiltrazioni della criminalità organizzata.

Nella Regione Puglia il contesto mafioso, in continua evoluzione e tradizionalmente distinto in mafia foggiana, camorra barese e sacra corona unita, ha saputo sviluppare una politica di consolidamento e di espansione caratterizzata da una penetrante e pervasiva capacità di controllo militare del territorio e da una spiccata vocazione relazionale finalizzata all'attuazione di un più evoluto modello di mafia degli affari. In questi termini si è espresso anche il Procuratore Generale presso la Corte d' Appello di Bari, Anna Maria Tosto, che in occasione dell'Assemblea Generale sull'Amministrazione della giustizia per l'anno 2022 ha sottolineato come nel territorio pugliese la criminalità organizzata continui a costituire "un fattore di grave pregiudizio alla vita comune con ripercussione su ogni componente, quella sociale economica e politica". Non è un caso che la necessità di dare la giusta attenzione ai fenomeni complessi e radicati di criminalità organizzata di stampo mafioso pugliese abbia dato origine alla nascita il 20 luglio 2021 della "Commissione Regionale di studio e di inchiesta sul fenomeno della criminalità organizzata in Puglia" il cui obiettivo è quello di contrastare l'infiltrazione criminosa nell'attività pubblica anche attraverso la collaborazione con altre amministrazioni territoriali, istituzioni, organi della magistratura, forze dell'ordine e rappresentanze della società civile.

L'Istituto, nella consapevolezza della presenza di tale fattore di rischio, intende adottare specifiche misure di controllo e mitigazione dell'esposizione ai rischi corruttivi con particolare riferimento alla gestione dei progetti PNRR. Da un'analisi sommaria delle informazioni sopra riportate, si conferma un trend che vede una popolazione caratterizzata da indici di vecchiaia e



di invecchiamento in aumento, così come i livelli di disoccupazione e di accordi corruttivi di stampo mafioso.

Questi fondamentali indicatori determinano il profilo della comunità assistenziale servita dall'Istituto e sono considerati come "fattori abilitanti" di contesto certamente da non sottovalutare, nell'ambito delle decisioni strategiche aziendali.

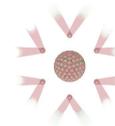
Di seguito la **matrice di analisi del contesto esterno** che considera l'impatto (basso-medio-alto) e la probabilità di accadimento (bassa-media-alta) di eventi corruttivi, tenuto conto della rilevanza degli interessi sottesi all'azione dell'Istituto e dell'incidenza degli interessi degli stakeholder a vario titolo coinvolti nelle relazioni istituzionali.

STAKEHOLDER DI INPUT					
<u>Tipo attività/interessi</u>	<u>Soggetti</u>	<u>Incidenza variabili esogene</u>	<u>Impatto</u>	<u>Probabilità</u>	<u>Rischio finale</u>
<u>PROGRAMMAZIONE</u>	<p><u>Soggetti pubblici</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>AReSS</u> • <u>Agenas</u> • <u>Ministero della Salute</u> • <u>MEF</u> • <u>Università</u> • <u>Enti di Ricerca</u> • <u>Comunità scientifica</u> • <u>Regione</u> <p><u>Soggetti privati</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Associazioni di categoria</u> 	<u>Sociali ed economiche</u>	<u>Alto</u>	<u>Bassa</u>	<u>Medio</u> 
<u>FINANZIAMENTO</u>	<p><u>Soggetti pubblici</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Regione</u> • <u>Ministero Salute</u> • <u>Altri soggetti pubblici</u> <p><u>Soggetti privati</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Aziende</u> • <u>Cittadini</u> • <u>Sponsor</u> • <u>Case farmaceutiche</u> 	<u>Sociali ed economiche</u>	<u>Alto</u>	<u>Bassa</u>	<u>Medio</u> 



SERVIZI E PRESTAZIONI	<u>Soggetti pubblici</u> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Aziende di Servizi alla Persona</u> • <u>Società controllate</u> <u>Soggetti privati</u> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Operatori economici</u> • <u>Strutture convenzionate</u> 	<u>Territoriali,</u> <u>criminologiche,</u> <u>culturali, sociali</u> <u>ed</u> <u>economiche</u>	Alto	Alta	Alto 
STAKEHOLDER DI OUTPUT					
Tipo attività/interessi	Soggetti	Incidenza variabili esogene	Impatto	Probabilità	Rischio finale
INTERESSI SOCIALI ED ISTITUZIONALI	<u>Attori sociali</u> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Cittadini</u> • <u>Regione "Assessorato Salute"</u> • <u>Network regionali</u> • <u>Ministero della Salute</u> • <u>Università</u> • <u>Enti di Ricerca</u> • <u>Comunità scientifica</u> • <u>ARPA Puglia</u> • <u>Comuni</u> • <u>Istituti scolastici</u> • <u>Associazioni volontariato</u> • <u>Organizzazioni sindacali</u> • <u>Tribunale diritti del malato</u> • <u>FIASO</u> • <u>Federfarma</u> • <u>Ordini professionali</u> 	<u>Sociali ed</u> <u>economiche</u>	Alto	Bassa	Medio 

L'interazione con i soggetti sopra indicati in relazione alla numerosità degli stessi e alla rilevanza degli interessi sottesi all'azione dell'Istituto, correlati all'incidenza degli interessi specifici perseguiti, in forma singola o associata, dai soggetti di cui sopra, sono tutti elementi alla luce dei quali è stata elaborata l'analisi del rischio del contesto esterno.



Di seguito la matrice di analisi SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) utile per la pianificazione strategica finalizzata ad esaminare le principali forze (S), debolezze (W), opportunità (O) e minacce (T) emerse dall'analisi del contesto in cui opera l'Istituto.

Punti di forza	Punti di debolezza
Potenziamento infrastrutture tecnologiche e informatizzazione processi	Elevate liste di attesa
Potenziamento quali-quantitativo del personale Potenziamento del C.Or.O. (Centro di Orientamento Oncologico)	Indisponibilità di spazi necessari ad ospitare ambulatori di tipo chirurgico
Riallocazione strutturale delle attività amministrative, gestionali ed assistenziali	Frammentazione della distribuzione degli ambulatori medici e degli ambulatori e delle sale di infusione
Opportunità	Minacce
Sblocco delle assunzioni	Vincoli di finanza pubblica
Utilizzo dei fondi PNRR (Missione 6 "Salute") e FESR	Invecchiamento della popolazione con incremento del fabbisogno assistenziale

2.c.3. Valutazione d'impatto del contesto interno

L'analisi del contesto interno ha come obiettivo quello di analizzare le caratteristiche dell'organizzazione e della gestione operativa dell'Ente e che influenza la struttura del rischio corruzione. Tale analisi, in particolare consente di evidenziare il livello di complessità organizzativa dell'amministrazione e soprattutto il sistema delle responsabilità.

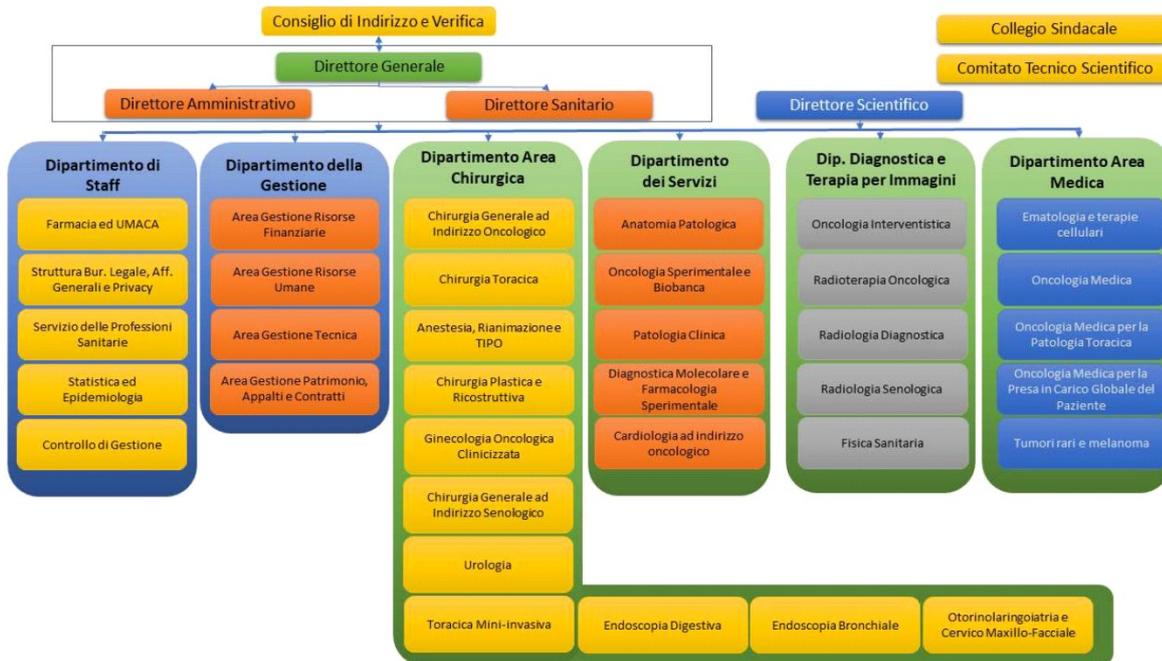
L'Istituto è integrato nel Servizio Sanitario Regionale quale "Centro di riferimento oncologico regionale", con il compito di garantire assistenza e ricerca in ambito oncologico e di coordinare le funzioni di assistenza a livello regionale anche guidando gruppi di lavoro che hanno il compito di definire i Protocolli diagnostico-terapeutici, di monitorarne l'efficacia e di provvedere al loro aggiornamento.

L'organizzazione dell'Istituto è articolata nelle seguenti tipologie di strutture operative:

- **Dipartimenti;**
- **Strutture Complesse (S.C.);**
- **Strutture Semplici a valenza dipartimentale (S.S.D);**
- **Strutture Semplici (S.S.);**
- **Area di Ricerca.**

Con la deliberazione del Direttore Generale n. 576 del 26/10/2022 è stato adottato **l'Organigramma dei gruppi di ricerca** al fine di garantire un coordinamento dei diversi campi di ricerca presenti all'interno dell'Istituto per affrontare al meglio i sempre più stringenti e nuovi obiettivi assistenziali e scientifici che lo stesso si prefigge.

L'organizzazione aziendale è rappresentata, nel suo complesso, dal seguente organigramma:



Di seguito alcuni dati sintetici sulla dotazione organica dell'Istituto al 31/12/2022

- Numero totale dipendenti: 689
- Numero Dirigenti: 198
- Numero non Dirigenti: 491
-

Per ulteriori dettagli si rinvia alla sezione 4.0 "Organizzazione e Capitale Umano".

L'Istituto ha la propria sede di proprietà nell'ex Ospedale "Domenico Cotugno" sito in Bari, in via Orazio Flacco, n. 65.

Tuttavia, per raggiunti limiti strutturali, è previsto un importante piano di rilancio dell'Istituto con la riallocazione delle attività amministrative e gestionali non sanitarie all'esterno del complesso ospedaliero. Tale attività ha avuto inizio già con il trasferimento (completato nel 2021) dell'intero primo piano della palazzina uffici, riallocate nella sede di cui l'Istituto si è dotato in Via Camillo Rosalba, 47/z a Bari. Ad esito di tale attività, l'intero primo piano di tale edificio ha assunto la funzione di ambulatorio per le infusioni di chemioterapia, mentre le residuali attività amministrative occupano ancora il piano secondo ed il piano terzo della Palazzina Uffici interna al perimetro di Viale O. Flacco.

Per ulteriori dettagli si rinvia alla sezione 3.3 "Un piano di rilancio dell'Istituto".

Nonostante le attività istituzionali perseguite dall'Istituto siano statisticamente e potenzialmente permeabili a fenomeni corruttivi, **si evidenzia l'assenza nel corso dell'anno 2022, di procedimenti disciplinari per eventi corruttivi riconducibili a fatti penalmente rilevanti, così come illustrato nella relazione annuale del RPCT**, pubblicata nell'Amministrazione Trasparente del sito internet istituzionale, all'indirizzo



<https://www.sanita.puglia.it/web/irccs/relazione-del-responsabile-della-prevenzione-della-corruzione-e-risultati-dell-attivita-svolta>

Sebbene il quadro complessivo non richieda l'integrazione di particolari misure di mitigazione del rischio corruttivo, la Direzione Strategica aziendale intende rafforzare i presidi anticorrittivi, con particolare riferimento ai progetti PNRR, attraverso monitoraggi semestrali di I e II livello, al fine di scongiurare ogni eventuale evento corruttivo.

2.c.4. Mappatura processi

Nel rispetto di quanto disposto dalla Legge 190/2012 e dai Piani Nazionali Anticorruzione, l'Istituto ha proceduto alla mappatura dei processi aziendali nonché all'individuazione delle "fasi" più frequentemente soggette al rischio corruttivo, prendendo come riferimento metodologico la **norma ISO 31000 "Risk Management - Principles and guidelines"**.

Preso atto dell'importanza strategica della mappatura dei processi nell'ambito dell'analisi del contesto interno, nel corso dell'anno 2022, i Referenti del RCPT sono stati chiamati a rendicontare le misure di prevenzione applicate con l'aggiornamento dell'analisi del rischio, attraverso apposita check-list per la successiva alimentazione nella piattaforma web centralizzata per il governo degli adempimenti in materia di prevenzione della corruzione.

I vari processi sono stati inquadrati in aree di rischio con l'indicazione del Responsabile e la descrizione del processo e delle fasi rilevanti per la valutazione del rischio corruttivo.

In particolare, sono state considerate le seguenti aree a rischio:

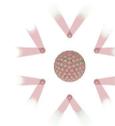
A. **Acquisizione e progressione del personale**

1. Reclutamento
2. Progressioni di carriera
3. Conferimento di incarichi di collaborazione

B. **Affidamento di lavori, servizi e forniture**

1. Rilevazione fabbisogni e programmazione acquisti
2. Definizione dell'oggetto ed individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento
3. Requisiti di qualificazione
4. Requisiti di aggiudicazione
5. Valutazione delle offerte
6. Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte
7. Procedure negoziate
8. Affidamenti diretti
9. Revoca del bando
10. Redazione del cronoprogramma
11. Varianti in corso di esecuzione del contratto
12. Subappalto
13. Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto

C. **Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario**



D. **Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto** ed immediato per il destinatario. Nell'aggiornamento assunto con determinazione n. 12/2015 l'ANAC individua per la sanità diverse aree a rischio e per ognuna vengono delineate le procedure e le prassi ideali per scongiurare il rischio di corruzione e illegalità. Queste le aree a rischio individuate:

1. **Contratti pubblici;**
2. **Incarichi e nomine;**
3. **Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;**
4. **Controlli, verifiche ispezioni e sanzioni;**
5. **Attività libero professionale e liste di attesa;**
6. **Rapporti contrattuali con privati accreditati;**
7. **Farmaceutica dispositivi e altre tecnologie (ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni);**
8. **Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero.**

Nel corso dell'anno 2022 sono stati mappati ed analizzati 108 processi aziendali, con l'aggiornamento dell'analisi del rischio.

Area di rischio	Valutazione Rischio	Basso	Medio	Alto	Totale Processo
A - GESTIONE RISORSE UMANE		0	10	0	10
B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI		1	24	1	26
C - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO		1	11	0	12
D - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO		1	11	0	12
E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE		3	9	0	12
F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO		1	7	0	8
G - INCARICHI E NOMINE		0	1	0	1
H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO		0	7	0	7
I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA		4	9	0	13
M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA		2	4	0	6
N - DECESSI INTRA AZIENDALI		0	1	0	1
TOTALE AREE 11	TOTALE	13	94	1	108

Per dettagli si rinvia al documento allegato denominato "allegato1-Analisi dei rischi".

2.c.5. Valutazione del rischio

La valutazione del rischio è la macro-fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso è prima identificato, poi analizzato ed infine confrontato con altri rischi per definire i livelli di priorità di intervento.



La gestione del rischio di corruzione è quindi lo strumento da utilizzare per la riduzione della probabilità che il rischio si verifichi, riducendo altresì l'impatto sia per l'organizzazione che per lo stakeholder.

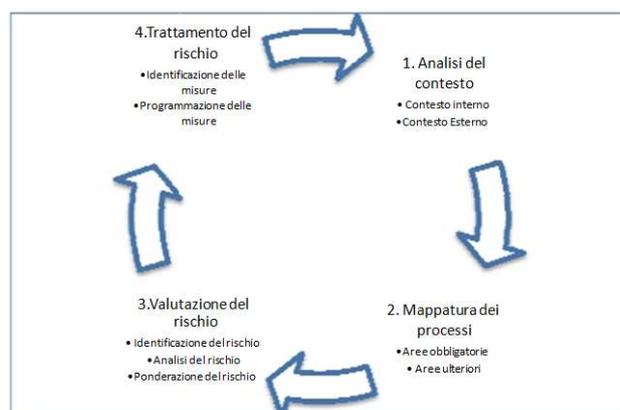
La pianificazione, mediante l'adozione del "Piano della prevenzione della Corruzione", è il mezzo per attuare la gestione del rischio.

I risultati sullo stato di attuazione delle misure di mitigazione del rischio, concretamente applicate dai Dirigenti delle Strutture interne aziendali, sono illustrate nel documento in allegato (Allegato_3-Stato attuazione misure).

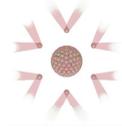
L'intero processo di gestione del rischio tiene conto dei seguenti principi:

- **Realizzazione dell'interesse pubblico alla prevenzione e alla trasparenza**, in un'ottica di realizzazione di un processo concreto di miglioramento continuo dell'attività dell'Istituto e non un mero aspetto burocratico;
- E' **parte integrante** del processo decisionale;
- E' un processo che si integra con processi di programmazione e gestione, il particolare con il Ciclo di **Gestione delle Performance**. Infatti, gli obiettivi individuati nel Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza per i Responsabili delle Unità Organizzative in merito all'attuazione delle misure di prevenzione e i relativi indicatori, sono collegati agli obiettivi da inserire nel Piano delle Performance. Ne consegue che, l'attuazione delle misure previste nel presente Piano è uno degli elementi di valutazione del personale Dirigente e del personale non dirigenziale;
- E' un processo di **miglioramento continuo** e graduale e tiene conto dei requisiti di sostenibilità e possibilità di attuare gli interventi previsti;
- È un processo che implica **l'assunzione di responsabilità**. Il processo di gestione del rischio è un processo di analisi, diagnosi e trattamento che richiede un'attenta valutazione degli organi di indirizzo, dei dirigenti e del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- E' un processo che tiene conto di uno **specifico contesto** interno ed esterno e prevede il coinvolgimento dei portatori di interessi interni ed esterni;
- È ispirato al criterio della **prudenza**, volto ad evitare una sottostima del rischio di corruzione, basato sulla valutazione riferito alle eventuali disfunzioni organizzative e non sulla qualità dei singoli individui.

Le principali fasi che caratterizzano il processo di gestione del rischio, posso essere sintetizzate in **quattro fasi fondamentali**, come di seguito evidenziate, che hanno caratterizzato la predisposizione del presente Piano.



Fasi gestione del rischio



Sono stati utilizzati i criteri in termini di indici di **“probabilità” e “impatto”**, prendendo in considerazione i fattori abilitanti e moltiplicando i relativi fattori determinati dalla media della somma degli indici di valutazione della probabilità per la media della somma degli indici di valutazione dell’impatto.

Tale **analisi del rischio** riportata nell’“Allegato1-Analisi dei rischi” è stata effettuata con l’ausilio di una piattaforma web centralizzata dedicata al governo delle misure anticorruptive aziendali, consentendo un miglioramento qualitativo nella mappatura dei processi e delle misure di mitigazione dei rischi.

Nel corso del triennio 2023-2025 sarà gradualmente perfezionata la nuova metodologia di analisi del rischio in linea con il nuovo Piano Anticorruzione Nazionale (PNA 2022).

Ciascun Referente del RPCT ha provveduto altresì a rendicontare **lo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione** (“allegato3-Stato attuazione misure”).

L’analisi del rischio e l’individuazione delle misure di prevenzione è stata realizzata dal gruppo di lavoro appositamente costituito con Delibera n. 57 del 23/01/2018, avente ad oggetto: “Legge 190/2012 avente ad oggetto: “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”. Individuazione e nomina dei Referenti interni per la prevenzione della corruzione”, composto dal Direttore Generale, il Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza, i Direttori e Dirigenti Responsabili di Unità Operativa e i Referenti interni. Nella individuazione delle aree a rischio si è tenuto conto delle “Area di rischio obbligatorie” di cui all’art. 1 comma 16 della Legge 190/2012, nonché delle “Aree Generali” e delle “Aree di rischio specifiche” individuate nel PNA.

L’analisi preliminare condotta, coinvolgendo tutto il personale aziendale, ha consentito di:

- **migliorare e aggiornare la mappatura dei processi;**
- **modificare e integrare, per ciascun processo, i possibili rischi;**
- **attribuire a ciascun processo un grado di rischio specifico;**
- **modificare e integrare le misure di prevenzione dei rischi.**

Per la misurazione del livello del rischio, sono state adottate le indicazioni metodologiche contenute nell’Allegato 1 al PNA 2019 e nel nuovo PNA 2022, privilegiando un’analisi di tipo “ibrido” quali-quantitativo. Sono stati individuati i seguenti principali criteri (indicatori di stima) sulla base dei quali è stata effettuata la valutazione del livello di esposizione al rischio dei processi:

- Discrezionalità
- Rilevanza esterna
- Complessità del processo
- Valore economico
- Frazionabilità del processo
- Presenza controlli



- Impatto organizzativo
- Impatto economico
- Impatto reputazionale

Con la nuova metodologia di gestione del rischio, la valutazione cumulativa del livello di esposizione facendo riferimento a più valori risulta il frutto di una valutazione complessiva che tiene conto di diversi aspetti. In particolare, si dà particolare rilevanza agli indicatori di livello medio e alto i cui valori costituiscono un “alert” per la gestione del rischio corruttivo e porteranno i processi ad essere sottoposti ad un monitoraggio più puntuale per la loro “intrinseca rischiosità”.

Con riferimento all’analisi del rischio e relativa rendicontazione delle misure di monitoraggio, sono allegati i seguenti documenti cui si rinvia:

- Allegato_1-Analisi dei rischi
- Allegato_2-Priorità trattamento rischi
- Allegato_3-Stato attuazione misure

Dopo aver determinato il livello di rischio di ciascun processo, si è provveduto alla ponderazione, definendo, cioè, una graduatoria dei rischi, in base al livello di rischio più o meno elevato. La classifica del livello di rischio è stata poi esaminata e valutata per elaborare la proposta di trattamento dei rischi. Per far ciò si precisa che i processi sono stati considerati più o meno a rischio secondo la tabella di valutazione di seguito riportata:

<u>Livello di rischio</u>	<u>Classificazione e identificazione del rischio</u>
Basso	Rischio ACCETTABILE Il rischio è sostanzialmente controllato; la pesatura ha evidenziato un adeguato livello di prevenzione e delle misure organizzativa già poste in essere.
Medio	Rischio INTERMEDIO Il rischio è parzialmente non controllato. Il sistema preventivo deve essere implementato. Fondamentale il controllo nel tempo dell’effettiva prevenzione.
Alto	Rischio ELEVATO Il rischio è sostanzialmente non controllato. L’Istituto deve adottare misure ulteriori di mitigazione.

Un concetto cruciale nello stabilire se attuare nuove azioni è quello di “rischio residuo”, ossia del rischio che persiste una volta che le misure di prevenzione generali e specifiche siano state correttamente attuate. Nell’analizzare il rischio residuo si considera inizialmente la possibilità che il fatto corruttivo venga commesso in assenza di misure di prevenzione; successivamente, si analizzano le misure generali e specifiche che sono state già adottate dall’amministrazione



valutandone l' idoneità e l' effettiva applicazione. Nella valutazione del rischio, quindi, è necessario tener conto delle misure già implementate per poi concentrarsi sul rischio residuo.

Sono stati altresì considerati i **"fattori abilitanti"** ovvero i fattori di contesto che possono agevolare il verificarsi di comportamenti o fattori corruttivi, come di seguito elencati:

- Mancanza / inadeguatezza di controlli
- Mancanza di trasparenza
- Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento
- Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto
- Scarsa responsabilizzazione interna
- Assenza di adeguate competenze in capo al personale addetto ai processi
- Carenza e/o inadeguata diffusione della cultura della legalità, responsabilità, integrità
- Mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione

2.c.6. Monitoraggio e riesame

Il monitoraggio e il riesame periodico costituiscono una fase cruciale del processo di gestione del rischio grazie ai quali è possibile verificare l' attuazione e l' adeguatezza delle misure di prevenzione nonché il complessivo funzionamento del processo stesso e consentire in tal modo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie.

Monitoraggio e riesame sono due attività differenti ma strettamente collegate. Il monitoraggio è un' attività continuativa di **verifica dell'attuazione e dell' idoneità delle singole misure** di trattamento del rischio, mentre il **riesame è un' attività svolta ad intervalli programmati che riguarda il funzionamento del sistema nel suo complesso**. Per quanto riguarda il monitoraggio si possono distinguere due sottofasi:

- **Monitoraggio sull'attuazione** delle misure di trattamento del rischio
- **Monitoraggio sull'adeguatezza** delle misure di trattamento del rischio

I risultati dell' attività di monitoraggio sono utilizzati per effettuare il riesame periodico della funzionalità complessiva del "Sistema di gestione del rischio".

Nel corso dell' anno 2022, è stato effettuato un monitoraggio interno di I (Referenti) e II livello (RPCT), che ha permesso la correzione di inesattezze e l' aggiornamento di alcuni processi, rischi e relative misure di mitigazione del rischio corruttivo.

Entrambi i monitoraggi hanno riguardato sia lo stato di attuazione delle misure di carattere generale che lo stato di attuazione delle misure di carattere specifico.

L' obiettivo della verifica semestrale è stato quello di accertare la corretta applicazione, da parte dei Dirigenti, delle misure predisposte secondo le modalità e nei tempi previsti, e la reale efficacia delle stesse in termini di prevenzione del rischio.



Il monitoraggio dei processi già mappati avviene con **frequenza semestrale** attraverso incontri/interviste/audit on-site con i referenti interni delle strutture aziendali. Sono verificati i livelli di attuazione, attraverso **l'analisi degli indicatori** con i risultati attesi e raggiunti, registrando eventuali scostamenti e relative criticità. Il monitoraggio procede con frequenza semestrale secondo il **principio di gradualità**.

Con riferimento alle modalità di verifica, il RPCT verifica la veridicità delle informazioni rese in autovalutazione attraverso il controllo degli indicatori previsti nel Piano per l'attuazione delle misure e attraverso la richiesta di documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" dell'effettiva azione svolta.

Il riesame è effettuato dal RPCT entro il mese di gennaio di ciascun anno al fine di valutare l'efficienza ed efficacia del sistema anticorruptivo nel suo complesso.

Stato di attuazione delle misure

Da una lettura comparativa con i precedenti report si rileva un continuo miglioramento delle attività di prevenzione della corruzione svolte dall'Istituto ed una generalizzata attuazione delle misure di mitigazione del rischio corruttivo "generali" e "specifiche".

In particolare, sono state rendicontate da ciascun Referente RPCT le misure di mitigazione del rischio corruttivo per ciascun processo a rischio, ivi compreso l'indicatore con relativo stato di avanzamento delle attività. Per dettagli si rinvia al report in allegato "Allegato3-Stato attuazione misure".

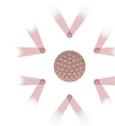
Gli **esiti complessivamente positivi del monitoraggio al 31 dicembre 2022**, confermano l'adeguatezza della programmazione definita a monte, in termini di efficacia ed efficienza.

Le attività di sorveglianza svolte dal RPCT hanno contribuito ad identificare con maggiore precisione fasi, tempi e, in particolar modo, indicatori di attuazione (target), attraverso l'ausilio di procedure informatizzate.

Dei risultati del monitoraggio si è dato conto anche nella **Relazione annuale del RPCT** (Allegato4-Relazione RPCT) per l'anno 2022, di cui all'art. 1, comma 14, della legge n. 190/2012, pubblicata sul sito internet istituzionale, nell'apposita sezione Amministrazione trasparente – Altri contenuti – Prevenzione della Corruzione - Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e risultati dell'attività svolta (<https://www.sanita.puglia.it/web/irccs/relazione-del-responsabile-della-prevenzione-della-corruzione-e-risultati-dell-attivita-svolta>).

2.c.7. Misure generali e specifiche

Il trattamento del rischio consiste nell'individuare misure di prevenzione idonee a contrastare i rischi corruttivi. Gli interventi individuati tengono conto dell'analisi del contesto esterno, interno e degli esiti della mappatura dei processi effettuata nel 2022 e sono conformi alle



misure previste dagli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza dell'Istituto.

Di seguito l'elenco delle misure generali (MG) e delle misure specifiche (MS) definite nell'ambito del sistema di gestione della prevenzione della corruzione, meglio illustrate nei capitoli successivi:

Cod.	Descrizione misura	Attuazione misura (Si/No)
MG-01	Inconferibilità e incompatibilità	SI
MG-02	Incarichi extra-istituzionali	SI
MG-03	Incompatibilità successive (pantouflage)	SI
MG-04	Astensione per conflitto di interessi	SI
MG-05	Rotazione del personale (ordinaria e straordinaria)	SI
MG-06	Codice di Comportamento	SI
MG-07	Segnalazioni illecite (whistleblowing)	SI
MG-08	Formazione del personale	SI
MG-09	R.A.S.A.	SI
MG-10	Gestore U.I.F.	SI
MG-11	Commissioni e conferimento incarichi in caso di condanna	SI
MG-12	Patto di integrità	SI
MG-13	Trasparenza	SI
MS-01	Informatizzazione e dematerializzazione	SI
MS-02	Regolamentazione delle Sponsorizzazioni	SI
MS-03	Regolamentazione delle Sperimentazioni	SI
MS-04	Controllo attività conseguenti al decesso	SI
MS-05	Regolamentazione donazioni e comodati d'uso	SI
MS-06	Regolamentazione ALPI e Liste di attesa	SI
MS-07	Regolamentazione alienazione immobili	SI
MS-08	Certificazione bilancio di esercizio	SI

2.c.7.1. Inconferibilità e incompatibilità (MG-01)

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza in collaborazione con il Responsabile dell'Area Gestione Risorse Umane e con i Dirigenti/Responsabili delle Strutture



competenti al conferimento degli incarichi, verifica che sia attuato il monitoraggio **sull’insussistenza di ipotesi di inconfiribilità ed incompatibilità degli incarichi conferiti o da conferire, ai sensi del D.lgs. n. 39/2013**. L’accertamento avviene al momento del conferimento dell’incarico mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall’interessato allegata all’atto di conferimento pubblicato sul sito istituzionale dell’Istituto.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, qualora accertato, contesta all’interessato l’incompatibilità eventualmente emersa nel corso del rapporto e vigila affinché siano adottate le misure conseguenti. Il Responsabile della prevenzione, in collaborazione con l’Area Gestione Risorse Umane, verifica che sia attuato il controllo sulla sussistenza di eventuali precedenti penali in capo ai dipendenti dell’Istituto o a soggetti, anche esterni a cui l’Istituto intende conferire l’incarico di membro di commissione di affidamento di commesse o di concorso di incarichi dirigenziali o di altri incarichi di cui all’art. 3 del D.lgs n. 39/2013.

L’accertamento avviene mediante dichiarazione di autocertificazione resa dall’interessato conformemente a quanto previsto dall’art. 20 del D.lgs n. 39/2013.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2023-2025	Responsabile
Inconfiribilità e incompatibilità	attuata	Richiesta annuale delle dichiarazioni di incompatibilità al personale dirigenziale già titolare di incarico e richiesta delle dichiarazioni di inconfiribilità/incompatibilità ai dirigenti titolari di nuovi incarichi.	100% Acquisizione e pubblicazione delle dichiarazioni pervenute	Area Gestione Risorse Umane

2.c.7.2. Incarichi extra-istituzionali (MG-02)

L’Istituto, tramite apposito atto, definisce i criteri per il conferimento o l’autorizzazione allo svolgimento degli incarichi di cui all’art. 53 del D.lgs n. 165/2001 e s.m.i. nel rispetto di quanto stabilito dall’intesa raggiunta in sede di Conferenza unificata del 24 luglio 2013. In tale atto sono disciplinati i criteri di valutazione ai fini del conferimento dell’autorizzazione, la fattispecie non soggetta ad autorizzazione, le attività non autorizzabili in quanto incompatibili con l’impiego pubblico, la procedura di autorizzazione, l’apparato sanzionatorio e le ipotesi di sospensione e revoca dell’autorizzazione.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 362 del 15 giugno 2016, questo Istituto ha approvato l’aggiornamento del Regolamento recante norme di incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali, ai sensi del D.Lgs 165/2001 e s.m.i..

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2023-2025	Responsabile
--------	------------------	------------	------------------	--------------



<u>Incarichi extra-istituzionali</u>	<u>attuata</u>	<u>Numero di autorizzazioni rilasciate nel rispetto dei criteri su numero totale delle autorizzazioni rilasciate</u>	<u>100%</u>	<u>Area Gestione Risorse Umane</u> <u>Tutti i Dirigenti</u>
--------------------------------------	----------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	----------------------------------------------------------------

2.c.7.3. Incompatibilità successiva (MG-03)

La Legge n. 190/2012 ha valutato un nuovo rischio di **possibile situazione di corruzione connesso all'impiego del dipendente in un momento successivo alla cessazione del rapporto di lavoro.**

Il rischio valutato dalla norma è che il dipendente si sia precostituito, durante l'attività lavorativa, situazioni da sfruttare a proprio vantaggio in ordine alla sua posizione all'interno dell'amministrazione, per ottenere un lavoro presso l'impresa o il soggetto privato con cui è entrato in contatto.

La misura di prevenzione è che il personale dipendente che per il ruolo e la posizione ricoperta nell'Amministrazione ha avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale, con riguardo allo specifico procedimento o procedura (funzionari responsabili di Posizione organizzativa, responsabili di procedimento), ai sensi dell'art. 53 comma 16 ter del D.lgs n.165/2001, così come inserito dalla lettera l) del comma 42 dell'art. 1 della L. 6 novembre 2012, n. 190, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati che siano stati destinatari dell'attività della stessa pubblica amministrazione presso la quale sussisteva il rapporto di pubblico impiego.

I contratti e gli atti conclusi in violazione del presente comma sono nulli.

Ai fini dell'applicazione dell'art. 53, comma 16 ter, del D.lgs. n. 165/2001 e dell'art. 21 del d.lgs. 39/2013, l'Istituto adotta le seguenti misure:

- **nei contratti di assunzione del personale è inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;**
- **nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, è inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche**



amministrazioni, nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto.

Altresì è previsto l'obbligo per il dipendente, al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, di sottoscrivere una dichiarazione con cui si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma.

<u>Misura</u>	<u>Stato attuazione</u>	<u>indicatore</u>	<u>Target 2023-2025</u>	<u>Responsabile</u>
<u>pantouflage</u>	<u>attuata</u>	<u>Numero di dichiarazioni acquisite su numero di dipendenti cessati dal servizio che devono rendere la dichiarazione</u>	<u>100%</u>	<u>Area Gestione Risorse Umane</u>

2.c.7.4. Astensione per conflitto di interessi (MG-04)

Ai sensi dell'art. 1, comma 41, della Legge 190/2012 che ha introdotto l'art. 6 bis nella Legge n. 241/90, rubricato: **"Conflitto d'interesse", il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interesse**, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale.

La norma persegue una finalità di prevenzione che si realizza mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione del titolare dell'interesse, che potrebbe porsi in conflitto con l'interesse perseguito mediante l'esercizio della funzione e/o con l'interesse di cui sono portatori il destinatario del provvedimento, gli altri interessati e contro interessati.

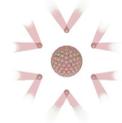
Il dipendente deve rilasciare le dichiarazioni in materia di conflitto di interesse in tre casi:

- al momento dell'assunzione;
- nel caso venga assegnato ad un diverso Ufficio;
- ogniqualevolta le sue condizioni personali si modificano in modo tale da configurare un'ipotesi di conflitto di interesse.

A tal fine:

- È stabilito l'obbligo di astensione per il responsabile del procedimento e/o per il titolare dell'ufficio competente ad adottare il provvedimento finale o atti endoprocedimentali nel caso di conflitto di interesse anche solo potenziale;
- È previsto un dovere di segnalazione a carico dei medesimi soggetti.

Inoltre, ai sensi dell'art. 6 del Codice di Comportamento Generale (DPR 62/2013) e del Codice di Comportamento dell'Istituto, il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero, di suoi parenti affini



entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero, di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui egli sia amministratore o gerente o dirigente. **Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il Responsabile dell'ufficio di appartenenza.**

La segnalazione del conflitto d'interesse deve essere indirizzata al Dirigente Responsabile dell'Ufficio di appartenenza, il quale, esaminate le circostanze, valuta se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo.

Il dirigente destinatario della segnalazione deve valutare espressamente la situazione sottoposta alla sua attenzione e deve rispondere per iscritto al dipendente medesimo sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte di quel dipendente. Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente da quell'incarico lo stesso dovrà essere affidato dal dirigente ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il dirigente dovrà avocare a sè ogni compito relativo a quel procedimento. Qualora il conflitto riguardi un dirigente apicale, a valutare le iniziative da assumere sarà il Responsabile per la prevenzione della corruzione, sentito il parere degli organi di controllo interni. La violazione sostanziale della norma, che si realizza con il compimento di un atto illegittimo, dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente suscettibile di essere oggetto di sanzioni all'esito del relativo procedimento, oltre a poter costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso, quale sintomo di eccesso di potere sotto il profitto dello sviamento della funzione tipica dell'azione amministrativa.

L'Istituto intraprende adeguate iniziative per dare conoscenza al personale dell'obbligo di astensione, delle conseguenze scaturenti dalla sua violazione e dei comportamenti da seguire in caso di conflitto di interesse. **E' stata predisposta e adottata un'adeguata modulistica per la rilevazione di situazioni potenziali di conflitto d'interesse con particolare riferimento ai RUP, alle Sperimentazioni, ai componenti del Comitato Etico, alle Commissioni giudicatrici, ai componenti del CIV, al Collegio ed ai consulenti.**

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2023-2025	Responsabile
Conflitto interessi	attuata	Numero di dichiarazioni verificate su numero di dichiarazioni rese nel semestre	100%	Area Gestione Risorse Umane Tutti i Dirigenti



2.c.7.5. Rotazione del personale (MG-05)

In sanità l'applicazione del **principio della rotazione presenta delle criticità peculiari** in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali. Il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità. Gli incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono anch'essi, in molti casi, competenze tecniche specifiche, ma anche nel caso di competenze acquisite si presenta il problema della limitazione, all'interno dell'Istituto, di figure in grado di svolgere determinati e specifici compiti

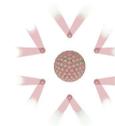
Tenuto conto di quanto premesso, il soggetto competente alla nomina **valuta le modalità concrete di rotazione del personale coinvolto nell'istruttoria o nel rilascio dei provvedimenti relativi ai processi a maggiore rischio di corruzione**. Nel caso in cui si proceda all'applicazione del principio di rotazione si provvede a dare adeguata informazione alle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. La rotazione deve essere attuata compatibilmente con la disponibilità di posti nell'organico dell'Istituto ed in considerazione della competenza professionale del personale; la rotazione non trova applicazione per le attività infungibili o altamente specializzate.

La valutazione in merito alla rotazione dei Dirigenti e del personale del comparto titolare di posizioni organizzativa viene effettuata alla scadenza dell'incarico. Fatti salvi i casi di sospensione cautelare per procedimento penale, il soggetto competente alla nomina procede comunque, nel rispetto delle procedure e delle garanzie previste dai contratti collettivi di lavoro e dalle altre norme applicabili, alla rotazione dei dipendenti coinvolti in procedimenti penali o disciplinari collegati a condotte di natura corruttiva o non conformi a canoni di correttezza ai sensi della normativa vigente in materia. Già dal 2017, l'Istituto ha completato l'assetto organizzativo con l'assunzione di personale Dirigenziale, delle figure amministrative e professionale, nel rispetto dei posti vacanti e della normativa vigente, che hanno consentito di attuare:

- **l'attuazione della "segregazione delle funzioni"**, come suggerito nel PNA 2016, Determina ANAC 831/2016, per alcuni processi decisione ad alto rischio. In particolare, il processo del **ciclo degli acquisti è stato oggetto una profonda riorganizzazione attraverso la creazione di due strutture SC Area Gestione Tecnica e Servizi Informatici e SSD Area Patrimonio Appalti e Contratti** e consentendo l'attribuzione delle responsabilità dei processi a due soggetti differenti e ben individuati;

La ricostituzione dei processi e l'attribuzione delle responsabilità nel settore ha riguardato anche:

- **la costituzione di una SS di Ingegnera Clinica**, nell'ambito della SC Area Gestione Tecnica e Servizi Informatici, con l'individuazione di un responsabile;
- l'istituzione all'interno della SSD Area Patrimonio Appalti e Contratti **della Posizione Organizzativa Appalti e Contratti**.



In aggiunta alle misure di rotazione sopra elencate, sono applicate le seguenti misure di mitigazione del rischio corruttivo:

- **affiancamento di un funzionario al funzionario "istruttore"** al fine di condividere le valutazioni inerenti l'istruttoria finale;
- **formazione graduale dei dipendenti** coinvolti nei processi ad alto rischio finalizzata al trasferimento di competenze professionali trasversali, quali precondizioni necessarie alla rotazione e contestualmente configurandosi quale stimolo alla crescita personale e professionale degli individui.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2023	Responsabile
Rotazione pluriennale	Da attuare	Adozione del regolamento sulla rotazione		Area Gestione Risorse Umane
Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2023	Responsabile
Rotazione pluriennale	Da attuare	Definizione del piano di rotazione pluriennale	SI	Area Gestione Risorse Umane
Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2023	Responsabile
Monitoraggio rotazione	Da attuare	Monitoraggio semestrale sulle misure alternative in caso di impossibilità di rotazione	100%	RPCT

2.c.7.6. Codice di Comportamento (MG-06)

Il Codice di Comportamento rappresenta uno dei principali strumenti di prevenzione dei fenomeni corruttivi, in quanto diretta a favorire la diffusione di comportamenti ispirati a standard di legalità ed eticità. Al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico, l'Istituto, secondo quanto previsto dall'art. 54, comma 5, del D.lgs n. 165/2001, con Deliberazione del Direttore Generale n. 62/2014 ha adottato il proprio Codice di Comportamento, in osservanza del D.P.R. n. 62/2013 e sulla base degli indirizzi, dei criteri e delle Linee Guida della Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC). **Il Codice di Comportamento si applica a tutti i dipendenti dell'Istituto e prevede l'estensione degli obblighi di condotta anche nei confronti di tutti i collaboratori o consulenti a qualsiasi titolo dell'amministrazione, dei titolari di organi, nonché nei confronti di collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni e servizi o che realizzano opere a favore dell'Istituto.**

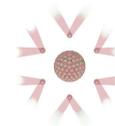


Negli schemi tipo di incarico, contratto, bando **viene inserita la condizione dell'osservanza dei Codici di Comportamento**, nonché è prevista la risoluzione o la decadenza dal rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal medesimo Codice. Ai sensi della Legge 190/2012, la violazione delle regole del Codice di Comportamento generale approvato con D.P.R. n. 62/2013 e n. 62/2014, dà luogo a **responsabilità disciplinare**. Nel corso del 2018 si è provveduto a predisporre l'aggiornamento del **Codice di Comportamento aziendale**, previa condivisione con le OO.SS., approvato, previo parere vincolante dell'OIV, con **deliberazione del Direttore Generale n. 684 del 26/07/2019**, continuando con l'attività di diffusione dello stesso tra tutto il personale dipendente e non dell'Istituto.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2023-2025	Responsabile
Codice di comportamento	attuata	Attività di divulgazione e formazione del personale sul Codice di comportamento Numero di dipendenti informati/formati su numero dipendenti in servizio	100%	RPCT Area Gestione Risorse Umane

2.c.7.7. Segnalazioni illecite (MG-07)

La legge 190/2012 ha introdotto nel nostro ordinamento un sistema organico di prevenzione della corruzione che prevede, tra l'altro, la tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower). La norma tutela il pubblico dipendente che denunci all'autorità giudiziaria, alla Corte dei conti o al proprio superiore gerarchico, condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, impedendo che lo stesso possa essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad ogni tipo di discriminazione in ragione della denuncia. **Il procedimento per la gestione delle segnalazioni ha come scopo precipuo quello di proteggere la riservatezza dell'identità del segnalante in ogni fase** (dalla ricezione alla gestione successiva), anche nei rapporti con i terzi cui l'amministrazione o l'A.N.AC. dovesse rivolgersi per le verifiche o per iniziative conseguenti alla segnalazione. L'obiettivo del presente strumento, dunque, è quello di incoraggiare i dipendenti pubblici a denunciare gli illeciti di cui vengano a conoscenza nell'ambito del rapporto di lavoro e, al contempo, a garantirne un'efficace tutela. E' opportuno inoltre evidenziare che con **la Legge, 30/11/2017 n° 179, G.U. 14/12/2017, il nostro legislatore ha introdotto nuove norme a tutela del dipendente che segnale illeciti**. La nuova legge si compone di tre articoli, ha come obiettivo principale quello di garantire una tutela adeguata ai lavoratori ed amplia la disciplina di cui alla legge Severino. In particolare le nuove norme modificano l'articolo 54 bis del Testo Unico del Pubblico Impiego stabilendo che il dipendente che segnala al responsabile della prevenzione della corruzione dell'ente o all'Autorità nazionale anticorruzione o ancora all'autorità giudiziaria ordinaria o contabile le condotte illecite o di abuso di cui sia venuto a conoscenza in ragione del suo



rapporto di lavoro, non può essere per motivi collegati alla segnalazione, soggetto a sanzioni, demansionato, licenziato, trasferito o sottoposto a altre misure organizzative che abbiano un effetto negativo sulle condizioni di lavoro. L'Istituto ha implementato una piattaforma informatica di segnalazione di illeciti da parte dei dipendenti che permette al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione di ricevere le segnalazioni in forma del tutto anonima nel rispetto dei requisiti prescritti dalla Legge n.179/2017. Tale piattaforma è basata sul software GlobaLeaks e consente anche di dialogare con i segnalanti in modo del tutto anonimo, con crittografia dei dati e delle trasmissioni degli stessi (indirizzo pubblico <https://istitutotumorigiovannipaoloiidibari.whistleblowing.it>)

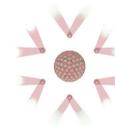
Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2023-2025	Responsabile
Segnalazione illeciti	attuata	Percentuale segnalazioni istruite sul totale delle segnalazioni ricevute	100%	RPCT

2.c.7.8. Formazione del personale (MG-08)

La formazione riveste un ruolo fondamentale nell'attività di prevenzione della corruzione, in quanto volta a diffondere la cultura della legalità e dell'integrità. Tale importanza è stata chiaramente evidenziata dal nostro Legislatore nell'art 1 commi, 5, 8, 9, 10, 11 dalla Legge 190/2012, avente ad oggetto "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" imponendo l'obbligo alle pubbliche amministrazioni di **adottare percorsi formativi specifici nell'ambito della prevenzione della corruzione rivolti a tutto il personale.**

La formazione è lo strumento principale per creare un contesto sfavorevole alla corruzione. Nella convinzione che la corruzione, soprattutto quando diviene sistemica, divenga oltre che un comportamento illegale del singolo anche un indicatore di una cultura che se radicata compromettere l'integrità ed il buon funzionamento dell'organizzazione, occorre investire in percorsi formativi che supportino un cambiamento culturale ed organizzativo. In generale sono previste due diverse tipologie di formazione, una di tipo generale per tutti i dipendenti e una specifica per particolari funzioni aziendali, sia per il livello di rischio, sia per l'attività specifica svolta.

- 1. Formazione generale.** E' rivolta a tutti i dipendenti e riguarda le tematiche dell'etica e della legalità, ed una conoscenza approfondita del presente Piano e del Codice di Comportamento aziendale. Le metodologie utilizzate sono basate sull'approccio frontale rafforzato dall'esame di casi concreti e su focus group.
- 2. Formazione specifica.** E' rivolta al Responsabile della Prevenzione e Trasparenza, ai referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio sulle politiche, i programmi e i vari strumenti utilizzati per la prevenzione della corruzione.



Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2023-2025	Responsabile
Formazione sui temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza	attuata	Numero corsi erogati annualmente	1 evento all'anno	RPCT Ufficio Formazione
Formazione sul Codice di comportamento	attuata	Numero corsi erogati annualmente	1 evento all'anno	RPCT Ufficio FormazionE

2.c.7.9. Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante (MG-09)

Come evidenziato dalla Determinazione ANAC n 831/2016, al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), con Deliberazione del Direttore Generale n. 28 del 16/01/2018 avente ad oggetto "Nomina del Responsabile dell'Anagrafe per la stazione appaltante (RASA)" è stato individuato un dipendente Titolare di posizione organizzativa Appalti e Contratti, facente parte dalla SSD Appalti e Contratti, il soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti. L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

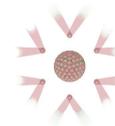
183

<u>Misura</u>	<u>Stato attuazione</u>	<u>indicatore</u>	<u>Target 2023-2025</u>	<u>Responsabile</u>
<u>Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti</u>	<u>attuata</u>	<u>Presenza nomina formale del RASA</u>	<u>SI</u>	<u>RPCT</u>

2.c.7.10. Gestore segnalazioni UIF (MG-10)

Ai fini dell'adozione delle procedure interne previste dal D.M. del Ministero dell'Interno del 25 settembre 2015, recante "determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione delle operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della Pubblica Amministrazione, l'Istituto ha provveduto alla **nomina del gestore delle segnalazioni alla UIF** (Unità di Informazione Finanziaria), giusta deliberazione del Commissario Straordinario n. 76 del 23 aprile 2021.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2023	Responsabile
Regolamento misure antiriciclaggio	Da attuare entro il 31/12/2023	Adozione regolamento	SI	Gestore antiriciclaggio



Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2023-2025	Responsabile
Regolamento misure antiriciclaggio	Da attuare nel triennio	Attuazione regolamento	SI	Gestore antiriciclaggio

2.c.7.11. Commissioni e conferimento incarichi in caso di condanna (MG-11)

L'articolo 35 bis nel d.lgs. n. 165/2001 impone il divieto per coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non definitiva, per reati contro la pubblica amministrazione, di assumere i seguenti incarichi:

- far parte di commissioni di concorso per l'accesso al pubblico impiego;
- essere assegnati ad uffici che si occupano della gestione delle risorse finanziarie o dell'acquisto di beni e servizi o della concessione dell'erogazione di provvedimenti attributivi di vantaggi economici;
- far parte delle commissioni di gara per la scelta del contraente per l'affidamento di contratti pubblici o per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni o benefici.

Al fine di effettuare apposito monitoraggio diretto ad accertare la sussistenza di eventuali fattispecie innanzi dette e dare attuazione alle richiamate disposizioni, l'Area Gestione Risorse Umane effettua i controlli d'ufficio "generalizzati", nei casi sopra elencati, con riferimento a:

- avvio di procedimenti penali per condotte riferibili ai reati contro la Pubblica Amministrazione di cui al Capo I del Titolo II del Libro secondo del Codice penale;
- eventuali misure cautelari restrittive della libertà personale;
- di condanna, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati contro la Pubblica Amministrazione di cui al Capo I del Titolo II del Libro secondo del Codice penale.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2023-2025	Responsabile
Controlli presenza procedimenti penali o misure cautelari	attuata	Controlli annuali a campione su dipendenti	SI (almeno il 20% sul totale)	Area Gestione Risorse Umane
Acquisizioni autodichiarazioni	attuata	Numero di dichiarazioni acquisite su numero di commissari di gara nominati	100%	Area Patrimonio Appalti e Contratti Area Gestione Tecnica



2.c.7.12. Patto di integrità (MG-12)

I patti di integrità ed i protocolli di legalità rappresentano un sistema di condizioni la cui accettazione rappresenta il presupposto necessario e condizionante per la partecipazione a procedure di gara.

Il patto di integrità è un documento che la stazione appaltante richiede ai partecipanti alle gare e permette un controllo reciproco finalizzato alla prevenzione del fenomeno corruttivo ed alla valorizzazione di comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti.

L'Istituto adotta un **patto di integrità** prevedendo l'obbligo da parte degli operatori economici di produrre lo stesso, debitamente sottoscritto, in sede di partecipazione alle gare, con riferimento a tutte le procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture, a prescindere dall'importo dell'appalto.

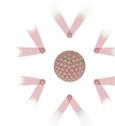
Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2023-2025	Responsabile
Patto di integrità	attuata	Patti di integrità sottoscritti sul totale delle gare appaltate	100%	Area Patrimonio Appalti e Contratti Area Gestione Tecnica

2.c.7.13. Informatizzazione processi e monitoraggio procedimenti (MS-01)

Un aspetto di rilievo sostanziale nella prevenzione del rischio di corruzione riguarda **l'informatizzazione dei processi** e la gestione informatica del patrimonio informativo dei dati prodotti dalla Pubblica Amministrazione.

Il Codice dell'Amministrazione Digitale contiene una puntuale disciplina su questi aspetti. "... Le pubbliche amministrazioni nell'organizzare autonomamente la propria attività utilizzano le tecnologie dell'informazione e della comunicazione per la **realizzazione degli obiettivi di efficienza, efficacia, economicità, imparzialità, trasparenza, semplificazione e partecipazione** nel rispetto dei principi di uguaglianza e di non discriminazione, nonché per l'effettivo riconoscimento dei diritti dei cittadini e delle imprese ..." (art. 12). "... Le Pubbliche Amministrazioni gestiscono i **procedimenti amministrativi** utilizzando le tecnologie dell'informazione e della comunicazione. Per ciascun procedimento amministrativo di loro competenza, esse forniscono gli opportuni servizi di interoperabilità e cooperazione applicativa, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 12, comma 2. 2." (art. 41).

Il Sistema Informativo dell'Istituto si avvale dei numerosi strumenti e servizi ICT che, opportunamente integrati con gli applicativi verticali di supporto ai processi di lavoro (Protocollo, Gestione Delibere e Determinazioni, Gestione documentale, PEC, Firma digitale elettronica, cartella clinica informatizzata, sistema contabile interoperabile, gestione ordine



elettronico NSO) consentono la completa dematerializzazione di tutti i documenti in entrata, in gestione, in uscita, nonché del patrimonio informativo aziendale.

Altresì, in conseguenza degli obblighi imposti agli Enti del Servizio Sanitario Regionale dal Piano della Sanità Digitale, questo Istituto ha adottato il proprio Piano di Transizione dei Sistemi Informativi Sanitari (clinici e amministrativi) nel “cloud computing” della Regione Puglia ex DGR Puglia n. 1803 del 16 ottobre 2018, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 97 del 05 febbraio 2019.

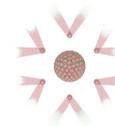
Nel corso dell’anno 2021 è stato individuato il **Responsabile della Transizione al Digitale** con deliberazione del Direttore Generale n. 40 del 25 gennaio 2021.

Di seguito i principali progetti previsti nel triennio 2023-2025:

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2023-2025	Responsabile
Digitalizzazione e informatizzazione processi	In fase di attuazione Avvio stimato entro il 31/12/2023	Integrazione RIS-PACS e LIS con il sistema di Cartella Clinica Elettronica Storage secondario	SI	Area Gestione Tecnica e Servizi informatici
Digitalizzazione e informatizzazione processi	In fase di attuazione Avvio stimato entro il 31/12/2023	Attivazione archivi elettronici di immagini diagnostiche in formato raw (RIS-PACS-Digital Pathology-Omica)	SI	Area Gestione Tecnica e Servizi informatici
Digitalizzazione e informatizzazione processi	In fase di attuazione Avvio stimato entro il 31/12/2023	Integrazione archivi immagini con dati clinici strutturati della Cartella Clinica Elettronica di ricovero e ambulatoriale con i dati destrutturati dei referti a testo libero e delle immagini, anche retrospettivamente	SI	Area Gestione Tecnica e Servizi informatici
Digitalizzazione e informatizzazione processi	In fase di attuazione Avvio stimato entro il 31/12/2024	Utilizzo infrastruttura informatica per la produzione di algoritmi di Machine Learning e Deep Learning con pubblicazione dati scientifici	SI	Area Gestione Tecnica e Servizi informatici

2.c.7.14. Procedimenti amministrativi

Con riferimento al monitoraggio dei tempi procedurali è stata rilevata la necessità di aggiornare ed uniformare le schede di rilevazione dei procedimenti amministrativi ex art. 35 del d.lgs 33/13 pubblicate sul sito internet istituzionale, nell’apposita sezione dell’Amministrazione Trasparente.



Tale attività di aggiornamento si ritiene fondamentale sia ai fini della pubblicazione obbligatoria dei procedimenti sia per il monitoraggio interno.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2023	Responsabile
Mappatura procedimenti amministrativi con schede di rilevazione aggiornate	Da attuare entro il 31/12/2023	Numero di schede pervenute su numero totale di schede degli uffici titolari di procedimenti	100%	Tutti i Dirigenti amministrativi
Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2023	Responsabile
Analisi delle schede pervenute	Da attuare entro il 31/12/2023	Elaborazione della relazione di monitoraggio finale		RPCT
Misura	Stato attuazione	Indicatore	Target 2023	Responsabile
Pubblicazione procedimenti amministrativi aggiornati	Da attuare entro il 31/12/2023	Schede pubblicate rispetto al totale delle schede validate	100%	Tutti i Dirigenti amministrativi

2.c.7.15. Sponsorizzazioni (MS-02)

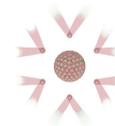
Le attività di sponsorizzazione e i rapporti che si creano tra l'Istituto e le Aziende private, Associazioni ed Enti profit e non profit, sono ambiti esposti a rischio corruzione, anche in considerazione dell'incremento dell'attività in tale settore. Con Deliberazione del Direttore Generale n. 74 del 30 gennaio 2019, è stato approvato il **Regolamento per la disciplina delle Sponsorizzazioni**.

Ai fini del rafforzamento della trasparenza delle relazioni che possono coinvolgere i singoli professionisti nell'esercizio della loro attività, sui quali gravi la responsabilità nella gestione delle risorse e che svolgono un ruolo nei processi decisionali legali all'area dei farmaci, dei dispositivi, all'introduzione di altre tecnologie, nonché alle attività di ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione, delle consulenze e collaborazioni (legali e tecniche), l'Istituto intende avviare l'iter per l'acquisizione delle **"dichiarazioni pubbliche di interesse"** sulla base della modulistica Agenas.

I modelli di dichiarazione Agenas si articolano in cinque sezioni:

- Prima Sezione - "Dichiarazione pubblica di interessi dei professionisti".
- Seconda Sezione - "Dichiarazione degli interessi di carattere finanziario".
- Terza Sezione - "Dichiarazione di partecipazione dei professionisti su invito ad eventi organizzati da terzi".
- Quarta Sezione - "Dichiarazione di partecipazione dei professionisti all'organizzazione di eventi sponsorizzati da terzi".
- Quinta Sezione - "Modulo per la notifica dei doni ricevuti".

Le informazioni potranno essere acquisite per l'attivazione di controlli ex ante e/o ex post in seno ai sistemi aziendali di controllo interno, al fine di consolidare e diffondere una gestione "trasparente" delle



attività istituzionali e prevenire potenziali condizionamenti in settori altamente delicati quali quelli della ricerca e delle sponsorizzazioni.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2023-2025	Responsabile
Dichiarazioni pubbliche di interessi	Da attuare entro il 31/12/2023	Dichiarazioni controllate sul totale delle dichiarazioni acquisite durante l'anno	100%	RPCT

2.c.7.16. Sperimentazioni (MS-03)

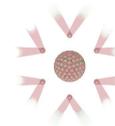
Le attività di sperimentazione sono parte integrante della mission dell'Istituto, e sono orientate a rendere possibili progressi nelle conoscenze trasferibili all'assistenza e a garantire sempre maggiore efficacia nel campo della diagnostica e dei trattamenti terapeutici. Le attività di sperimentazioni possono essere condotte nel campo della clinica, dell'assistenza e della gestione. L'Istituto ammette, nei limiti imposti dalla Legge e nel rispetto delle norme in materia di anticorruzione e trasparenza, l'intervento di sponsor profit e non profit a sostegno di specifici programmi di sperimentazione. Ogni programma di sperimentazione clinica è preventivamente sottoposto alle valutazioni del Comitato Etico (D.M. 12/08/2006) oltre che del Direttore Scientifico.

L'Istituto è altresì consapevole che la gestione dei proventi derivanti da tale attività può essere di rilevante, tale da indurre a ritenere tale Area ad alto rischio corruttivo. Pertanto l'Istituto al fine di **disciplinare l'attività di sperimentazione clinica e di studi osservazionali** eseguiti presso le Unità operative e laboratori dell'Istituto, si è dotato di un apposito **Regolamento in materia di Sperimentazioni cliniche**, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 232 del 28/04/2017, che disciplina tutta l'attività di gestione della sperimentazione, a cui si affiancano procedure di controllo miranti a verificare situazioni di possibili conflitti di interesse, che nel corso del triennio 2023-2025 si prevede di potenziare. Inoltre, è opportuno evidenziare che l'Istituto ha anche regolamentato l'attività del Comitato Etico.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2023-2025	Responsabile
Regolamento sulle Sponsorizzazioni	attuata	Monitoraggio sull'applicazione del Regolamento	SI	Direzione Scientifica RPCT

2.c.7.17. Attività conseguenti al decesso (MS-04)

I servizi funebri rappresentano uno dei processi a rischio corruzione, come ampiamente desumibile dalla stampa regionale e nazionale. L'Istituto consapevole di tale rischio ha ampliato le misure di trasparenza già adottate, che prevedono **l'affissione dell'elenco delle ditte operanti sul territorio nei locali dell'obitorio**, nonché di svolgere attività formativa e



informativa rivolta ai dipendenti che espletano attività finalizzata a ridurre il rischio corruzione attraverso l'imposizione del divieto di indicazione di ditte

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2023-2025	Responsabile
Affissione elenco ditte onoranze funebri	attuata	Presenza elenco ditte presso i locali obitorio	SI	RPCT

2.c.7.18. Donazioni e comodati d'uso (MS-05)

L'istituto pone molta attenzione alle modalità attraverso le quali i beni, di diversa natura, entrano all'interno dell'organizzazione con canali diversi dai canali tradizionali di approvvigionamento, come per esempio le donazioni. Pertanto, le misure di controllo previste per tali modalità di accesso sono:

- Predisposizione di appositi atti deliberativi con indicazione del soggetto che ha effettuato la donazione e le finalità della finalità della stessa;
- Pubblicazione degli stessi sul sito dell'Istituto;
- Predisposizione di appositi atti amministrativi che definiscano le modalità di utilizzo delle donazioni, anch'esso pubblicato sul sito dell'Istituto.

L'Istituto ha altresì adottato uno specifico Regolamento per le donazioni e comodati giusta **deliberazione del Direttore Generale n. 681 del 26 luglio 2019.**

Nell'ambito delle donazioni, l'Istituto ha preso atto della modulistica predisposta dall'ANAC, congiuntamente al MEF, per adempiere all'obbligo di pubblicazione introdotto dall' art.99 del D.L. 17 marzo 2020, n. 18 per garantire la conoscibilità delle erogazioni liberali a tutti gli interessati secondo uno schema uniforme che consenta anche la comparazione dei dati essenziali.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2023-2025	Responsabile
Regolamento sulle Donazioni	attuata	Monitoraggio sull'applicazione del Regolamento	SI	RPCT

2.c.7.19. ALPI e Liste di attesa (MS-06)

Il processo in oggetto rappresenta uno dei processi a maggior rischio corruzione del settore sanitario. L'Istituto ha adottato uno specifico Regolamento per l'esercizio della Libera Professione, giusta deliberazione n.100 del 25/02/2009. L'Istituto prevede l'applicazione di **specifiche misure di mitigazione dei rischi** tra cui:

- Procedura che consente il monitoraggio continuo tra l'attività svolta in ALPI e quella Istituzionale;



- Procedura che consente il controllo dell'attività effettivamente svolta rispetto a quella prenotata;
- Procedura che consente la pubblicazione delle Liste d'attesa sul sito dell'Istituto e il suo periodico aggiornamento;
- Procedura di incrocio dei dati dei ricoveri, ALPI e Liste d'Attesa.

Altresì, con **deliberazione del Commissario Straordinario n. 703 del 03 dicembre 2021**, è stato nominato il nuovo **Responsabile Unico aziendale delle liste di attesa (RULA)** con una serie di importanti compiti, tra cui l'aggiornamento continuo del registro in cui sono riportati i volumi, i tempi di attesa ed ogni altro dato necessario al monitoraggio di cui all'art. 1 della Legge Regionale n. 13 del 28/03/2019 "Misure per la riduzione delle liste d'attesa in sanità".

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2023-2025	Responsabile
Regolamenti ALPI e Liste di attesa	attuata	Monitoraggio continuo ALPI/Liste d'attesa	SI	RULA

2.c.7.20. Alienazione immobili (MS-07)

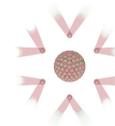
L'Istituto, oltre agli obblighi di trasparenza già previsti dal D.lgs 33/2013, relativi alla **pubblicazione delle informazioni identificative degli immobili**, prevede l'adozione un apposito Regolamento che disciplini le procedure di dismissioni di tali beni, nonché la possibilità della gestione informatizzata del libro cespiti. Tale attività sarà subordinata al completamento dell'attività di rilevazione fisica e successiva inventariazione del patrimonio immobiliare dell'Istituto.

In particolare, già dal mese di gennaio 2018, sono state avviate le attività di rilevazione ed inventariazione dei beni presenti nell'Istituto le cui attività si sono concluse attraverso una gestione informatizzata del libro cespiti.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2023-2025	Responsabile
Procedure dismissioni beni immobili	Da attuare entro il 31/12/2023	Adozione Regolamento	SI	Area Patrimonio

2.c.7.21. Certificazione bilancio di esercizio (MS-08)

Nel rispetto delle indicazioni nazionali e regionali, l'Istituto ha avviato tutte le procedure finalizzate ad ottenere la certificazione del proprio bilancio d'esercizio, giusta Deliberazione del Direttore Generale del 28.09.2012 n. 24 avente ad oggetto: "Deliberazione della Giunta Regionale 30 maggio 2012, n. 1060 ad oggetto "Piano di adeguamento ai requisiti per la certificazione del bilanci della aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli IRCCS pubblici ai sensi dell'art. 11 del Patto per la Salute di cui all'Intesa CRS del 03.12.2009 e L.R. 2/2011".



Come conseguenza sono stati definiti i **Percorsi Attuativi della Certificabilità** (PAC) per le aziende del SSR, che hanno consentito l'avvio di tutte le attività propedeutiche. In particolare, la Regione Puglia - Area Finanza e Controlli – Servizio Controlli, con nota prot. AOO_170/000354 del 21 maggio 2015, acquisita al protocollo dell'Istituto n. 10934 del 25 maggio 2015, avente ad oggetto: "Percorso Attuativo di Certificabilità degli Enti del SSR giusto Decreto Ministero della Salute – Economia e Finanze del 01 marzo 2013" con la quale la Regione Puglia ha chiesto a questo Istituto di partecipare al progetto di revisione volontaria del bilancio dell'IRCCS per il triennio 2014-2016 secondo la proposta presentata dalla Mazars Spa (ora BDO Italia Spa), componente della RTI aggiudicatario del Lotto n. 3.

Tale proposta, accettata dalla Direzione Strategica ha consentito di ottenere la Certificazione del Bilancio d'esercizio da parte della Mazars Spa (ora BDO Italia Spa) a partire dell'anno 2014, permettendo all'Istituto di essere la prima azienda del servizio sanitario regionale ad aver ottenuto la certificazione dei propri bilanci.

Sempre tra le attività prevista dai PAC nel corso del 2017, con delibera 304 del 30.05.2017 è stato adottato il provvedimento, avente per oggetto: "Adozione Manuale Amministrativo - Contabile dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" IRCCS di Bari", con il quale sono stati personalizzati tutti i processi amministrativi con la collaborazione di tutti i dirigenti delle Aree gestionali Aziendali. In particolare, con ultima deliberazione del Direttore Generale n. 562 del 15 luglio 2020, si è dato atto dell'avvenuta certificazione del bilancio d'esercizio per l'anno 2019.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 997 del 31 dicembre 2020, si è provveduto ad approvare le integrazioni al Bilancio preventivo economico 2021 e al Bilancio pluriennale 2021-2023, alla luce delle indicazioni pervenute dal Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti, Sezione Amministrazione, Finanza e Controllo.

Infine, nel corso dell'anno 2022, con delibera del Direttore Generale n. 276 del 30 giugno 2022 avente ad oggetto "Bilancio d'esercizio 2021" è stato approvato il Bilancio per l'anno 2021.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2023-2025	Responsabile
Percorso Attuativo Certificabilità dei Bilanci	attuata	Osservanza Manuale delle Procedure amministrativo-contabili	SI	Area Gestione Risorse Finanziarie

2.c.7.22. Benessere organizzativo

L'Istituto ha previsto nel corso degli ultimi anni dei percorsi legati al miglioramento del benessere organizzativo dei propri dipendenti attraverso una solida collaborazione con il **Comitato Unico di Garanzia** (CUG) e l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV). Queste



attività possono avere un impatto anche in termini di maggiore integrità delle azioni svolte dal personale dell'Istituto che trovano il fondamento sulla ricerca del maggior benessere sul posto di lavoro.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2023-2025	Responsabile
Benessere organizzativo	attuata	Monitoraggio continuo benessere organizzativo	SI	CUG

2.c.7.23. Azioni di coinvolgimento della società civile

Nell'ambito della strategia di prevenzione della corruzione è necessario garantire il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto della cittadinanza per l'attuazione delle misure anticorruzione e trasparenza.

Risponde a questa esigenza la pubblicazione on-line dell'avviso pubblico di aggiornamento del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza.

In senso innovativo, per rendere partecipe l'utenza dei risultati raggiunti, è istituita la **Giornata della Trasparenza**, organizzata con il coordinamento del RPCT.

Gli strumenti sviluppati e attualmente utilizzati per consentire la diffusione sono inoltre:

- Sito dell'Istituto sezione "News e Comunicazioni":
<https://www.sanita.puglia.it/web/irccs>
- Sezione del sito dedicata alla Trasparenza
<https://www.sanita.puglia.it/web/irccs/amministrazione-trasparente>.

2.c.7.24. Sorveglianza progetti PNRR

Nell'ambito del quadro normativo nazionale finalizzato a semplificare ed agevolare la realizzazione di traguardi ed obiettivi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) di cui al d.l. 31 maggio 2021 n.77, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2021 n.108, questo Istituto, su richiesta della Direzione del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale della Regione Puglia, ha individuato un Dirigente quale componente del gruppo di lavoro interistituzionale Regione/Aziende Sanitarie per l'attuazione del PNRR – Missione 6 "Salute". La comunicazione del soggetto individuato al Dipartimento regionale è avvenuta con nota n. 23168 del 16 novembre 2021.

Di seguito i compiti del Dirigente designato:

- Interfacciarsi con le proprie strutture aziendali beneficiarie di finanziamenti a valere sulla Missione 6 del PNRR per assicurare il rispetto degli obblighi contenuti nel PNRR, nel Piano Operativo e nel Contratto Istituzionale di sviluppo che la Regione Puglia sottoscriverà con il Ministero proponente;



- b. Aggiornare periodicamente sullo stato di attuazione del PNRR Missione 6 evidenziando eventuali criticità che possano inficiare il rispetto dei milestone e dei target fissati;
- c. Supportare la struttura dipartimentale nel monitoraggio periodico sullo stato di attuazione (fisico ed economico) degli interventi;
- d. Supportare la struttura dipartimentale nella definizione delle linee di indirizzo operative necessarie per assicurare l'attuazione della Missione 6 "Salute".

L'Istituto ha proposto all'Agenzia per la Coesione Territoriale un intervento di realizzazione di Servizi e Infrastrutture Sociali di comunità da finanziare nell'ambito del PNRR, Missione n. 5 "Inclusione e Coesione del Piano nazionale ripresa e resilienza (PNRR), Componente 3: "Interventi speciali per la coesione territoriale" – Investimento 1: "Strategia nazionale per le aree interne -Linea di intervento 1.1.1 "Potenziamento dei servizi e delle infrastrutture sociali di comunità" finanziato dall'Unione Europea - Next Generation EU.

Il progetto riguarda la fornitura di beni e servizi per la realizzazione di una rete di "Postazioni di Telemedicina", diffuse su 11 Comuni del territorio dell'Area Metropolitana di Bari ed ospitate in "facilities" della ASL BA, dotate di configurazione standard per garantire Servizi di Telemedicina Oncologica di cui alle "Linee Guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare" (Milestone EU M6C1-4). I servizi di telemedicina, nell'ambito del progetto TeleCOro, consentiranno il collegamento tra le Postazioni di Telemedicina remote con il Centro di Orientamento Oncologico (C.Or.O.) dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari, a sua volta connesso alla Rete Oncologica Pugliese per garantire tutti i servizi di gestione del paziente affetto da malattia oncologica da questa previsti.

In particolare, con i presidi **antiriciclaggio**, l'Istituto intende **prevenire i rischi di infiltrazione criminale** nell'impiego dei fondi rivenienti dal **PNRR**, consentendo la tempestiva individuazione di eventuali sospetti di sviamento delle risorse rispetto all'obiettivo per cui sono state stanziare **ed evitando che le stesse finiscano per alimentare l'economia illegale**.

2.c.7.25. Trasparenza amministrativa (MG-13)

La trasparenza costituisce uno strumento di prevenzione e contrasto della corruzione ed è intesa come "accessibilità totale alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle Pubbliche Amministrazioni" con lo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

L'Istituto si impegna a dare attuazione agli adempimenti di trasparenza previsti dal D.lgs n., 33/2013 e s.m.i. attraverso l'utilizzo di una piattaforma web ospitata dal Portale della Salute, gestito dalla società in-house regionale InnovaPuglia, che ospita tutti i siti istituzionali di aziende ed enti del SSR pugliese.

La tabella in allegato denominata "Allegato5-Obblighi_publicazione" individua gli obblighi di trasparenza previsti dal D.lgs 33/2013, così come modificati dal D.lgs 97/2016, applicabili



all'Istituto e riporta i soggetti competenti della trasmissione e pubblicazione dei dati in Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale.

In particolare, nell'allegato di cui sopra:

- sono stati individuati gli obblighi di trasparenza previsti dal d.lgs. n. 33/2013 e s.m.i.
- sono identificati le strutture responsabili dell'elaborazione, della trasmissione e della pubblicazione dei dati;
- sono riportate le tempistiche di aggiornamento richieste in base all'obbligo previsto.

Al Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza è assegnato un ruolo di regia e di monitoraggio sull'effettiva pubblicazione dei dati, svolgendo un'attività di controllo per assicurare, ai sensi dell'art. 43, c. 1 d.lgs. n. 33/2013, la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate sul sito internet istituzionale.

L'Istituto ha previsto l'inserimento del rispetto degli adempimenti di trasparenza nell'ambito degli obiettivi aziendali di budget in un'ottica di miglioramento continuo dei servizi pubblici erogati.

Gli Uffici e le Strutture aziendali cui compete l'elaborazione dei dati e delle informazioni sono stati chiaramente individuati e generalmente coincidono con quelli tenuti alla trasmissione dei dati per la pubblicazione.

L'Istituto dà attuazione alle norme in materia di accesso ai documenti amministrativi di cui alla Legge n. 241/1990 e s.m.i., mediante l'individuazione per ciascun tipo di procedimento del termine entro cui deve concludersi e dei soggetti competenti a fornire riscontro alle istanze dei cittadini, responsabili del procedimento e titolare del potere sostitutivo.

Nella sottosezione di secondo livello "Altri contenuti-Dati ulteriori" sono ospitati, ai sensi degli art. 7 bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 e art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012 i dati, le informazioni e i documenti ulteriori che l'Istituto non ha l'obbligo di pubblicare, ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili a nessuna delle sottosezioni previste dall' "Allegato5-Obblighi_pubblicazione".

Nel corso del triennio 2023-2025 è prevista la **pubblicazione dei seguenti dati ulteriori**, nel rispetto della disciplina rilevante in materia di protezione dei dati personali:

- i nominativi e i curricula di tutti i soggetti coinvolti nelle sperimentazioni cliniche di medicinali ad uso umano e tutte le sperimentazioni attivate, in corso o concluse, e quelle autorizzate, nonché i correlati finanziamenti e programmi di spesa e i relativi contratti, ai sensi decreto legislativo 14 maggio 2019, n. 52;
- i dati di sintesi relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, ai sensi della legge n. 24/2017;
- i dati relativi al censimento delle autovetture di servizio, già oggetto di comunicazione obbligatoria al Dipartimento di Funzione Pubblica ai sensi dell'art. 4 c.1 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 25 settembre 2014.



2.c.8. Accesso Civico semplice e generalizzato

L'Istituto **consente a chiunque il diritto di richiedere, gratuitamente e senza necessità di motivazione, documenti, informazioni o dati detenuti dallo stesso**, sia che questi siano oggetto pubblicazione prevista dalla normativa vigente e sia che si tratti di documenti, informazioni o dati ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, ai sensi del decreto 33/2013 e s.m.i.

Nei casi in cui l'Istituto abbia omesso la pubblicazione degli atti è data facoltà al cittadino di chiedere e ottenere l'accesso agli atti medesimi non pubblicati in base a quanto stabilito dall'art. 5 del medesimo decreto. **La richiesta di accesso civico ai sensi dell'art. 5 non è sottoposta ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, non deve essere motivata, è gratuita ed è presentata al Responsabile della trasparenza dell'Istituto.**

Qualora i documenti, le informazioni o i dati richiesti dovessero risultare già pubblicati, nel rispetto della normativa vigente, il Responsabile della Trasparenza provvede, entro 30 giorni, ad indicare a chi ne abbia fatto istanza il relativo collegamento ipertestuale.

Qualora i documenti, le informazioni o i dati richiesti dovessero risultare non pubblicati, il Responsabile della Trasparenza richiederà alla Struttura competente di provvedere alla pubblicazione entro 30 giorni dalla ricezione dell'istanza. Qualora la pubblicazione, per motivi tecnici, dovesse richiedere tempi superiori a 30 giorni, l'istante sarà informato da parte del Responsabile. In ogni caso, a pubblicazione avvenuta, verrà inviata una comunicazione contenente il relativo collegamento ipertestuale e, se richiesto, il documento, l'informazione e il dato oggetto della richiesta.

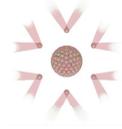
Nel caso di ritardo o di mancata risposta l'istante potrà rivolgersi al titolare del potere sostitutivo.

Nel caso di silenzio dell'Istituto, il richiedente potrà proporre ricorso al giudice amministrativo entro 30 giorni dalla conoscenza della decisione dell'Amministrazione o dalla formazione del silenzio.

Con riferimento agli atti, documenti e informazioni non oggetto di obblighi di pubblicazione, è data facoltà al cittadino di chiedere e ottenere l'accesso agli stessi, ai sensi dell'art. 5 bis del D.lgs 33/13.

Sono escluse da detta facoltà i casi di:

- segreto di Stato;
- la sicurezza nazionale;
- la difesa e le questioni militari;
- le relazioni internazionali;
- la politica e la stabilità finanziaria ed economica dello Stato; f) la conduzione di indagini sui reati e il loro perseguimento;
- il regolare svolgimento di attività ispettive.



Non è possibile effettuare l'accesso generalizzato in presenza di divieto di accesso o divulgazione previsti dalla legge, ivi compresi i casi in cui l'accesso è subordinato dalla disciplina vigente al rispetto di specifiche modalità o limiti, inclusi quelli di cui all'art. 24, comma 1, della legge n. 241 del 1990.

La suddetta facoltà di accesso è altresì esclusa nel caso in cui il diniego è necessario per evitare il pregiudizio concreto alla tutela degli interessi privati quali:

- protezione dei dati personali;
- libertà e segretezza della corrispondenza;
- interessi economici e commerciali di una persona fisica o giuridica, ivi compresi proprietà intellettuale, diritto d'autore e segreti commerciali;

L'istanza di accesso civico identifica i dati, le informazioni o i documenti richiesti e non richiede motivazione.

L'istanza può essere trasmessa per via telematica secondo le modalità previste dal decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, e successive modificazioni, ed è presentata alternativamente ad uno dei seguenti Uffici:

- all' Ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti;
- all' Ufficio Relazioni con il Pubblico;
- ad altro Ufficio indicato dall'amministrazione nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale.

Nel caso in cui l'accesso generalizzato possa incidere su interessi connessi alla protezione dei dati personali, o alla libertà e segretezza della corrispondenza oppure agli interessi economici e commerciali (ivi compresi la proprietà intellettuale, il diritto d'autore e i segreti commerciali), l'Istituto ne darà comunicazione ai soggetti titolari di tali interessi, mediante invio di copia con raccomandata con avviso di ricevimento (o per via telematica per coloro che abbiano consentito tale forma di comunicazione). Il **soggetto controinteressato** può presentare (anche per via telematica) una eventuale e motivata opposizione all'istanza di accesso generalizzato, entro dieci giorni dalla ricezione della comunicazione della richiesta di accesso generalizzato. Decorso tale termine, l'Istituto provvederà sulla richiesta di accesso generalizzato, accertata la ricezione della comunicazione da parte del controinteressato.

Il procedimento di accesso generalizzato si conclude con provvedimento espresso e motivato nel termine di trenta giorni dalla presentazione dell'istanza, con la comunicazione dell'esito al richiedente e agli eventuali controinteressati. Tali termini sono sospesi (fino ad un massimo di dieci giorni) nel caso di comunicazione della richiesta al controinteressato. In caso di accoglimento, l'amministrazione provvede a trasmettere tempestivamente al richiedente i dati o i documenti richiesti. Nel caso in cui l'accesso sia consentito nonostante l'opposizione del controinteressato, i dati o i documenti richiesti possono essere trasmessi al richiedente non



prima di quindici giorni dalla ricezione della stessa comunicazione da parte del contro interessato.

E' stata istituita la sotto-sezione "registro degli accessi" nell'apposita sezione dell' "Amministrazione Trasparente", regolarmente alimentato dall'anno 2018.

L'Istituto, **con delibera n. 745 del 23 novembre 2017** avente ad oggetto: **"Regolamento Accesso agli Atti e disciplina dell'Accesso Civico"**, ha adottato un apposito Regolamento e la relativa modulistica nel rispetto della normativa vigente.

2.c.9. Trasparenza e privacy

Alla luce delle disposizioni contenute nel Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali (Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016) e nel Codice in materia di protezione dei dati personali, così come modificato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, il trattamento dei dati personali è consentito unicamente se ammesso da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento o da atti amministrativi generali (modifiche apportate al Codice con il d.l. 8 ottobre 2021, n. 139 e s.m.i.).

In ossequio ai principi applicabili al trattamento dei dati, ai sensi dell'art. 5 del Regolamento UE 2016/679 (proporzionalità, pertinenza e non eccedenza), è necessario valutare se la finalità di trasparenza e di diffusione può essere perseguita senza divulgare dati personali o adottando modalità che permettano di **identificare gli interessati solo quando è necessario** (limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati).

Nell'ambito della pubblicazione dei dati in Albo pretorio on-line e in Amministrazione Trasparente, l'Istituto assicura il rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, minimizzazione, esattezza, integrità, adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità del trattamento.

Con riferimento ai rapporti fra il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPCT) e il Responsabile della protezione dei dati - RPD, figura introdotta dal Regolamento (UE) 2016/679 (artt. 37-39), occorre considerare le previsioni normative considerando, che **il RPCT è scelto fra personale interno diversamente dal RPD che può essere individuato in una professionalità interna o esterna** sulla base di un contratto di servizi stipulato con persona fisica o giuridica esterna all'ente (art. 37 del Regolamento (UE) 2016/679).

Per le **questioni di carattere generale riguardanti la protezione dei dati personali, il RPD/DPO costituisce una figura di riferimento anche per il RPCT**, anche se naturalmente non può sostituirsi ad esso nell'esercizio delle funzioni.

2.c.10. Procedimento di elaborazione e adozione del Piano "Rischi Corruttivi e Trasparenza"

In considerazione della valenza programmatica del Piano (ovvero della sezione "Rischi corruttivi e Trasparenza" all'interno del PIAO di cui all'art. 6 del d.l. 80/2021 e s.m.i.) e della sua



articolazione triennale, ne deriva che le previsioni contenute nel presente Piano sono soggette a modifica, aggiornamento, revisione e implementazione, oltre che nell'immediato, a fronte di specifiche necessità, soprattutto annualmente, sulla base dei dati esperienziali acquisiti, al fine di realizzare un sistema di interventi organizzativi volti alla prevenzione ed al contrasto del rischio della corruzione e dell'illegalità sempre più rispondenti all'esigenze dell'Istituto. Ogni anno il RPCT elabora una proposta di aggiornamento del Piano che viene poi adottata dall'organo di indirizzo politico con deliberazione del Direttore Generale.

Nella fase di aggiornamento del Piano si tiene conto:

- degli obiettivi strategici aziendali in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza
- delle risultanze del monitoraggio dell'attività svolta nell'anno precedente
- di quanto segnalato dai referenti del RPCT e da tutti gli stakeholder interessati a seguito di consultazione pubblica del Piano.

All'elaborazione del presente Piano hanno partecipato i dirigenti delle macro-articolazioni aziendali in quanto detentori della necessaria conoscenza dei processi decisionali e dei relativi rischi corruttivi, assieme a tutti i dipendenti dell'Istituto.

In considerazione del ruolo centrale assegnato dalla normativa in materia di prevenzione della corruzione ai Dirigenti Responsabili di Struttura, l'Istituto si è dotato di un applicativo informatico che prevede e favorisce il più ampio decentramento delle attività di:

- mappatura dei processi a rischio con conseguente valutazione del rischio (in relazione alle probabilità ed all'impatto organizzativo);
- aggiornamento e gestione dei dati e delle informazioni;
- individuazione delle misure di prevenzione;
- aggiornamento e verifica delle misure attuate tramite assegnazione di target di adempimento della misura che sarà oggetto di consuntivo a fine anno utile per l'aggiornamento complessivo del Piano.

Il "cruscotto" a disposizione dell'utente fornisce inoltre strumenti ed indicatori di autovalutazione del grado di raggiungimento delle azioni e delle misure correlate nonché di una serie di indicatori di monitoraggio.

3. Sezione Organizzazione e Capitale Umano

3.a. Sottosezione Organizzazione

3.a.1. Il modello organizzativo



L'assetto dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari, quale Istituto pubblico di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico, prevede la suddivisione delle funzioni organizzative di:

- Indirizzo e controllo:
 - Comitato di Indirizzo e Verifica;
 - Collegio sindacale;
 - Organismo Indipendente di Valutazione;
- Management Gestionale Strategico
- Management Gestionale Scientifico
- Management Gestionale Operativo.

La funzione di "Indirizzo", oltre che:

- dalle norme nazionali e regionali che regolano l'assistenza sanitaria dei SSN/SSR;
- dalle indicazioni che in materia assistenziale provengono dal Ministero della Salute e dall'Assessorato Regionale al settore;
- dalle indicazioni che in materia di ricerca scientifica provengono dagli uffici ministeriali,

ai sensi del comma 5 dell'art. 4 della L.R. n. 17/2017 è svolta dal Consiglio di Indirizzo e Verifica (C.I.V.), il quale ha il "compito di definire gli indirizzi strategici dell'Istituto, approvare i programmi annuali e pluriennali di attività dell'Istituto stesso, assegnare al Direttore Generale gli obiettivi annuali di salute e assistenziali, assicurare la coerenza dei predetti indirizzi, programmi e obiettivi con la programmazione sanitaria nazionale e regionale nonché con le risorse assegnate dallo Stato e dalle regioni."

Le funzioni di "Controllo", vengono svolte da organi ed organismi specificamente competenti per ambiti:

- **Strategico:** sempre ai sensi del comma 5 dell'art. 4 della L.R. n. 17/2017 è svolta dal **Consiglio di Indirizzo e Verifica (C.I.V.)**, il quale ha il compito di "verificare la corrispondenza delle attività svolte e dei risultati raggiunti dall'istituto rispetto agli indirizzi strategici, ai programmi annuali e pluriennali di attività e agli obiettivi predeterminati di cui al precedente punto;
- **sulla Gestione economica, finanziaria e patrimoniale:** ai sensi dell'art. 4 del D. Lgs n.288/2003 - che si applica, in concreto, anche agli Istituti non trasformati per l'espresso richiamo a tale norma effettuato dall'articolo 13 (Collegio sindacale) dello schema-tipo del Regolamento di organizzazione e funzionamento degli IRCCS non trasformati (Atto di Intesa Stato-Regioni del 1° luglio 2004) - è attribuita al **Collegio Sindacale**, il quale per l'articolo 3-ter del D.Lgs. n. 502/1992, deve:
 - verificare l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;
 - vigilare sull'osservanza della legge;
 - accertare la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili ed effettuare periodicamente verifiche di cassa.
- **sulla Performance:** ai sensi dell'art. 14 del D.Lgs. n. 150 del 27 ottobre 2009, è l'Organismo Indipendente di Valutazione, nominato dalla Direzione dell'Istituto che "monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso, anche formulando proposte e raccomandazioni ai vertici amministrativi";

La funzione di "Management gestionale strategico", ai sensi dell'art. 5 della L.R. n. 17/2017 "Organizzazione e funzionamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto pubblico della Regione Puglia" conferisce, al Direttore Generale le funzioni di gestione ordinaria e straordinaria dell'istituto dovendo questi assicurare "la coerenza degli atti di gestione con gli indirizzi e



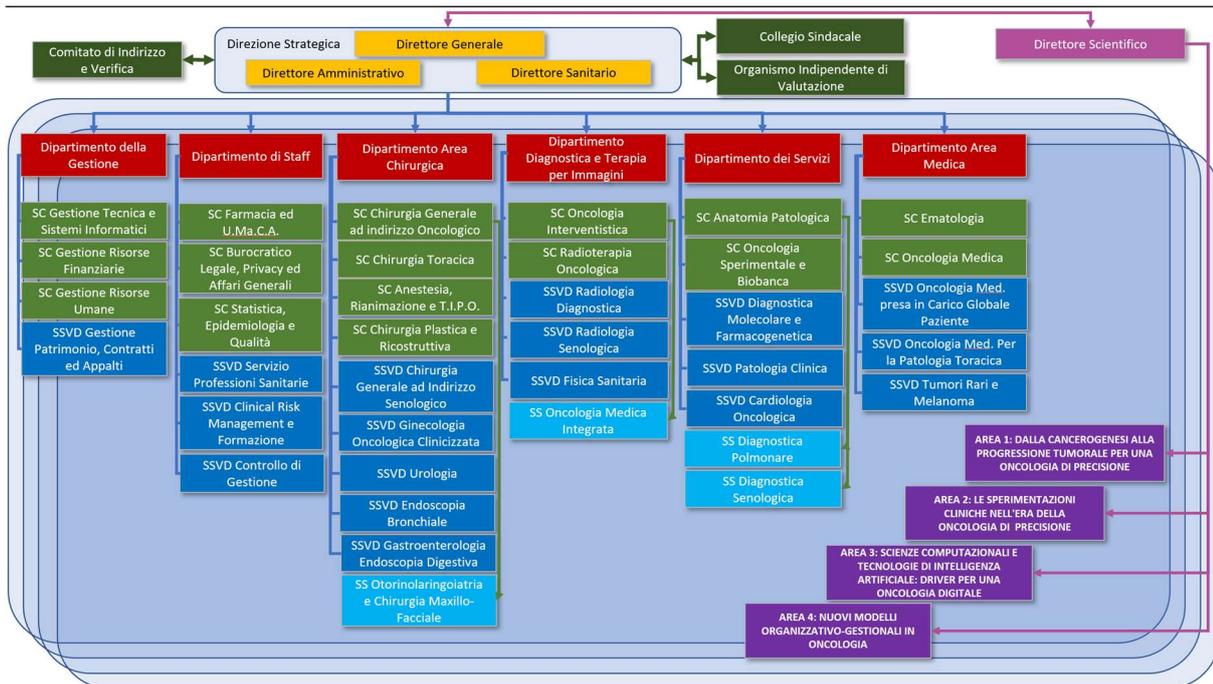
i programmi stabiliti dal Consiglio di indirizzo e verifica nonché con la programmazione nazionale e regionale in materia di ricerca e di assistenza sanitaria". In tale compito, ai sensi dell'art. 6 della L.R. n. 17/2017, il Direttore Generale è coadiuvato da un Direttore Amministrativo, posto alla direzione dei servizi amministrativi dell'Istituto, che fornisce parere obbligatorio sul profilo di legittimità degli atti relativi alle materie di competenza, e da un Direttore Sanitario, posto alla direzione dei servizi tecnico-scientifici dell'Istituto, che fornisce parere obbligatorio sul profilo tecnico degli atti relativi alle materie di competenza.

La funzione di **"Management gestionale scientifico"**, ai sensi dell'art. 7 della L.R. n. 17/2017 "Organizzazione e funzionamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto pubblico della Regione Puglia" è assolta dal Direttore Scientifico, il quale promuove e coordina l'attività di ricerca scientifica dell'Istituto e gestisce il relativo budget, concordato annualmente con il Direttore Generale in relazione agli indirizzi del Consiglio di indirizzo e verifica nonché in coerenza con la programmazione nazionale e regionale in materia. presiede il Comitato tecnico-scientifico ed esprime parere obbligatorio al direttore generale sugli atti inerenti le attività cliniche e scientifiche, le assunzioni e l'utilizzo del personale medico e sanitario non medico.

L'IRCCS, in ottemperanza al principio che il cittadino è al centro del sistema, organizza il proprio modello di attività con l'intento prioritario ed irrinunciabile di tutelare il bene primario della salute, sia nel processo di lettura ed interpretazione dei bisogni, sia nel governo dei percorsi diagnostico-terapeutici e della più ampia ed aggiornata offerta di prestazioni di prevenzione, diagnostica, terapia e riabilitazione nel campo dell'Oncologia.

Le modalità di organizzazione, di gestione e di funzionamento si ispirano al principio di separazione delle funzioni di indirizzo e verifica, da quelle di gestione e di attuazione, nonché di salvaguardia delle specifiche esigenze finalizzate all'attività di ricerca ed alla partecipazione alle reti nazionali dei centri di eccellenza assistenziale.

Le funzioni di **"Management gestionale tecnico-operativo"** sono pertanto, allo stato e nelle more dell'applicazione del D.Lgs. 200 del 23 dicembre 2022, organizzate in **6 Dipartimenti** che, come noto, rappresentano il **modello ordinario di gestione operativa delle attività a cui fare riferimento in ogni ambito del servizio sanitario nazionale** con la finalità di assicurare la buona gestione amministrativa e finanziaria ed il governo clinico, **costituiti da strutture complesse e semplici a valenza dipartimentale**, omogenee, omologhe, affini e complementari, che **perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale.**



Già dall'anno 2017 l'Istituto ha subito un mutamento organizzativo per effetto dal completamento delle attività di trasferimento delle Unità Operative dall'Asl Bari, Delibera di Giunta Regionale n. 895 del 22/06/2016 avente ad oggetto: "Trasferimento di funzioni di competenza oncologica e relative Unità operative dalla ASL di Bari all'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" con la quale è stato disposto il trasferimento di funzioni di competenza oncologica e relative Unità Operative dalla ASL di Bari all'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II". Le attività di trasferimento sono terminate nel mese di settembre 2017 e l'Istituto ha preso atto del nuovo assetto produttivo con la modifica organizzativa specificata nel nell'Atto Aziendale adottato con Delibera n. 798 del 13/12/2017, avente ad oggetto: "Atto Aziendale – Adozione".

Successivamente, con provvedimento deliberativo del Direttore Generale n. 918 del 5/11/2019, l'Istituto ha provveduto a rimodulare l'assetto organizzativo prevedendo l'istituzione di n. 16 Strutture Complesse (SC) e n. 23 Strutture Semplici (SS) e Semplici a valenza dipartimentale (SSD), in attuazione di quanto disposto con DGR del 3 luglio 2019 n. 1195 "Approvazione provvedimento unico – Proposta di Regolamento regionale: Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016/2017. Modifica ed integrazione delle DD.GG.RR. n. 1095/2017 e n. 53/2018. Abrogazione Regolamenti regionali in materia di riordino ospedaliero".

La Direzione Strategica dell'Istituto, con nota n. 24325 del 23 dicembre 2020, ha poi disposto un'ulteriore ridefinizione dell'assetto organizzativo prevedendo l'istituzione della Struttura Semplice a valenza dipartimentale "Controllo di Gestione", da collocare all'interno del Dipartimento di Staff nonché la contemporanea dismissione della Struttura Semplice "Ingegneria Clinica".

Le strutture organizzative dell'Istituto sono, ad oggi, individuate secondo il nuovo Organigramma approvato con provvedimento deliberativo n. 918 del 05 novembre 2019 e successiva deliberazione del Direttore Generale n. 29 del 13 gennaio 2021.

L'Istituto è integrato nel Servizio Sanitario Regionale quale "Centro di riferimento oncologico regionale", con il compito di garantire assistenza e ricerca in ambito oncologico e di coordinare le funzioni di



assistenza a livello regionale anche guidando gruppi di lavoro che hanno il compito di definire i Protocolli diagnostico-terapeutici, di monitorarne l'efficacia e di provvedere al loro aggiornamento.

L'organizzazione dell'Istituto è articolata nelle seguenti tipologie di strutture operative:

- Dipartimenti;
- Strutture Complesse (S.C.);
- Strutture Semplici a valenza dipartimentale (S.S.D);
- Strutture Semplici (S.S.);
- Aree di Ricerca.

Tre Dipartimenti sono di **produzione finale (Area Medica, Area Chirurgica e Area Diagnostica e Terapia per Immagini)**, 1 di Produzione e Servizi di Supporto (**Dipartimento dei Servizi**), 1 di **Staff** ed 1 di Servizi Amministrativi (**Dipartimento della Gestione**) espletate da 16 Strutture Organizzative "Complesse" e 19 Strutture Organizzative Semplici a valenza Dipartimentale

Le funzioni "**Management gestionale scientifico**" sono svolte dai medesimi Dipartimenti che in organizzazione matriciale per "progetti" ed Aree di Ricerca Corrente, assolvono ai compiti di esecuzione dell'attività scientifica e di supporto alla stessa.

L'organizzazione dipartimentale, ai sensi dell'art. 17 bis del d.lgs 502/92 e s.m.i., è il modello ordinario di organizzazione e gestione operativa dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S. di Bari. Il Piano Regionale di Salute della Puglia (Legge Regionale n. 23/2008) ha sancito la centralità dell'organizzazione dipartimentale, con l'obiettivo di garantire il miglioramento della qualità delle prestazioni, l'efficienza dei servizi, la produttività ed il contenimento della spesa sanitaria.

I Dipartimenti sono aggregazioni di Unità Operative omogenee, affini o complementari tra loro e collegabili sul piano operativo, che perseguono comuni finalità e sono tra loro fortemente integrate, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità organizzativa, gestionale e professionale. Il funzionamento dei Dipartimenti è disciplinato da un apposito Regolamento di Dipartimento, e formalmente adottato ai sensi del presente Atto. Il Direttore del Dipartimento viene selezionato nel rispetto delle norme vigenti e nominato dal Direttore Generale; deve essere necessariamente Direttore di Struttura Complessa e conserva la direzione della propria Struttura; dura in carica, di norma, 2 anni ed è gerarchicamente sovra-ordinato ai Direttori di Struttura.

Le Strutture Complesse (SC) sono articolazioni interne al dipartimento con preciso riferimento specialistico e organizzativo di natura complessa (sulla base della specialità dei suoi compiti professionali e delle sue dimensioni operative). Le strutture complesse sono soggette a rendicontazione analitica delle attività e dei costi.

Le Strutture Semplici a valenza Dipartimentale (SSD) sono strutture che, in un'ottica di supporto trasversale al processo produttivo vengono collocate gerarchicamente alle dipendenze del Direttore del Dipartimento e non di una struttura complessa. Alle SSD viene attribuito un budget operativo (obiettivi e risorse). Le Strutture Semplici (SS) sono strutture che non possiedono dimensioni operative o requisiti di complessità specificati per le strutture complesse e sono articolazioni delle strutture complesse di cui fanno parte. Alle SS viene riconosciuta dal Direttore della SC di afferenza, una quantità di attività definita di risorse e vengono assegnati obiettivi specifici nell'ambito del budget operativo (obiettivi e risorse) della SC di afferenza. Il responsabile della SS è titolare delle risorse e degli obiettivi affidati alla SS, il conseguimento dei quali deve concorrere insieme agli obiettivi della SC e alla valutazione individuale, alla definizione dei risultati raggiunti. La SS, di norma corrisponde ad un unico centro di costo.



Le Aree di Ricerca sono aree di attività, di norma affidate a professionisti con incarichi professionali di coordinamento, la cui autonomia tecnico-professionale si esercita nel rispetto dei protocolli operativi. In un'ottica di realizzazione delle politiche di governo clinico, il Dipartimento offre l'architettura organizzativa che meglio risponde alle esigenze correlate alla complessità dei processi sanitari, alle innovazioni e al governo delle tecnologie, elementi che rendono indispensabile una forte integrazione tra professionalità e competenze, unico strumento che garantisce efficacia ed efficienza; tali principi sono sanciti nel Piano Regionale di Salute della Puglia (L.R. n. 23/2008).

L'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S. di Bari, adotta la logica dipartimentale al fine di facilitare le politiche assistenziali e la ricerca, oltre che favorire una più efficiente e produttiva utilizzazione delle risorse umane e tecnologiche. Individua le seguenti strutture dipartimentali, secondo le modalità previste nel Regolamento di Dipartimento adottato dall'Istituto.

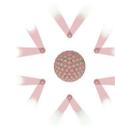
I Direttori di Dipartimento vengono valutati per l'80% in quanto Direttore di SC e per il 20% sulla base della percentuale di raggiungimento degli obiettivi da parte delle Strutture facenti parte del Dipartimento stesso.

3.a.2. Dipartimento Area Chirurgica.

Il Dipartimento comprende Unità Operative che trattano le patologie oncologiche nel distretto gastroenterologo, toracico, urologico, otorinolaringoiatrico, nonché patologie senologiche, ginecologiche, assicurando attività chirurgiche di elezione in regime di ricovero ordinario, day hospital e attività specialistica ambulatoriale (day services). L'attività chirurgica svolta assicura elevati standard qualitativi di cura garantendo qualora indicato la chirurgia mini-invasiva, laparoscopica, prevedendo l'utilizzo del robot in sala operatoria, la ricostruzione plastica e le modalità di trattamento combinato.

3.a.2.1. Struttura Complessa di Chirurgia Generale ad indirizzo Oncologico.

E' articolata su n. 12 posti letto ordinari e 2 di Day Surgery ed effettua interventi come centro di riferimento per la chirurgia oncologica del digerente: **esofago** (esofagectomie totali con accesso toracoscopico, inserimento di protesi esofagee per le stenosi inoperabili), **stomaco** (gastrectomie totali e subtotali, degastro-gastrectomie con linfectomie estese D2- D3 e D4 con la salvaguardia della milza), **fegato** (epatectomie destre e sinistre, segmentectomie e resezioni atipiche, colecistectomie laparoscopiche), **pancreas** (duodenocefalopan-creasectomie, pancreasectomie totali e distali e relative linfectomie), **milza** (splenectomie), **intestino** (resezioni e relative linfectomie), **colon** (colectomie destre, sinistre, laparoscopiche o laparotomiche, totali con ricostruzioni in un solo tempo), **retto** (proctectomie subtotali e totali con escissione del mesoretto intero, laparoscopiche o laparotomiche, riconoscimento dei nervi ipogastrici e del plessosacrale, anastomosi dirette termino – terminali meccaniche e colon – j – pouch), **ano** (amputazioni addomino-perineali) con ricostruzione funzionale delle funzioni intestinali al fine di assicurare ai pazienti migliori risultati in termini di sopravvivenza e qualità della vita. Oltre al digerente anche altri apparati sono oggetto di attività chirurgica, quando coinvolgono visceri e organi addominali: **genito – urinario** (nephrectomie, cistectomie parziali e totali con ricostruzioni ileali, surrenectomie laparoscopiche ed open, isteroannessectomie totali, ovariectomie), **retroperitoneo** (exeresi di tumori retroperitoneali anche infiltranti organi o viscericontigui) **tessuti molli** (exeresi di neoformazioni cutanee, sottocutanee, muscolari). Sono eseguiti interventi di elettro-chemio-ipertermia



L'unità si avvale di tecnologie moderne avanzate come la laparoscopia e strumenti di ultima generazione per la chirurgia maggiore epato – bilio – pancreatico.

La dotazione organica attuale è la seguente:

Chirurgia generale ad Indirizzo Oncologico	DIRIGENTI	8
	MEDICI	8
Degenza Chirurgia generale ad Indirizzo Oncologico	COMPARTO	22.6
	OPERATORI TECNICI SPECIALIZZATI cat BS	7
	PERS. INFERMIERISTICO cat D	15.6
Ambulatorio Chirurgia generale ad Indirizzo Oncologico	COMPARTO	5
	OPERATORI TECNICI SPECIALIZZATI cat BS	1
	PERS. INFERMIERISTICO cat D	4
Degenza ed Ambulatorio Chirurgia generale ad Indirizzo Oncologico Totale		35.6

3.a.2.2. Struttura Complessa di Chirurgia Toracica.

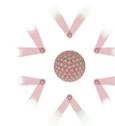
E' articolata su n. 10 posti letto ordinari e 2 di Day Surgery ed effettua interventi come centro di riferimento per la chirurgia oncologica del torace, di: toracentesi, drenaggio pleurico, talcaggio, Interventi di chirurgia endoscopica, Interventi di chirurgia diagnostica, interventi su protesi tracheale, interventi di chirurgia toracica maggiore, trattamenti sulla pleura (empiema, ascesso, biopsie), impianti di accesso venoso totale (port-a-cath). Le attività ambulatoriali comprendono: ambulatorio diagnostico, follow-up post chirurgico, endoscopia e controllo delle tracheostomie

La dotazione organica attuale è la seguente:

Chirurgia Toracica	DIRIGENTI	7.2
	MEDICI	7.2
Degenza Chirurgia Toracica	COMPARTO	14
	OPERATORI TECNICI SPECIALIZZATI cat BS	4.5
	PERS. INFERMIERISTICO cat D	9.5
Ambulatorio Chirurgia Toracica	COMPARTO	2
	PERS. INFERMIERISTICO cat D	2
Degenza ed Ambulatorio Chirurgia Toracica Totale		23.2

3.a.2.3. Struttura Complessa di Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva Post-Operatoria.

La struttura complessa di Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva Post-Operatoria fornisce assistenza ambulatoriale per la Terapia del Dolore e Cure Palliative, l'impianto di Accessi Venosi Centrali (Port-a-cath, Broviac, PICC) ed i Pre-ricoveri ed assistenza in regime di ricovero presso la Terapia Intensiva Post-Operatoria quando i pazienti ricoverati presso altri reparti subiscono un aggravamento della propria condizione clinica al punto da dover essere assistiti con cure intensive. Oltre a tali erogazioni dirette fornisce servizi di supporto anestesilogico per l'esecuzione delle procedure interventistiche presso la Sala Operatoria e gli ambulatori chirurgici di Day Surgery e Day-service.



Attività di Sala operatoria Anestesia Rianimazione e TIPO	DIRIGENTI	18
	MEDICI	18
Attività di Sala operatoria Anestesia Rianimazione e TIPO (Comparto)	COMPARTO	44.7
	OPERATORI TECNICI SPECIALIZZATI cat BS	10
	PERS. INFERMIERISTICO cat D	34.7
TIPO	COMPARTO	17
	OPERATORI TECNICI SPECIALIZZATI cat BS	1
	PERS. INFERMIERISTICO cat D	16
Attività di Sala operatoria, Anestesia, Rianimazione e TIPO Totale		79.7
Ambulatorio Anestesia Rianimazione	DIRIGENTI	1
	MEDICI	1
	COMPARTO	3
	PERS. INFERMIERISTICO cat D	3
Ambulatorio Anestesia Rianimazione Totale		4

3.a.2.4. Struttura Complessa di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva.

E' articolata su n. 10 posti letto ordinari e 1 di Day Surgery ed effettua interventi come centro di riferimento per la chirurgia mammaria e le patologie cutanee e sottocutanee benigne e maligne (carcinomi, melanomi e sarcomi). Effettua interventi chirurgici di chirurgia ricostruttiva mammaria post-mastectomia immediata e differita con protesi, lembi e tecniche di chirurgia rigenerativa (lipofilling con tessuto adiposo + cellule staminali), chirurgia di adeguamento e rimodellamento mammario in quadrantectomie e mastectomie, ricostruzione complesso areola-capezzolo, trattamento di radiodermiti, di cicatrici e cheloidi, chirurgia oncologica demolitiva e ricostruttiva per tumori cutanei benigni e maligni (carcinoma, melanoma) e tumori dei tessuti molli benigni e maligni (sarcoma) con eventuale ricerca del linfonodo sentinella, elettrochemioterapia.

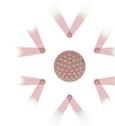
205

La dotazione organica attuale è la seguente:

Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	DIRIGENTI	6
	MEDICI	6
Degenza Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	COMPARTO	7.21
	OPERATORI TECNICI SPECIALIZZATI cat BS	1.69
	PERS. INFERMIERISTICO cat D	4.84
	PERS. RIABILITAZIONE cat D	0.68
Ambulatorio Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	COMPARTO	4.39
	AUSILIARI	0.34
	PERS. INFERMIERISTICO cat D	4.05
Degenza ed Ambulatorio Chirurgia Plastica e Ricostruttiva Totale		17.6

3.a.2.5. Struttura Semplice Dipartimentale di Chirurgia Oncologica ad indirizzo Senologico.

E' articolata su n. 6 posti letto ordinari e 1 di Day Surgery ed effettua interventi di Mastectomia, Quadrantectomia, Dissezione Linfonodale Ascellare, Segmentectomia Mammaria oltre all'attività ambulatoriale di 1° visita, medicazione, "follow-up" e interventistica ambulatoriale



La dotazione organica attuale è la seguente:

Chirurgia generale ad indirizzo Senologico	DIRIGENTI	6
	MEDICI	6
Degenza Chirurgia generale ad indirizzo Senologico	COMPARTO	6.47
	OPERATORI TECNICI SPECIALIZZATI cat BS	1.66
	PERS. INFERMIERISTICO cat D	4.15
	PERS. RIABILITAZIONE cat D	0.66
Ambulatorio Chirurgia generale ad indirizzo Senologico	COMPARTO	3.3
	AUSILIARI	0.33
	PERS. INFERMIERISTICO cat D	2.97
Degenza ed Ambulatorio Chirurgia generale ad indirizzo Senologico Totale		15.8

3.a.2.6. Struttura Semplice Dipartimentale di Ginecologia Oncologica.

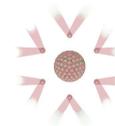
E' articolata su n. 3 posti letto ordinari e 1 di Day Surgery ed è specializzata nella diagnosi e nel trattamento chirurgico e medico delle donne affette da malattia ginecologica oncologica. Ne è prevista la clinicizzazione con accordo con l'Università di Bari. L'attività ambulatoriale si articola in ambulatorio generale con attività diagnostica, terapeutica e di prevenzione dei tumori ginecologici, di "follow-up", di contracccezione ormonale in pazienti con rischio neoplastico o neoplastiche, di promozione della salute endocrino-riproduttiva nelle pazienti oncologiche, di ecografia diagnostica ed interventistica, di colposcopia per la prevenzione e diagnosi della patologia oncologica cervico-vaginale, della patologia vulvare ed HPV, ed infine ambulatorio di isteroscopia diagnostica.

La dotazione organica attuale è la seguente:

Ginecologia Oncologica Clinicizzata	DIRIGENTI	5
	MEDICI	5
Degenza Ginecologia Oncologica Clinicizzata	COMPARTO	6.41
	OPERATORI TECNICI SPECIALIZZATI cat BS	1.65
	PERS. INFERMIERISTICO cat D	4.1
	PERS. RIABILITAZIONE cat D	0.66
Ambulatorio Ginecologia Oncologica Clinicizzata	COMPARTO	4.31
	AUSILIARI	0.33
	PERS. INFERMIERISTICO cat D	3.98
Degenza ed Ambulatorio Ginecologia Oncologica Clinicizzata Totale		15.7

3.a.2.7. Struttura Semplice Dipartimentale di Urologia.

E' articolata su n. 6 posti letto ordinari ed è specializzata nella diagnosi e nel trattamento chirurgico e medico delle patologie oncologiche urinarie. Esegue interventi chirurgici di prostatectomia anche per via transuretrale, interventi sulla vescica, sulle pelvi e sul testicolo. L'attività ambulatoriale si articola in ambulatorio generale con attività diagnostica, terapeutica e di prevenzione dei tumori urologici, di "follow-up", di ecografia diagnostica ed interventistica, di endoscopia per la prevenzione e diagnosi della patologia oncologica.



La dotazione organica attuale è la seguente:

Urologia	DIRIGENTI	3
	MEDICI	3
Degenza Urologia	COMPARTO	1
	PERS. INFERMIERISTICO cat D	1
Ambulatorio Urologia	COMPARTO	2.06
	OPERATORI TECNICI SPECIALIZZATI cat BS	0.66
	PERS. INFERMIERISTICO cat D	1.4
Degenza ed Ambulatorio Urologia Totale		6.06

3.a.2.8. Struttura Semplice Dipartimentale di Endoscopia Bronchiale.

Eroga assistenza di tipo ambulatoriale nell'ambito del Percorso Diagnostico delle Neoplasie Polmonari, eseguendo procedure videobroncofibroscopiche con l'ausilio di metodiche quali l'EBUS (Endobronchial Ultrasound) e l'autofluorescenza, per la localizzazione dei siti linfonodali mediastinici con la possibilità di eseguire un prelievo citoistologico utilizzando il TBNA (Trans-Bronchial-Needle-Aspiration), procedure tracheo-broncoscopiche operative per la disostruzione tracheo-bronchiale ed il posizionamento di protesi, toracentesi con aspirazione di liquido pleurico per la definizione cito-istologica di malattie pleuriche e polmonari e l'iniezione di sostanze in cavità toracica a scopo pleurodesico.

La dotazione organica attuale è la seguente:

Ambulatorio Endoscopia Bronchiale	DIRIGENTI	0.8
	MEDICI	0.8
	COMPARTO	3.66
	OPERATORI TECNICI SPECIALIZZATI cat BS	0.66
	PERS. INFERMIERISTICO cat D	3
Ambulatorio Endoscopia Bronchiale Totale		4.46

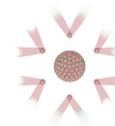
207

3.a.2.9. Struttura Semplice Dipartimentale di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva.

Eroga assistenza di tipo ambulatoriale nell'ambito del percorso diagnostico delle neoplasie gastroenteriche, eseguendo procedure videoendoscopiche diagnostiche ed operative del tratto digestivo superiore (EsofagoGastroDuodenoScopia-EGD) ed inferiore (Rettosigmoidoscopia e Colonscopia), oltre che visite gastroenterologiche.

La dotazione organica attuale è la seguente:

Ambulatorio Endoscopia Digestiva	DIRIGENTI	4
	MEDICI	4
	COMPARTO	8.68
	OPERATORI TECNICI SPECIALIZZATI cat BS	0.68
	PERS. INFERMIERISTICO cat D	8
Ambulatorio Endoscopia Digestiva Totale		12.7



3.a.2.10. Struttura Semplice di Otorinolaringoiatra e Chirurgia Cervico-Maxillo-Facciale.

E' articolata su n. 2 posti letto ordinari e 2 di Day Surgery. Esegue procedure di chirurgia della tiroide e delle parotidi, del cavo orale, della faringe e della laringe, delle ghiandole salivari, delle logge laterocervicali, mininvasive per le patologie nodulari della tiroide, naso sinusale. L'attività ambulatoriale si articola in ambulatorio generale con attività diagnostica e di "follow-up" e di prevenzione oncologica dei distretti testa-collo.

La dotazione organica attuale è la seguente:

Otorinolaringoiatria, Ch. Cerv. Max. Facc.	DIRIGENTI	5
	MEDICI	5
Degenza Otorinolaringoiatria, Chirurgia Cervico Maxillo Facciale	COMPARTO	8
	OPERATORI TECNICI SPECIALIZZATI cat BS	1.5
	PERS. INFERMIERISTICO cat D	6.5
Ambulatorio Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico Maxillo Facciale	COMPARTO	2
	PERS. INFERMIERISTICO cat D	2
Ambulatorio e Degenza Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico Maxillo Facciale Totale		15

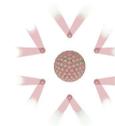
3.a.3. Dipartimento Area Medica.

Il continuo e rapido evolvere della conoscenza impone che gli assistiti siano seguiti da medici dedicati a specifiche patologie per garantire loro la costante appropriatezza delle decisioni. Il dipartimento Area Medica aggrega le strutture aziendali, con la finalità generale di ottimizzare i percorsi assistenziali e garantire l'approccio multidisciplinare e la continuità delle cure; la specializzazione è garantita mediante lo sviluppo di competenze specifiche, all'interno del Dipartimento, senza compromettere l'approccio al paziente visto come persona. In virtù della pertinenza clinica e dei modelli sperimentali di interesse ematologico, l'Area di ricerca "Terapie cellulari ed immunologia applicate" viene coordinata dalla SC Ematologia. In forza delle competenze e dei modelli clinici di interesse medico oncologico, l'Area di ricerca "Studi clinici di Fase 1 applicati" viene coordinata dalla SC Oncologia Medica.

3.a.3.1. Struttura Complessa di Ematologia.

E' articolata su n. 12 posti letto ordinari di cui 2 in appositi locali per il trapianto autologo di midollo e 2 di Day Surgery, L'attività di DH e Day Service per le somministrazioni infusionali di chemioterapici antitumorali e citotossici è effettuata su n. 14 postazioni di infusione. Vengono trattate le seguenti patologie:

- Linfoma di Hodgkin e Linfomi-non-Hodgkin
- Mieloma Multiplo e patologie correlate
- Sindromi linfoproliferative
- Sindromi mieloproliferative croniche
- Sindromi dismielopoietiche
- Leucemie Acute e Croniche



Le attività di diagnosi e terapia ambulatoriali sono organizzate su 5 linee “disease oriented” ed un ulteriore ambulatoriodestinato ai prelievi ed alle procedure invasive quali biopsie osteomidollari, aspirati midollari e rachicentesi. Esiste altresì un laboratorio di diagnostica delle neoplasie ematologiche (citologia, citochimica, caratterizzazione citofluorimetrica) e anche per l’attività di ricerca traslazionale.

Negli ambulatori sono erogate le seguenti tipologie di prestazioni ambulatoriali: prima visita, visita di controllo o di follow-up, chemioterapia, immunoterapia, chemio-immunoterapia, prelievi ematici per indagini diagnostiche, rachicentesi, toracentesi e paracentesi.

La dotazione organica attuale è la seguente:

Ematologia	DIRIGENTI	14
	BIOLOGI	1
	MEDICI	13
Degenza Ematologia	COMPARTO	25.5
	OPERATORI TECNICI SPECIALIZZATI cat BS	7.5
	PERS. INFERMIERISTICO cat D	18
Ambulatorio Ematologia	COMPARTO	8
	OPERATORI TECNICI SPECIALIZZATI cat BS	1
	PERS. INFERMIERISTICO cat D	7
Unità trapianti	COMPARTO	4.5
	OPERATORI TECNICI SPECIALIZZATI cat BS	0.5
	PERS. INFERMIERISTICO cat D	4
Ambulatorio, Degenza ed Unità Trapianti Ematologia Totale		52

3.a.3.2. Struttura Complessa di Oncologia Medica.

E’ articolata su n. 15 posti letto ordinari in cui tratta il Carcinoma mammario e tutte le neoplasie “solide” escluso i Linfomi

E’ erogata anche assistenza in regime di Day-service.

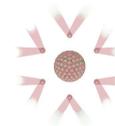
Le tipologie di assistenza ambulatoriale sono: prima visita, di controllo o di follow-up, chemioterapia, immunoterapia, chemio-immunoterapia.

La dotazione organica attuale è la seguente:

Oncologia Medica	DIRIGENTI	11
	MEDICI	11
Degenza Oncologia Medica	COMPARTO	23
	OPERATORI TECNICI SPECIALIZZATI cat BS	8
	PERS. INFERMIERISTICO cat D	15
Ambulatorio Oncologia Medica	COMPARTO	9.3
	OPERATORI TECNICI SPECIALIZZATI cat BS	1
	PERS. INFERMIERISTICO cat D	8.3
Degenza ed Ambulatorio Oncologia Medica Totale		43.3

3.a.3.3. Struttura Semplice Dipartimentale di Oncologia Medica per la Patologia Toracica.

E’ articolata su n. 7 posti letto ordinari in cui tratta tutte le neoplasie “solide” che hanno sede toracica.



E' erogata anche assistenza in regime di Day-service.

Le tipologie di assistenza ambulatoriale sono: prima visita, di controllo o di follow-up, chemioterapia, immunoterapia, chemio-immunoterapia.

La dotazione organica attuale è la seguente:

Ambulatorio e Degenza Oncologia Medica per la Patologia Toracica	DIRIGENTI	7
	MEDICI	7
	COMPARTO	2.5
	PERS. INFERMIERISTICO cat D	2.5
Ambulatorio e Degenza Oncologia Medica per la Patologia Toracica Totale		9.5

3.a.3.4. Struttura Semplice Dipartimentale di Oncologia Medica per la presa in carico globale del paziente.

Eroga solo assistenza ambulatoriale e si occupa della prevenzione, della diagnosi e del trattamento di tutte le neoplasie solide, ma con un approccio che garantisca la continuità dell'assistenza nelle varie fasi della malattia ed il supporto psico-sociale al paziente. Effettua le prestazioni di:

- Prima visita oncologica di pazienti con o senza diagnosi istologica;
- Visite oncologiche di controllo e "follow-up";
- Terapie infusionali lunghe, brevi e con farmaci biologici a somministrazione orale su n. 20 postazioni.

La dotazione organica attuale è la seguente:

Ambulatorio Oncologia Medica per la presa in carico globale del paziente oncologico	DIRIGENTI	9
	MEDICI	8
	PSICOLOGI	1
	COMPARTO	10.5
	OPERATORI TECNICI SPECIALIZZATI cat BS	1
	PERS. INFERMIERISTICO cat D	9.51
Ambulatorio Oncologia Medica per la presa in carico globale del paziente oncologico Totale		19.5

3.a.3.5. Struttura Semplice Dipartimentale Tumori rari e melanoma.

Eroga solo assistenza ambulatoriale e si occupa della prevenzione, della diagnosi e del trattamento delle seguenti patologie oncologiche:

- PIASTRINOPATIE AUTOIMMUNI PRIMARIE CRONICHE
- SARCOIDOSI
- PORPORA DI HENOCH-SCHÖNLEIN RICORRENTE
- MICROANGIOPATIE TROMBOTICHE
- CRIOGLOBULINEMIA MISTA
- SINDROME POEMS
- MASTOCITOSI SISTEMICA
- ANEMIE APLASTICHE ACQUISITE (ESCLUSO: FORME MIDOLLARI APLASTICHE TRANSITORIE)
- SINDROMI MIELODISPLASTICHE
- EMOGLOBINURIA PAROSSISTICA NOTTURNA
- METAEMOGLOBINEMIA DA DEFICIT DI METAEMOGLOBINAREDUCTTASI



- ANEMIE SIDEROBLASTICHE
- ANEMIA DI FANCONI
- ANEMIA DI BLACKFAN-DIAMOND
- ANEMIA A CELLULE FALCIFORMI
- TALASSEMIE (ESCLUSO: TALASSEMIE MINOR)
- SFEROCTOSI EREDITARIA
- ANEMIE EREDITARIE (ESCLUSO: DEFICIT DI GLUCOSIO-6-FOSFATO DEIDROGENASI)
- AMILOIDOSI SISTEMICHE
- EMOCROMATOSI EREDITARIA
- DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DEL FERRO
- MALATTIA DI NIEMANN-PICK TIPO C
- MALATTIA DI NIEMANN-PICK TIPO A, B
- MALATTIA DI GAUCHER
- MALATTIA DI FABRY
- DIFETTI DA ACCUMULO DI LIPIDI
- SINDROME DI LYNCH
- CANCRO NON POLIPOSICO EREDITARIO DEL COLON
- MELANOMA CUTANEO FAMILIARE E/O MULTIPLO
- SINDROME DEL NEVO BASOCELLULARE

Effettua le prestazioni di:

- Prima visita oncologica;
- Visite oncologiche di controllo e "follow-up";
- Chemioterapia, immunoterapia, chemio-immunoterapia.

La dotazione organica attuale è la seguente:

SS Tumori Rari e Melanoma	DIRIGENTI	1
	MEDICI	1
	COMPARTO	1
	PERS. INFERMIERISTICO cat D	1
SS Tumori Rari e Melanoma Totale		2

3.a.4. Dipartimento Diagnostica e Terapia per Immagini.

Tale dipartimento rappresenta un'innovazione organizzativa che sancisce il notevole livello assistenziale raggiunto nell'Istituto sviluppando le tecniche integrate di diagnostica nell'ottica di garantire al paziente il più elevato risultato di tipo assistenziale con il minor trauma possibile. Il Dipartimento è formato da Unità Operative che si articolano con percorsi diagnostici e terapeutici utilizzando la scienza delle immagini (sia di tipo radiologico che diretto, per esempio di tipo endoscopico). Tali metodiche vengono eseguite con modalità strumentali mini-invasiva (interventistica/chemioterapie sistemiche e loco regionali integrate con ipertermia/endoscopica) e non invasiva (trattamenti radioterapici). Nell'organizzazione rientra l'attività della U.O. Fisica Sanitaria che per le sue peculiarità ne è strettamente correlata.

3.a.4.1. Struttura Complessa di Oncologia Medica Integrata ed Interventistica



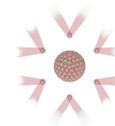
E' articolata su n. 17 posti letto ordinari ed 1 in Day-Hospital/Surgery ed effettua procedure diagnostiche ed interventistiche di tipo mini-invasivo. L'assistenza mini-invasiva terapeutica, rappresenta un'alternativa al trattamento chirurgico tradizionale e un'efficace integrazione dei protocolli multidisciplinari di terapia dei tumori. Dispone di una cosiddetta Sala Ibrida in cui è installato un Sistema di Angio-CT, un sistema di imaging tomografico (CT) integrato con fusion referenziata di immagini ad un sistema di imaging fluoro-angiografico per guidare la procedura interventistica, Dispone altresì di una sala ecografica e di una sala eco-endoscopica. Erega prestazioni di:

- Ecografia esplorativa propedeutica alle procedure di radiologia interventistica;
- Ecografia addome superiore ed inferiore con mezzo di contrasto (CEUS);
- Eco-endoscopia digestiva (tratto superiore e inferiore);
- Alcolizzazione piccole neoplasie benigne e maligne;
- Alcolizzazione displasie cistiche;
- Macro biopsie epatiche, prostatiche, renali;
- Terapia trans-vaginale delle displasie cistiche dell'ovaio e trans-cutanea delle forme colloidali e adenomatose tiroidee iperfunzionanti;
- Visita e biopsia guidata con tecniche radiologiche (ecografica, endoscopico-digestiva) del tipo:
 - Pancreatica
 - Epatica
 - Renale
 - Prostatica
 - Polmonare
 - Neoformazione addominale
 - Neoformazione pelvica
 - Tiroidea
 - Linfonodale
 - Tessuti molli

L'attività interventistica mini-invasiva in sala ibrida prevede le seguenti procedure: termoablazioni mediante RF/MW epatiche e polmonari, chemioembolizzazioni epatiche e polmonari, combinazioni di termoablazioni e chemioembolizzazioni in unica seduta micro-operatoria (Single StepTherapy) o sedute differenti a distanza di 48 ore (Double Track Therapy), chemioterapie in "stop-flow" epatiche, di arto (melanomi) e pelviche, verterbroplastica e cifoplastica percutanea (in caso di fratture), cementoplastica (metastasi ossee), impianti di cateteri/port spinali, port-a-cath arteriosi, epatici, e venosi sistemici, drenaggi ed endoprotesi biliari, endoprotesi e stent vascolari, drenaggi percutanei, pleurici, di cisti epatiche, renali, spleniche, biopsie pancreatiche, epatiche, renali, prostatiche, polmonari, ossee, neoformazioni addominali e pelviche, linfonodali, ecc.

La dotazione organica attuale è la seguente:

Oncologia Medica Interventistica ed Integrata	DIRIGENTI	9
	MEDICI	9
Degenza Oncologia Medica Interventistica ed Integrata	COMPARTO	20.5
	OPERATORI TECNICI SPECIALIZZATI cat BS	5
	PERS. INFERMIERISTICO cat D	15.5
Ambulatorio Oncologia medica Interventistica ed Integrata	COMPARTO	5.5
	OPERATORI TECNICI SPECIALIZZATI cat BS	1



	PERS. INFERMIERISTICO cat D	4.5
Sala ibrida	COMPARTO	8
	PERS. INFERMIERISTICO cat D	5
	PERS. TECNICO SANITARIO cat D	3
Degenza, Ambulatorio e Sala Ibrida Oncologia medica Interventistica ed Integrata Totale		43

3.a.4.2. Struttura Complessa di Radioterapia Oncologica

L'Unità Radioterapia Oncologica eroga le proprie prestazioni solo ambulatorialmente:

- Visite (1° visita radioterapica, follow-up, visita pazienti in trattamento)
- Consulenza specialistica (interna all'Istituto o esterna)
- Trattamenti radioterapici relativi alle seguenti patologie:
 - neoplasie della cute
 - neoplasie della mammella
 - neoplasie dell'esofago, stomaco, pancreas, retto, canale anale, ano
 - neoplasie del polmone e della pleura
 - neoplasie del rene, vescica e prostata
 - neoplasie del testicolo
 - neoplasie dell'endometrio, cervice e vulva
 - neoplasie dell'asse cranio spinale primitive e secondarie
 - linfomi e sarcomi
 - neoplasie recidive e metastatiche di tutti i distretti corporei
 - ritrattamenti
 - neoplasie pediatriche
 - irradiazione emoderivati

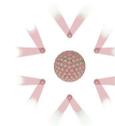
213

con Acceleratori Lineari recentemente aggiornati nel loro software per le seguenti tecniche: 3D Conformazionale, IMRT(Radioterapia ad Intensità Modulata) mediante arco terapia volumetrica (Rapidarc) e IGRT (Radioterapia Guidata dalle Immagini), Radioterapia Stereotassica per lesioni encefaliche primitive e secondarie.

La dotazione organica attuale è la seguente:

Ambulatorio Radioterapia Oncologica	DIRIGENTI	9
	MEDICI	9
	COMPARTO	18.5
	PERS. INFERMIERISTICO cat D	4.5
	PERS. TECNICO SANITARIO cat D	14
Ambulatorio Radioterapia Oncologica Totale		27.5

3.a.4.3. Struttura Semplice Dipartimentale Radiologia Diagnostica



La SSD di Radiologia Diagnostica eroga prestazioni di diagnostica per immagini del tipo:

- Ecografico mediante n. 2 sistemi eco-color-doppler;
- Radiologiche convenzionali del tipo radiografico e radioscopico con e senza mezzi di contrasto;
- CTI con due sistemi di tomografia a 128 e 64 slices;
- MRI con sistema da 1,5 T.

Sia per pazienti interni che esterni. La dotazione organica attuale è la seguente:

Ambulatorio Radiologia Diagnostica	DIRIGENTI	11
	MEDICI	11
	COMPARTO	20.5
	AUSILIARI	1
	OPERATORI TECNICI SPECIALIZZATI cat BS	3
	PERS. INFERMIERISTICO cat D	4.5
	PERS. TECNICO SANITARIO cat D	12
Ambulatorio Radiologia Diagnostica Totale		31.5

3.a.4.4. Struttura Semplice Dipartimentale Radiologia Senologica

La SSD di Radiologia Senologica eroga prestazioni di diagnostica per immagini anche di tipo interventistico:

- Visite senologiche
- Mammografia - Tomosintesi
- Ecografia
- Microbiopsia stereotassica (mammotomeTru-Cut)
- Esami citologici
- Duttografia
- MRI
- CESM

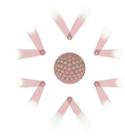
Sia per pazienti interni che esterni. La dotazione organica attuale è la seguente:

Ambulatorio Radiologia Senologica	DIRIGENTI	3
	MEDICI	3
	COMPARTO	10.1
	OPERATORI TECNICI SPECIALIZZATI cat BS	1
	PERS. INFERMIERISTICO cat D	5.13
	PERS. TECNICO SANITARIO cat D	3.99
Ambulatorio Radiologia Senologica Totale		13.1

3.a.4.5. Struttura Semplice Dipartimentale Fisica Sanitaria

L'SSD di Fisica Sanitaria svolge attività di:

- gestione tecnica e controlli di qualità delle apparecchiature di Radioterapia (Acceleratori lineari, IORT, Simulatore);
- piani di trattamento radioterapici con fasci di radiazione esterni;



- dosimetria dei fasci radianti e delle sorgenti radioattive;
- dosimetria del paziente procedure di set-up;
- dosimetria clinica in terapia radio-isotopica per le attività di pertinenza del Settore di Radiologia Interventistica e Onco-ematologia;
- applicazione di informatica e gestione delle immagini;
- gestione tecnica e controlli di qualità delle apparecchiature (radiologia convenzionale, TC, RM, CR, DR, US, ecc.);
- controlli di qualità periodici sulle apparecchiature;
- test di accettazione e dosimetria di base sulle nuove installazioni.

La dotazione organica attuale è la seguente:

SSD Fisica Sanitaria	DIRIGENTI	5
	FISICI	5
	COMPARTO	2
	PERS. TECNICO SANITARIO cat D	1
	PERSONALE TECNICO cat D	1
SSD Fisica Sanitaria Totale		7

3.a.5. Dipartimento dei Servizi

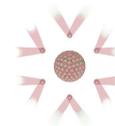
Il Dipartimento comprende dotazioni, risorse e strutture nelle quali varie figure professionali di discipline diverse operano con stretta interdisciplinarietà. La "mission" del Dipartimento è di fornire accurate diagnosi isto - citopatologiche, molecolari, di laboratorio, con informazioni di valore prognostico e predittivo che possano essere utilizzate per la migliore gestione clinica dei pazienti, utilizzando sia tecniche convenzionali che innovative. Svolge inoltre un servizio per utenti ambulatoriali ed esterni che si rivolgono al Dipartimento per esigenze di "second option" su preparati isto-citopatologici allestiti in altra sede anche per le determinazioni centralizzate dei parametri di biologia molecolare per utilizzo assistenziale.

Le attività diagnostiche sui campioni operatori e biotipici, di diagnostica molecolare, di citopatologia e di riscontro autoptico sono svolte presso la SC di Anatomia Patologica, mentre le indagini clinico e microbiologiche sono erogate presso il Laboratorio di analisi.

Le attività che si svolgono presso il Dipartimento s'integrano con quelle della BioBanca Istituzionale dove avviene la raccolta sistematiche di campioni biologici tissutali e di sangue relativi alle varie patologie oncologiche.

Il carattere applicativo di tutte le ricerche laboratoristiche e cliniche si basa sulla gestione coordinata di materiali biologici e informazioni genetico-molecolari che vengono aggregati ed associati nella data base della Biobanca, ottenendo un valore sinergico ed aggiuntivo. La trasversalità delle ricadute cliniche e la necessità di garantire l'opportunità traslazionale ai modelli della progettualità scientifica pongono la SC Oncologia Sperimentale e Gestione Biobanca quale punto di coordinamento delle attività svolte nelle seguenti Area di ricerca:

- Nanotecnologie applicate;
- Farmacologia clinica e pre-clinica applicata;
- Biomorfologia funzionale applicata.



3.a.5.1. Struttura Complessa di Anatomia Patologica

Esegue attività di diagnostica di laboratorio:

- Macroscopica e microscopica su campioni di materiale bioptico e chirurgico proveniente da qualsiasi organo e tessuto, esami istologici intraoperatori, consulenza su preparati istologici allestiti in altre sedi, tele-consulenze per la richiesta di una seconda opinione, valutazione del linfonodo sentinella nel carcinoma mammario.
- Indagini immunoistochimiche e morfologico-molecolari su preparati istologici e citologici per la definizione diagnostica di vari tipi di neoplasie, per la ricerca delle micrometastasi, per la valutazione di parametri biologici ai fini prognostici e terapeutici, per la tipizzazione dei linfomi;
- Determinazione di fattori prognostico/predittivi del carcinoma mammario: recettori ormonali, attività proliferativa tumorale ed espressione di HER-B-2/NEU con metodica immunoistochimica, ricerca di amplificazione genica con tecniche di ibridazione in situ FISH e SISH.
- Screening cervico-vaginale:
 - Citologia esfoliativa cervico-vaginale (pap-test)
 - Citologia esfoliativa vaginale su strato sottile (LiquidBasedCitology).

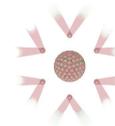
Ambulatorio Anatomia Patologica	DIRIGENTI	19
	MEDICI	17
	BIOLOGI	2
	COMPARTO	31
	COMMESSE cat A	1
	COADIUTORE AMMINISTRATIVO cat B	1
	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO cat C	1
	PERS. TECNICO SANITARIO cat D	27
	PERS. INFERMIERISTICO cat D	1
Ambulatorio Anatomia Patologica Totale		50

3.a.5.2. Struttura Complessa di Oncologia Sperimentale e Biobanca

La Biobanca istituzionale si occupa della gestione della raccolta, crioconservazione ed utilizzo dei tessuti biologici di interesse oncologico, secondo criteri internazionalmente accettati, necessari per la ricerca e sviluppo di nuovi biomarcatori predittivi di rischio, diagnosi precoce, chemiosensibilità, tossicità, prognosi, e di nuovi farmaci/terapie in oncologia. La Biobanca colleziona materiale biologico umano di varia natura (tessuti, sangue, ecc) di potenziale interesse per pratiche di tipo diagnostico e di ricerca. Detta attività è disponibile anche per Unità Operative esterne collaboranti a vario titolo con l'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II".

Ogni attività sul materiale crioconservato in Biobanca prevede:

- la sottoscrizione di un consenso informato da parte del donatore
- l'accettazione di procedure definite da specifiche convenzioni e protocolli (Iata, Trasporti) per gli eventuali trasferimenti extramoenia dei campioni biologici.



Dalla struttura complessa **Oncologia Sperimentale e Gestione Biobanca** discendono due aree di ricerca:

- Area Farmacologia clinica e preclinica applicate;
- Area Nanotecnologie applicate

Ambulatorio Oncologia Sperimentale e Gestione della Biobanca	DIRIGENTI	1
	MEDICI	1
	COMPARTO	1
	PERS. TECNICO SANITARIO cat D	1
Ambulatorio Oncologia Sperimentale e Gestione della Biobanca Totale		2

3.a.5.3. Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale di Diagnostica Molecolare e Farmacogenetica

Effettua analisi di:

- Biomarcatori di predizione, tossicità e diagnostica ematologica, coordinamento dell'attività diagnostica;
- Biomarcatori di suscettibilità e prognostico/predittivi nel carcinoma della mammella, ovaio e prostata;
- Biomarcatori di suscettibilità e prognostico/predittivi nel carcinoma della mammella, ovaio e prostata;
- Biomarcatori di predizione, tossicità e diagnostica ematologica;
- Biomarcatori di predizione, tossicità e diagnostica ematologica;
- Bioinformatica e biostatistica;

Il Laboratorio di Genetica Molecolare e Farmacogenetica si occupa dell'analisi di marcatori genetici di suscettibilità ad alcune neoplasie ereditarie e di biomarcatori utili per la prognosi, la predizione alla risposta terapeutica e la tossicità ai farmaci.

Tipologia prestazioni fornite:

- Suscettibilità al tumore mammario e melanoma ereditario
- Farmacogenetica: tossicità alle fluoro pirimidine, irinotecano, composti del platino, taxani
- Determinazioni genetiche per setting terapeutico in neoplasie polmonari, colon, melanoma, GIST
- Fattori prognostici nel tumore della prostata e nel carcinoma mammario
- Determinazioni per la diagnostica ed il follow-up onco-ematologico

Ambulatorio Diagnostica Molecolare e Farmacogenetica	DIRIGENTI	4
	BIOLOGI	4
	COMPARTO	4
	PERS. INFERMIERISTICO cat D	1
	PERS. TECNICO SANITARIO cat D	3
Ambulatorio Diagnostica Molecolare e Farmacogenetica Totale		8

3.a.5.4. Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale di Patologia Clinica



L'Unità Laboratorio Analisi eroga le seguenti prestazioni di:

- Ematologia
- Protidologia
- Chimica Clinica
- Immunologia
- Dosaggio Marcatori Tumorali
- Citofluorimetria
- Dosaggio Ormoni
- Biologia Molecolare
- Microbiologia e Virologia
- Servizio di Frig
- Parassitologia
- Terapia anticoagulante Orale (TAO)

ed i seguenti tipi di attività:

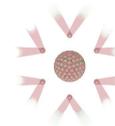
- Caratterizzazione Bio-morfologica e Studio fattori prognostico-predittivi dei tumori solidi;
- Analisi di Alterazioni Geniche coinvolte nella familiarità del carcinoma mammario;
- Analisi Variabilità Genetica nei Tumori Solidi;
- Studio Assetto Nutrizionale nel Paziente Oncologico;
- Analisi Proteomica e Biomarker Discovery.

Ambulatorio Patologia Clinica	DIRIGENTI	4
	MEDICI	2
	BIOLOGI	2
	COMPARTO	19.1
	COADIUTORE AMMINISTRATIVO cat B	2
	OPERATORI TECNICI SPECIALIZZATI cat BS	1
	PERS. INFERMIERISTICO cat D	4.13
	PERS. TECNICO SANITARIO cat D	12
Ambulatorio Patologia Clinica Totale		23.1

3.a.5.5. Struttura a Valenza Dipartimentale di Cardiologia Oncologica

L'unità Operativa di Cardiologia svolge attività ambulatoriale e di consulenza specialistica per i pazienti ricoverati presso l'Istituto, oltre che garantire le medesime prestazioni anche per i pazienti ambulatoriali esterni previa prenotazione presso l'Ufficio CUP dell'Istituto o da postazione periferica. Le attività assistenziali vengono riservate prioritariamente ai pazienti affetti da patologia tumorale, con particolare attenzione per tutte le problematiche cardiovascolari connesse alla patologia, oltre che garantire il supporto cardiovascolare per i pazienti sottoposti a trattamenti antitumorali potenzialmente cardiotossici. Le attività si svolgono previa programmazione dei controlli periodici prima, durante e dopo le cure antitumorali, in pieno accordo con le linee guida internazionali in materia di "CardiOncologia".

Ambulatorio Cardiologia	DIRIGENTI	6
	MEDICI	6
	COMPARTO	6.13



	AUSILIARI	1
	PERS. INFERMIERISTICO cat D	5.13
Ambulatorio Cardiologia Totale		12.1

3.a.6. Dipartimento di Staff

Il Dipartimento comprende Unità Operative che per le loro funzioni peculiari sono di supporto al Direttore Generale nei processi di pianificazione, programmazione e controllo aziendale ma non direttamente dipendente dallo stesso per ciò che concerne la sua organizzazione e gestione, nel rispetto a quanto sancito all'art. 4 del D.lgs 165/2001 e s.m.i..

Le principali funzioni del Dipartimento di Staff sono di seguito indicate:

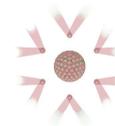
- Pianificazione dei servizi sanitari sulla base di analisi di contenuto interno ed esterno;
- Programmazione e controllo;
- Sicurezza dei pazienti;
- Attività consultiva in materia giuridica;
- Qualità e formazione.

3.a.6.1. Struttura Complessa di Farmacia ed U.MA.CA.

La struttura svolge attività di supporto alle Unità Operative di produzione per quanto attiene a:

- Dispensazione farmaci e dispositivi medici alle UU.OO;
- Dispensazione farmaci ai pazienti domiciliari:
 - Dispensazione farmaci fascia H direttamente ai pazienti con Piano Terapeutico Programmato
 - Dispensazione Primo Ciclo di Terapia pazienti in dimissione
- Attività di Farmacovigilanza:
 - Controllo farmaci e dispositivi medici dispensati
 - Monitoraggio eventi avversi da farmaci e dispositivi medici all'interno e all'esterno dell'Istituto
- Sperimentazione farmaci:
 - Controllo e monitoraggio farmaci sperimentali
 - Dispensazione personalizzata dei farmaci afferenti ai protocolli sperimentali. Galenica clinica magistrale per tutti i farmaci antitumorali iniettabili presso l'U.Ma.C.A.; Galenica clinica tradizionale;
- Allestimento sacche nutrizione parenterale;
- Distribuzione sacche per nutrizione parenterale ai pazienti in assistenza domiciliare; Segreteria Scientifica Comitato Etico, Segreteria Commissione Terapeutica Aziendale;
- Elaborazione flussi informativi relativi ai consumi di farmaci, dispositivi medici.

SC Farmacia ed UMACA	DIRIGENTI	9
	FARMACISTI	8
	MEDICI	1
SC Farmacia	COMPARTO	7
	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO cat D	1
	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO cat C	1



	PERS. INFERMIERISTICO cat D	5
UMACA	COMPARTO	4
	PERS. INFERMIERISTICO cat D	4
SC Farmacia ed UMACA Totale		20

3.a.6.2. Struttura Complessa Burocratico, Legale, Privacy ed Affari Generali

Struttura Burocratico Legale	DIRIGENTI	1
	AVVOCATO	1
	COMPARTO	5
	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO cat C	1
	COADIUTORE AMMINISTRATIVO cat B	2
	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO cat D	1
	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO cat DS	1
Struttura Burocratico Legale Totale		6

3.a.6.3. Struttura Complessa Statistica, Epidemiologia e Qualità

SC UOSE e Qualità	DIRIGENTI	1
	MEDICI	1
	COMPARTO	6
	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO cat C	1
	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO cat D	3
	PERS. VIGILANZA ED ISPEZIONE cat D	1
	PERSONALE TECNICO cat C	1
SC UOSE e Qualità Totale		7

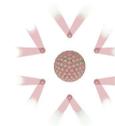
220

3.a.6.4. Struttura a Valenza Dipartimentale Servizio Professioni Sanitarie

SSD Servizio delle Professioni Sanitarie	DIRIGENTI	1
	DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE	1
	COMPARTO	12.8
	AUSILIARI	2
	OPERATORI TECNICI SPECIALIZZATI cat BS	4
	PERS. DELL'ASSISTENZA SOCIALE cat D	1
	PERS. INFERMIERISTICO cat D	4.83
	PERSONALE TECNICO cat C	1
SSD Servizio delle Professioni Sanitarie Totale		13.8

3.a.6.5. Struttura a Valenza Dipartimentale Clinical Risk Management e Formazione

Clinical Risk Management e Formazione	DIRIGENTI	1
	MEDICI	1



Clinical Risk Management	COMPARTO	1
	PERS. TECNICO SANITARIO cat D	1
Ufficio Formazione	COMPARTO	1
	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO cat C	1
SSD Clinical Risk Management e Formazione Totale		3

3.a.6.6. Struttura a Valenza Dipartimentale Controllo di Gestione. Transizione Digitale e Trasferimento Tecnologico

SSD Controllo di Gestione, Transizione Digitale e Trasferimento Tecnologico	DIRIGENTI	1
	INGEGNERE	1
	COMPARTO	2
	PERSONALE TECNICO cat D	2
SS Controllo di Gestione, Transizione Digitale e Trasferimento Tecnologico Totale		3

3.a.7. Dipartimento della Gestione

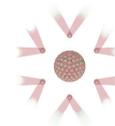
Il Dipartimento della Gestione esercita attività di supporto nei confronti della Direzione Strategica nonché di tutte le altre strutture aziendali, garantendo l'espletamento delle funzioni amministrative e gestionali. Cura inoltre l'integrazione delle risorse professionali, finanziarie e tecnologiche per il raggiungimento degli obiettivi dipartimentali.

3.a.7.1. Struttura Complessa Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici

SC Area tecnica	DIRIGENTI	2
	INGEGNERE	1
	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	1
	COMPARTO	10
	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO cat D	2
	OPERATORI TECNICI cat B	4
	PERSONALE TECNICO cat C	1
	PERSONALE TECNICO cat D	3
SC Area tecnica Totale		12

3.a.7.2. Struttura Complessa Area Gestione Risorse Finanziarie

SC Area Gestione Risorse Finanziarie	DIRIGENTI	1
	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	1
	COMPARTO	7
	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO cat C	2
	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO cat D	5
SC Area Gestione Risorse Finanziarie Totale		8



3.a.7.3. Struttura Complessa Area Gestione Risorse Umane

SC Area Gestione Risorse Umane	DIRIGENTI	1
	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	1
	COMPARTO	14
	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO cat C	4
	COADIUTORE AMMINISTRATIVO cat B	1
	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO cat D	6
	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO cat DS	2
	COMMESSE cat A	1
SC Area Gestione Risorse Umane Totale		15

3.a.7.4. Struttura a Valenza Dipartimentale Area Gestione Patrimonio, Contratti ed Appalti

SSD Patrimonio Appalti e Contratti	DIRIGENTI	1
	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	1
	COMPARTO	11
	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO cat C	4
	COADIUTORE AMMINISTRATIVO cat B	1
	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO cat D	5
	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO cat DS	1
SSD Patrimonio Appalti e Contratti Totale		12

3.b. Sottosezione Organizzazione del Lavoro Agile

3.b.1. Introduzione

La definizione di "lavoro agile" è stata introdotta nel nostro ordinamento dall'art. 18 della Legge n.81 del 22 Maggio 2017 recante "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato" ed è la seguente:

"Modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, nonché con forme di organizzazione per fasi, cicli, obiettivi, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici. La prestazione lavorativa viene eseguita, in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva."

Essa è stata così, ben individuata, come una delle modalità previste dall'Art. 14, comma 1 della Legge 7 agosto 2015, n. 124 (le altre sono il "telelavoro" ed "altre forme di lavoro a distanza", come il coworking o il lavoro decentrato da centri satellite) con cui le PP.AA. "nei limiti delle risorse di bilancio disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, assicurano nuove modalità spazio-temporali di erogazione delle prestazioni lavorativa



da parte del dipendente, tali da permettere ad almeno il 10 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano, di avvalersi di tali modalità, garantendo altresì che questi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera”.

E' importante notare che la Legge 81/2017, come riportato nel comma 1 dello stesso art.18, introduce questa modalità di rapporto di lavoro *“allo scopo di incrementare la competitività e agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro”*. In buona sostanza il lavoro agile ha come fine l'obiettivo di identificare e introdurre la possibilità per il lavoratore di svolgere le attività assegnate nelle condizioni ritenute più confortevoli ad esempio:

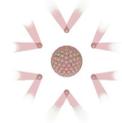
- la scelta del luogo di lavoro presso il quale il lavoratore vorrebbe svolgere la sua mansione, o l'assegnazione di uno spazio in un ambito di coworking, riducendo per quanto possibile, gli spostamenti in entrambi i casi;
- fornendo adeguati strumenti, che dovranno consentire il regolare svolgimento del lavoro nella nuova modalità;
- in merito all'organizzazione, in quanto egli deve raggiungere un obiettivo ma con l'opportunità di concordare i cicli di lavoro, nei tempi e nei modi a lui più consoni, nel rispetto delle scadenze fissate contrattualmente con il datore di lavoro ma senza necessariamente fare riferimento a orari e luoghi predefiniti (quest'ultimo è un aspetto importante che distingue tale modalità dal telelavoro).

Riassumendo, è importante evidenziare che la modalità di lavoro agile concede flessibilità e autonomia al lavoratore nella scelta degli spazi, degli orari e in buona parte anche in merito agli strumenti da utilizzare ma per contro prevede il raggiungimento di obiettivi (a cui ovviamente sarà legata la prestazione del lavoratore stesso) e pertanto anche una responsabilità del lavoratore in merito ai risultati da ottenere.

In buona sostanza le novità che caratterizzano questa modalità di lavoro in piena evoluzione e diffusione sono quattro: la flessibilità degli orari, la diversità dei luoghi di lavoro in cui svolgere la mansione (non più esclusivamente la sede aziendale), il raggiungimento di obiettivi e risultati concordati, una riorganizzazione del lavoro con conseguente diverso approccio dei soggetti coinvolti.

A seguito dell'emergenza sanitaria da Covid-19 poi, il Decreto Legge 17 marzo 2020 n.18 - cosiddetto Decreto *“Cura Italia”* convertito con modificazioni nella Legge 24 aprile 2020, n° 27, ha stabilito che il *“lavoro agile”* fosse la modalità ordinaria di erogazione della prestazione lavorativa fino alla cessazione dello stato di emergenza epidemiologica, limitando così *“la presenza del personale nei luoghi di lavoro per assicurare esclusivamente le attività ritenute indifferibili e che richiedono necessariamente tale presenza, anche in ragione della gestione dell'emergenza”*.

Tale circostanza ha, di fatto, avviato una importante ed *“obbligata”* sperimentazione della modalità *“agile”* di fornitura della prestazione lavorativa, al punto che, con l'Art. 263 del D.L. 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 in Legge n. 77 del 17 luglio 2020, il legislatore ha stabilito che *"entro il 31 gennaio di ciascun anno, le amministrazioni pubbliche redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), quale sezione del documento di cui all'articolo 10, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150. (Piano della Performance n.d.r.). Il POLA individua le modalità attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, che almeno il 60 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 30 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano. Il raggiungimento delle predette percentuali è realizzato nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente. Le economie derivanti dall'applicazione del POLA restano acquisite al bilancio di ciascuna amministrazione pubblica".*

Nell'autunno del 2021, con D.M. dell'8 ottobre 2021 - "Modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni", il Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ha stabilito che: *"Nelle more della definizione degli istituti del rapporto di lavoro connessi al lavoro agile da parte della contrattazione collettiva e della definizione delle modalità e degli obiettivi del lavoro agile da definirsi ai sensi dell'art. 6, comma 2, lettera c), del D.L. 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, nell'ambito del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), e tenuto che a decorrere dalla data di cui al comma 1 (15 ottobre 2021 n.d.r.) il lavoro agile non è più una modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa, l'accesso a tale modalità, ove consentito a legislazione vigente, potrà essere autorizzato esclusivamente nel rispetto delle seguenti condizionalità:*

- a) *lo svolgimento della prestazione di lavoro in modalità agile non deve in alcun modo pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi a favore degli utenti;*
- b) *l'amministrazione deve garantire un'adeguata rotazione del personale che può prestare lavoro in modalità agile, dovendo essere prevalente, per ciascun lavoratore, l'esecuzione della prestazione in presenza;*
- c) *l'amministrazione mette in atto ogni adempimento al fine di dotarsi di una piattaforma digitale o di un cloud o comunque di strumenti tecnologici idonei a garantire la più assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni che vengono trattate dal lavoratore nello svolgimento della prestazione in modalità agile;*



- d) *l'amministrazione deve aver previsto un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove sia stato accumulato;*
- e) *l'amministrazione, inoltre, mette in atto ogni adempimento al fine di fornire al personale dipendente apparati digitali e tecnologici adeguati alla prestazione di lavoro richiesta;*
- f) *l'accordo individuale di cui all'art. 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81, deve definire, almeno:*
- 1) *gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile;*
 - 2) *le modalità e i tempi di esecuzione della prestazione e della disconnessione del lavoratore dagli apparati di lavoro, nonché eventuali fasce di contattabilità;*
 - 3) *le modalità e i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in modalità agile;*
- g) *le amministrazioni assicurano il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti amministrativi;*
- h) *le amministrazioni prevedono, ove le misure di carattere sanitario lo richiedano, la rotazione del personale impiegato in presenza, nel rispetto di quanto stabilito dal presente articolo.*

Precisando altresì, nei successivi commi 6 e 7, che: *“Ai fini dell'omogenea attuazione delle misure previste dal presente decreto, il Ministro per la pubblica amministrazione adotta specifiche linee guida che, per le misure previste dal comma 3, lettere f) e h), sono oggetto di previo confronto con le organizzazioni sindacali. Gli accordi individuali di cui all'art. 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81, stipulati in data anteriore a quella di entrata in vigore del presente decreto, restano validi a condizione che siano rispettate le condizionalità introdotte dal presente articolo o che siano ad esse tempestivamente adeguati.”.*

In data 30 novembre 2021 il Dipartimento della Funzione Pubblica ha emesso le predette “Linee Guida” definendo nella loro “Parte Seconda - Le condizioni per l’accesso alla prestazione lavorativa in forma agile” così sintetizzabili:

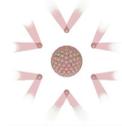
- Condizioni tecnologiche, privacy e sicurezza che in sintesi riguardano:
 - la dotazione tecnologica che deve essere fornita ad ogni dipendente e le eventuali possibili deroghe;
 - le modalità ed i protocolli di connessione sicura ai sistemi informativi di trattamento dei dati e di telecomunicazione;
- Accesso al Lavoro Agile in termini di:
 - tipologia del personale;
 - esclusioni dall'accordo;
 - finalità e vincoli;
- Accordo individuale, mediante definizione dei suoi elementi essenziali:
 - durata dell'accordo;



- modalità di svolgimento con specifica indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere a distanza
- modalità e motivi di recesso;
- tempi di riposo del lavoratore;
- diritto alla disconnessione;
- modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa all'esterno.
- Articolazione della prestazione in modalità agile e diritto alla disconnessione:
 - Insussistenza dei vincoli di orario;
 - Periodi di inoperabilità;
 - Fruizione dei permessi;
 - Incompatibilità di lavoro straordinario, trasferte, lavoro disagiato, lavoro svolto in condizioni di rischio;
 - Rientro in presenza in caso di problematiche di natura tecnica e/o informatica o di sopravvenute esigenze di servizio.
- Formazione:
 - All'uso delle piattaforme di lavoro agile;
 - All'empowerment organizzativo in tale modalità di lavoro.

Il DM del 9 dicembre 2020 ha infine stabilito che il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), quale specifica sezione del Piano delle Performance, di cui all'art 10, comma 1, lett. a), D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, è specificatamente *“rivolto a definire i necessari processi di innovazione amministrativa da mettere in atto nelle amministrazioni pubbliche, ai fini della programmazione e gestione del lavoro agile c.d. “temporaneo” della fase emergenziale, alla implementazione stabile del lavoro agile c.d. “ordinario”, così come disciplinato dalla L. n.81/2017 nell'ambito delle PP.AA.”*

Il presente documento, pertanto, intende stabilire le misure organizzative, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, i requisiti tecnologici e di verifica periodica dei risultati conseguiti, in termini di efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa, secondo le indicazioni delle Linee Guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e Indicatori di Performance, adottate col D.M. del 9 dicembre 2020, tenendo in debito conto il disposto congiunto di cui all'art 14 *“Promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche”, il quale prevede che “l'adozione delle misure organizzative e il raggiungimento degli obiettivi (...) costituiscono oggetto di valutazione nell'ambito dei percorsi di misurazione della performance organizzativa e individuale all'interno delle amministrazioni pubbliche. Le amministrazioni pubbliche adeguano altresì i propri sistemi di monitoraggio e controllo interno, individuando specifici indicatori per la verifica dell'impatto sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa, nonché sulla qualità dei servizi erogati, delle misure organizzative adottate in tema di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative.”*



3.b.2. Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile

Sin dalle prime fasi della pandemia, allorché:

- la direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri — Dipartimento della Funzione Pubblica 25 febbraio 2020, n. 1, con l'art. 3 dava indicazioni affinché le PP.AA., nell'esercizio dei poteri datoriali, privilegiassero modalità flessibili di svolgimento della prestazione lavorativa;
- la circolare n. 1 del 4 marzo 2020 del Dipartimento della Funzione pubblica stabiliva le "Misure incentivanti per il ricorso a modalità flessibili di svolgimento della prestazione lavorativa";
- infine il comma 1 dell'art. 2, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 8 marzo 2020 prevedeva tra le misure per il contrasto e il contenimento del diffondersi del virus COVID-19, alla lettera r) "la modalità di lavoro agile,, disciplinata dagli articoli da 18 a 23 della legge 22 maggio 2017, n. 81, potendo applicarla, per la durata dello stato di emergenza, a ogni rapporto di lavoro subordinato, nel rispetto dei principi dettati dalle menzionate disposizioni, anche in assenza degli accordi individuali ivi previsti,

l'Istituto, con Deliberazione n. 230 dell'11 marzo 2020, approvava il proprio "Regolamento temporaneo per l'adozione del lavoro agile quale misura di contrasto all'emergenza sanitaria COVID-19", stabilendo che, *"al fine di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e la continuità delle cure, il ricorso al lavoro agile non potesse essere autorizzato per il personale turnista (Dirigenza e Comparto) e, di norma, per tutto quel personale dei ruoli sanitario e tecnico (Dirigenza e Comparto) impiegato per assicurare detti LEA e la continuità delle cure, che deve assicurare la presenza in Istituto nelle fasce orarie previste dai turni e/o. dall'orario di servizio necessario per assicurare la funzionalità degli uffici e l'erogazione dei servizi "all'utenza"."*

Sebbene la normativa consentisse, in ragione della situazione di emergenza, la possibile deroga dalla sottoscrizione degli accordi individuali, l'art. 9 del citato regolamento ne stabiliva comunque l'obbligo di sottoscrizione. Tale articolo elencava altresì, tutti i contenuti disciplinati dall'accordo individuale:

- a) l'esecuzione della prestazione lavorativa al di fuori dei locali dell'Amministrazione, con particolare riguardo agli strumenti tecnologici utilizzati e al rispetto del diritto alla disconnessione per il lavoratore;
- b) l'attestazione della presenza in servizio effettuata mediante l'invio di mail, all'indirizzo di posta elettronica istituzionale del Direttore/Dirigente responsabile della Struttura di appartenenza e di quello dedicato dell'Area GRU, all'inizio e alla fine della giornata lavorativa in lavoro agile o, in alternativa, attraverso l'utilizzo di apposite applicazioni web fruibili da qualunque postazione fissa e mobile secondo le indicazioni fornite dall'Amministrazione.
- c) le modalità di monitoraggio della prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali dell'Amministrazione, tenendo conto dell'articolo 4 dello Statuto dei lavoratori (Legge n.



300/1970 e smi.), mediante la produzione di report giornaliero dell'attività svolta da inviare a mezzo posta elettronica, giornalmente, al Direttore/Dirigente responsabile della Struttura di appartenenza e al Direttore Amministrativo;

- d) il diritto alla disconnessione; -
- e) l'indicazione del domicilio presso il quale si svolge la prestazione lavorativa in modalità agile;
- f) l'individuazione delle giornate di lavoro agile nell'arco della settimana lavorativa;
- g) le attività lavorative da espletare in modalità agile;
- h) le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo da parte dell'Amministrazione;
- i) le fasce di reperibilità/contattabilità;
- j) gli obblighi di condotta del dipendente connessi all'espletamento di prestazioni di lavoro in modalità agile e gli obblighi di riservatezza posti a suo carico;
- k) i costi a carico del dipendente, direttamente e/o indirettamente collegati allo svolgimento della prestazione lavorativa (elettricità, linea di connessione, spostamenti ecc.), non rimborsabili dall'Amministrazione;
- l) le modalità e i termini del recesso e la disciplina del relativo preavviso.

Sulla base di tale regolamento, ogni Dirigente/Direttore ha proceduto ad organizzare il proprio ufficio in modo da assicurare la percentuale più elevata possibile di lavoro agile, garantendo al contempo la qualità e l'efficacia delle funzioni amministrative, ferma restando la facoltà di richiamare in presenza ogni dipendente assegnato all'ufficio per attività indifferibili.

L'Istituto ha altresì velocemente predisposto gli strumenti tecnologici necessari per lo svolgimento dell'attività ordinaria in modalità agile:

- con periodicità giornaliera, il dipendente ha inserito i propri dati e gli orari dell'attività svolta in smart working, mediante invio di mail all'Ufficio Rilevazione presenze;
- ha poi inviato un report settimanale delle attività svolte al proprio Dirigente/Direttore.
- sono state introdotte modalità di incontro virtuale in videoconferenza, attraverso le piattaforme MS-Teams o Cisco Webex.

Hanno utilizzato la modalità del lavoro agile il 9 % circa dei dipendenti dell'Istituto.

Avendo poi il Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, con il D.M. dell'8 ottobre 2021, stabilito che, a partire dal 15 ottobre 2021, "il lavoro agile non è più una modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa, l'accesso a tale modalità, ove consentito a legislazione vigente, possa essere autorizzato esclusivamente nel rispetto delle seguenti condizionalità:

- a) *lo svolgimento della prestazione di lavoro in modalità agile non deve in alcun modo pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi a favore degli utenti;*
- b) *l'amministrazione deve garantire un'adeguata rotazione del personale che può prestare lavoro in modalità agile, dovendo essere prevalente, per ciascun lavoratore, l'esecuzione della prestazione in presenza;*



- c) *l'amministrazione mette in atto ogni adempimento al fine di dotarsi di una piattaforma digitale o di un cloud o comunque di strumenti tecnologici idonei a garantire la più assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni che vengono trattate dal lavoratore nello svolgimento della prestazione in modalità agile;*
- d) *l'amministrazione deve aver previsto un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove sia stato accumulato;*
- e) *l'amministrazione, inoltre, mette in atto ogni adempimento al fine di fornire al personale dipendente apparati digitali e tecnologici adeguati alla prestazione di lavoro richiesta;*
- f) *l'accordo individuale di cui all'art. 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81, deve definire, almeno:*
- 1) *gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile;*
 - 2) *le modalità e i tempi di esecuzione della prestazione e della disconnessione del lavoratore dagli apparati di lavoro, nonché eventuali fasce di contattabilità;*
 - 3) *le modalità e i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in modalità agile;*
- g) *le amministrazioni assicurano il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti amministrativi;*
- h) *le amministrazioni prevedono, ove le misure di carattere sanitario lo richiedano, la rotazione del personale impiegato in presenza, nel rispetto di quanto stabilito dal presente articolo.*

Terminata la fase dell'emergenza pandemica, deve tenersi ben presente, che l'accesso al lavoro agile non rappresenta più una misura di contrasto e prevenzione alla diffusione del Covid-19 e pertanto, le finalità e presupposti della sua introduzione devono tornare ad essere del tipo "win-win" tra datore di lavoro e dipendente:

- nella prospettiva datoriale, migliorare l'efficienza e/o l'efficacia delle attività e/o dei servizi attraverso l'innovazione organizzativa e la modernizzazione dei processi,
- nella prospettiva del dipendente, agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro
- nella prospettiva comune, implementare misure di benessere organizzativo.

Non vi è dubbio inoltre, che lo sforzo organizzativo prodotto in corso di emergenza pandemica, ha consentito di porre in luce quali siano le criticità, le infrastrutture, i sistemi, le capacità individuali da potenziare e gli ambiti organizzativi in cui poter implementare il lavoro agile con i maggiori ritorni di efficienza ed efficacia.

E' così possibile individuare 6 ambiti specifici di intervento entro cui implementare misure correttive e di miglioramento:

- a) Regolamentare ed autorizzativo;
- b) Organizzativo;
- c) Tecnologico;



- d) Formativo;
- e) Sicurezza dei luoghi del lavoro;
- f) Indicatori di performance (sostenibilità economica ed organizzativa).

3.b.3. Modalità attuative

Superata la fase emergenziale, L'IRCCS si prefigge i seguenti obiettivi per il presente Piano di implementazione e sviluppo del lavoro agile:

- a. **Lo sviluppo di capacità di governo dei procedimenti complessi mediante** individuazione delle attività elementari che concorrono al completamento dei processi di erogazione dei servizi intermedi, di supporto e finali e loro organizzazione in procedure e tempistiche che responsabilizzino le risorse umane e consentano la **gestione per obiettivi**;
- b. L'individuazione di **dotazioni tecnologiche individuali, piattaforme telematiche di lavoro cooperativo** utilizzabili indifferentemente in sede ed in remoto, **sistemi informativi accessibili in sicurezza che dematerializzino completamente i processi produttivi**;
- c. L'implementazione di **percorsi formativi dedicati a tutto il personale dipendente, sia della dirigenza che del comparto**, per lo sviluppo delle **capacità operative individuali gestionali e digitali abilitanti la transizione digitale** dei processi in presenza virtuale;
- d. L'individuazione di un **sistema correlato di obiettivi misurabili mediante indicatori di costo, benessere e non discriminazione del personale, efficienza ed efficacia, che confluisca nel Piano della Performance**, per valutare e migliorare costantemente le strategie di implementazione del lavoro agile nell'Istituto;
- e. La **valorizzazione del personale, il miglioramento del benessere organizzativo** correlato al work-life balance e la promozione dell'inclusione lavorativa di quanti si trovino in situazione di fragilità permanente o temporanea;

Alla luce dell'esperienza condotta durante la pandemia da Covid-19, è stato possibile osservare che:

1. **Gran parte delle attività amministrative possono essere svolte in modalità "agile"** nonostante sussistano ancora criticità per quanto attiene:
 - alla capacità di gestire efficientemente ed efficacemente la prestazione di lavoro per "obiettivi";
 - alla persistenza di limitate capacità/attitudini di utilizzo delle piattaforme telematiche di lavoro cooperativo;
 - alle dotazioni telematiche individuali ed all'adeguamento dei sistemi informativi per la completa dematerializzazione delle procedure;
2. **Diverse attività tecniche di tipo professionale** possono essere svolte in remoto sebbene in alcuni casi possano sussistere le medesime difficoltà di cui al punto precedente, fatta eccezione per quelle che necessitano di intervento fisico o sopralluoghi su immobili, impianti e sistemi;



3. **Alcune attività tecniche in ambito sanitario** possono essere eseguite in remoto ma necessitano di un'adeguata verifica preliminare di sostenibilità, efficienza ed efficacia;
4. **Limitate attività mediche potranno essere erogabili in modalità "agile" laddove sussistano i requisiti per la loro erogazione secondo le previsioni delle Linee Guida per la Telemedicina al fine del loro accreditamento.** Alla stregua delle attività tecniche in ambito sanitario di cui al punto precedente, potrebbero essere eseguite in remoto alcune **attività di studio, aggiornamento e ricerca, nonché la partecipazione ai Team Multidisciplinari** laddove le piattaforme di interazione consentano l'ideale valutazione della documentazione medica dei pazienti e siano opportunamente certificate.

3.b.3.1. Modalità attuative: ambito regolamentare ed autorizzativo

Alla luce della vigente normativa, l'adibilità del lavoro agile nell'Istituto richiede due importanti interventi preliminari:

1. L'adozione di un Regolamento aziendale coerente con l'evoluzione normativa rispetto a quello già adottato con la Deliberazione n. 230 dell'11 marzo 2020;
2. La revisione dello schema di accordo individuale, effettuata tenendo ben presente l'indispensabile presenza delle seguenti componenti:
 - a. Eventuale sussistenza di condizioni complessive di fragilità del soggetto e/o del nucleo familiare di appartenenza;
 - b. Durata dell'accordo, sede, giornate ed orari in cui effettuare di svolgimento della prestazione lavorativa in modalità "agile" che rispettino i criteri normativi vigenti e che garantiscano comunque il benessere psico-fisico del personale dipendente;
 - c. Modalità di attivazione e recesso;
 - d. Fasce di contattabilità, modalità di monitoraggio e diritto alla disconnessione;
 - e. Condotte sanzionabili;
 - f. Attività di competenza eseguibili in modalità "agile", metodi di individuazione delle scadenze e degli obiettivi, nonché di esecuzione delle verifiche da parte del Dirigente/Responsabile delegato;
 - g. Autocertificazione della sussistenza dei requisiti ambientali e tecnologici per l'erogazione in sicurezza della prestazione lavorativa attraverso Postazione di Lavoro (PdL) munita di videoterminale;
 - h. Dotazioni tecnologiche individuali messe a disposizione del lavoratore ed eventuali possibilità di deroga, nonché dichiarazione di consapevolezza delle misure di sicurezza da osservare per il lavoro su PdL remota.

3.b.3.2. Modalità attuative: ambito organizzativo

Come evidenziato nel precedente paragrafo, l'accordo individuale con il dipendente prevede la definizione chiara ed inequivocabile di:

- a. Attività di competenza eseguibili in modalità "agile";



- b. Metodi di determinazione, per ciascuna di esse, di scadenze, obiettivi e verifica della loro esecuzione da parte del Dirigente/Responsabile delegato;

A tale scopo si procederà alla mappatura dei processi di erogazione delle prestazioni di lavoro da parte delle seguenti categorie di dipendenti

- Dirigenti;
- Posizioni Organizzative e Coordinatori;
- Comparto,

per ciascuno dei seguenti ambiti:

- Prestazioni Amministrative;
- Prestazioni tecniche;
- Prestazioni professionali;
- Prestazioni sanitarie.

Andando a verificare - per ciascuna di esse - la possibilità tecnica di loro erogazione, tenendo conto de:

- la loro natura;
- le dotazioni tecnologiche individuali disponibili al dipendente;
- le piattaforme telematiche di lavoro cooperativo disponibili per la loro esecuzione;
- la sicurezza del trattamento dei dati in modalità agile;
- La sostenibilità in termini di efficacia, (qualità pari o superiore dell'attività resa);
- La sostenibilità in termini di efficienza, (tempi e risorse necessarie non superiori per prestazioni di pari efficacia);
- La sostenibilità in termini di costi (costi complessivi diretti, indiretti ed "overheads" non superiori).

Tale "mappatura", redatta sulla base delle ricognizioni dei processi eseguita da parte dei dirigenti responsabili delle strutture organizzative presso le quali è attestato il personale potenzialmente in grado di eseguire la propria prestazione lavorativa in modalità "agile", potrà essere progressivamente aggiornata sulla base di esigenze promosse dal CUG e priorizzate dalla Direzione Strategica.

Tale mappatura dovrà essere sottoposta ad un "assessment" di idoneità, sicurezza, e sostenibilità organizzativa (efficacia, efficienza, costi), da parte delle seguenti strutture, ciascuna per la parte di propria competenza:

- Area Gestione Risorse Umane;
- Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici;
- Responsabile della Transizione Digitale;
- Data Protection Officer;
- Servizio Prevenzione e Protezione;



I processi sottoposti a verifica saranno classificati nel seguente modo:

- Immediatamente disponibili;
- Disponibili previo adattamento;
- Parzialmente adatti;
- Non adatti.

Gli accordi individuali potranno essere attivati per i processi:

- a. “immediatamente disponibili”: purché l’allocazione e capienza delle giornate e degli orari non generi inefficienze;
- b. “disponibili previo adattamento”: a seguito di introduzione delle raccomandazioni emesse dalle strutture che abbiano condotto l’assessment e nel rispetto dei vincoli di cui al punto a.;
- c. “parzialmente adatti”: solo per quelle attività del processo che per loro natura siano remotizzabili nel rispetto dei vincoli di cui al punto b.;
- d. “non adatti”: non attivabili.

3.b.3.3. Modalità attuative: ambito tecnologico

L’attivazione del lavoro agile è intrinsecamente legata alla digitalizzazione generale delle attività aziendali.

Difatti, le tecnologie digitali debbono essere considerate il “driver” fondamentale per introdurre nuove modalità di lavoro che possano, alla volta o complessivamente migliorare l’efficacia, l’efficienza, i costi aziendali e sociali ed il benessere organizzativo, tra cui quelle del lavoro agile.

La digitalizzazione delle attività permette così di creare spazi di lavoro digitali virtuali “asincroni” nei quali la comunicazione, la collaborazione e la socializzazione non dipendono da orari e luoghi di lavoro o “sincroni” in cui il telelavoro garantisce comunque adeguati livelli di produttività.

Il D. Lgs 7 marzo 2005, n 82, recante “Codice dell'amministrazione digitale” all'art 12, comma 1, stabilisce difatti che: *“Le pubbliche amministrazioni, nell'organizzare autonomamente la propria attività, utilizzano le tecnologie dell'informazione e della comunicazione per la realizzazione degli obiettivi di efficienza, efficacia, economicità, imparzialità, trasparenza, semplificazione e partecipazione, nel rispetto dei principi di uguaglianza, nonché per l'effettivo riconoscimento dei diritti dei cittadini e delle imprese di cui al presente Codice, in conformità agli obiettivi indicati nel Piano Triennale per l'informatica nella p.a. di cui all'art.14-bis, comma 2, lettera b”*.

Le tecnologie digitali abilitanti il lavoro “agile” possono essere raggruppate in tre ambiti specifici ed interagenti:

- a. Dotazioni hardware individuali e piattaforme hardware per la “virtualizzazione” delle Postazioni di Lavoro;



- b. Piattaforme abilitanti il lavoro cooperativo ed operabili sia nella modalità “in presenza” che “agile”;
- c. Disponibilità di Sistemi Informatici con caratteristiche di sicurezza, resilienza, prestazionali idonee allo svolgimento della prestazione in modalità “agile”.

3.b.3.3.1. Dotazioni hardware individuali e piattaforme hardware per la “virtualizzazione” delle Postazioni di Lavoro.

La dotazione individuale sarà costituita da dispositivi costituiti da:

- Elaboratore/terminale costituito da dispositivo del tipo “Raspberry PI”, con S.O. Linux (Raspbian, Ubuntu o Debian);
- Disco fisso su micro SD Card della dimensione di 128 GB;
- Display HD di risoluzione non inferiore a 1920x1080 pixel;
- Mouse e tastiera.

Il costo di tale dotazione, altamente standardizzata non dovrebbe superare i 200,00 € IVA inclusa, ammortizzabili in capo anche a 5 anni, con un ammortamento di 40,00 € annui che dovranno essere recuperati da incrementi di produttività nel corso dell’esercizio alla luce della persistente previsione di legge per cui il lavoro agile non deve essere foriero di costi aggiuntivi.

Nelle more di:

- dimensionare il fabbisogno complessivo di tali dotazioni;
- eseguire le procedure ad evidenza pubblica per la loro acquisizione,

e nell’ipotesi in cui esistano:

- accordi individuali già firmati;
- disponibilità del dipendente all’impiego di dotazioni informatiche personali,

con vincolo di durata:

- per il tempo strettamente necessario ad approvvigionare e configurare in maniera sicura tali dotazioni individuali presso la sede remota della prestazione lavorativa,

potrà essere autorizzato **l’uso di dotazioni informatiche personali** laddove sia superata la verifica dell’idoneità delle stesse per l’erogazione della prestazione di lavoro sotto il profilo installativo, ergonomico, di sicurezza fisica ed informatica e di performance sia del dispositivo che della connettività.

L’idoneità all’uso della dotazione informatica individuale fornita al dipendente o di suo possesso deve consentire il collegamento mediante protocolli “sicuri” (tunneling VPN) e trasmissione criptata dei dati, da e verso la Postazione di Lavoro del dipendente collocata “on premise” o in una piattaforma “cloud” ad essa sincronizzata, per l’erogazione della prestazione.

La PdL cui collegarsi può essere:



- “fisica”, ed in particolare quella su cui il lavoratore opera nella sede dell’Istituto e di cui il lavoratore prende il controllo mediante strumenti di Desktop Remote Control
- “virtualizzata” ed installata su server, la quale viene attivata in occasione della richiesta di collegamento previa con autenticazione a due fattori),

in ogni caso previa verifica di identità del dipendente mediante autenticazione a due fattori.

3.b.3.3.2. Piattaforme abilitanti il lavoro cooperativo ed operabili sia nella modalità “in presenza” che “agile”.

Una delle misure essenziali per rendere il lavoro agile efficiente è quella di continuare a garantire al dipendente operante su postazione di lavoro remota e pertanto isolata, ancora integrato nel lavoro cooperativo con i colleghi mediante piattaforme informatiche integrate e flessibili per:

- Attribuire/ricevere compiti con le relative scadenze;
- Verificare/comunicare l’avanzamento di attività;
- Chiedere/fornire informazioni ed indicazioni;
- Condividere files ed informazioni.

La scelta dell’Istituto, in tal senso, é stata quella di limitare il più possibile l’impatto dell’apprendimento individuale, scegliendo la piattaforma di lavoro cooperativo della Microsoft, essendo estremamente diffuso, nell’organizzazione, l’uso della suite “Microsoft Office”, di impiegare la suite che si basa sul prodotto “MS- Teams” per la creazione di Gruppi di Lavoro “Teams” e canali di comunicazioni in ciascuno di essi, con apposite “chat”, notificazioni, condivisione files, gestione di workflow lavorativi con strumenti di planning.

Nonostante tali strumenti siano intuitivi e ben integrati alle applicazioni normalmente utilizzate: editore di testi, foglio elettronico, ecc., si rende comunque necessaria una formazione almeno per le funzioni più utili ad efficientare il lavoro cooperativo.

Attraverso le proprie credenziali, il dipendente accederà a tutte le funzioni della “suite” indipendentemente dal fatto che si trovi in lavoro agile o in presenza fisica.

3.b.3.3.3. Adeguamento dei sistemi informativi al lavoro “agile”.

Ultimo importante adempimento al fine di garantire un “sicuro”, “efficiente” ed “efficace” espletamento del lavoro agile, è quello di utilizzare sistemi informativi le cui funzioni possano comunque essere adeguatamente eseguite in modalità remota. Solo per esemplificare, il sistema di protocollo o quello di gestione degli atti (determinazioni e deliberazioni), devono garantire una modalità completamente dematerializzata, con integrazione della firma digitale, di cui dovrà disporre ogni dipendente che lavori in modalità agile, evitando così di porre limiti all’utilizzo nell’organizzazione.

A tale scopo, laddove i sistemi informativi lo consentano, in termini di sicurezza ed adeguata valutazione delle informazioni necessarie ad effettuare la prestazione, anche alcune specifiche



attività sanitarie, ad esempio nel caso della refertazione d'urgenza del personale medico e biologo dei laboratori in pronta disponibilità, potranno essere eseguite in modalità agile.

3.b.3.4. Modalità attuative: ambito formativo

Se nel periodo di emergenza pandemica, l'esecuzione delle attività lavorative in modalità agile ha rappresentato la modalità più "sicura" di espletamento delle prestazioni lavorative "remotizzabili", escludendo quindi quelle:

- articolate in turni a diretto contatto con i pazienti (sportelli al pubblico, manutenzioni, guardie mediche ecc.);
- sanitarie non eseguibili in telemedicina;
- di direzione o coordinamento di altro personale, non eseguibili mediante strumenti telematici o connotate da gravi rischi di sicurezza o inaccettabili inefficienze laddove erogate a distanza,

con la fuoriuscita dalle condizioni di emergenza, si rende necessario che anche il lavoro reso da remoto, sia connotato da elevata "efficienza" delle prestazioni ed almeno dalla medesima "efficacia".

Alla luce delle criticità che l'esperienza pandemica ha reso palesi, quindi, oltre a quelle previsioni regolamentari, organizzative e tecnologiche, che sono già state rassegnate nei precedenti paragrafi, affinché si possa proficuamente lavorare in modalità agile, il personale dipendente deve ricevere adeguata formazione in almeno quattro ambiti:

- Formazione sui presupposti normativi dell'organizzazione del lavoro agile: nelle PP.AA e nell'Istituto;
- Formazione digitale di base: volta a fornire al dipendente una autonoma capacità di gestione della propria postazione di lavoro e degli strumenti informatici di base;
- Formazione digitale specifica: per garantire l'apprendimento delle piattaforme di lavoro cooperativo e delle funzionalità abilitanti i sistemi informativi in modalità remota;
- Formazione alla gestione del lavoro per obiettivi: sia per le attività precipue della dirigenza e comunque delle posizioni di responsabilità che per le attività eseguite dal personale dipendente ad essi sub-ordinato.

Il primo ambito di formazione specifica è volto a garantire al personale dipendente un'adeguata comprensione di cos'è il lavoro agile, delle sue differenze con il telelavoro ed il coworking, ecc., nonché fornire una chiara rappresentazione dei diritti e doveri del lavoratore che intende prestare la propria prestazione in tale forma. Completano tale primo modulo:

- Privacy e trattamento dei dati, ai sensi del nuovo Regolamento UE 2016/679-GDPR e al D.Lgs. 196/03 e ss.mm. ed elemento di cyber security;
- Salute e sicurezza sul lavoro nella modalità agile, ai sensi del D.Lgs. 81 del 9 aprile 2008 e della Legge n. 81 del 22 maggio 2017



Per quanto attiene poi la formazione digitale di base, essa riguarda tutti quegli aspetti di corretta e sicura gestione della postazione di lavoro, quali:

- Impostazioni di Windows per la configurazione delle periferiche: input/output audio e video, stampanti, ecc.
- Endpoint protection: antivirus, firewall, ecc,
- Configurazione dell'account di posta elettronica;
- Firma digitale ed app per la sua gestione;
- Configurazione della rete (configurazione dell'indirizzo, maschera di sottorete, gateway, DNS e proxy Server);
- Connessione di VPN;
- Strumenti per attivare l'assistenza remota;
- Regole di utilizzo della Postazione di Lavoro.

Per quanto attiene la formazione digitale specifica, essa riguarda in particolare due ambiti:

- Le piattaforme di abituale utilizzo per il lavoro cooperativo;
- Le modalità peculiari dell'utilizzo dei sistemi informativi da remoto.

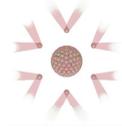
Come già detto, la piattaforma standard di lavoro cooperativo scelta dall'Istituto è quella di MS-Teams. La formazione specifica pertanto prevede l'acquisizione delle seguenti capacità:

- L'applicazione MS-Teams: i Team, i canali e le loro funzionalità (chat, files ed altre app);
- La gestione "sicura" di MS-Teams;
- Le sessioni di videoconferenza: partecipare, convocare una riunione;
- La gestione del calendario di MS-Outlook;
- L'integrazione di MS-Teams con Office 365: il lavoro in contemporanea su documenti;
- Archiviazione dei documenti e ricerca degli stessi (Share point);
- L'app di gestione delle annotazioni (OneNote);
- L'app di gestione delle attività (Planner – ToDo);

Accanto a tale formazione che riguarda la piattaforma di lavoro cooperativo prescelta, si colloca la formazione specifica su quelle funzionalità dei sistemi informativi che hanno un impatto rilevante nell'utilizzo da remoto: ad esempio l'avanzamento di un workflow degli Atti, l'apposizione della firma digitale CADES e PADES, la refertazione a distanza, ecc.

Infine, la formazione alla gestione del lavoro per obiettivi.

Vi è una notevole differenza tra telelavoro e lavoro agile, ed è quella della gestione degli orari di lavoro e degli obiettivi concordati secondo le modalità del contratto di lavoro. Il telelavoro prevede infatti semplicemente lo spostamento, in tutto o in parte, della sede di lavoro dai locali aziendali ad altra sede (solitamente l'abitazione del lavoratore), ma il dipendente è vincolato comunque a lavorare da una postazione fissa e prestabilita, con gli stessi limiti di orario che avrebbe in ufficio o comunque specificandolo nell'accordo tra le parti senza cambiamenti di



durata salvo modifiche specifiche del contratto. Il carico di lavoro, gli oneri e i tempi della prestazione, insomma, devono essere equivalenti a quelli dei lavoratori che svolgono la prestazione all'interno del posto di lavoro.

Al contrario il lavoro agile prevede completa autonomia per il lavoratore compresa la libertà di svolgere la propria attività/mansione in orari a sua scelta ma anche di eseguirla in parte all'interno di locali aziendali e in parte (o totalmente) all'esterno, ma senza stabilire una postazione fissa. Pertanto non ci sono vincoli di spazio e di tempo, salvo i limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva. Si può lavorare da qualsiasi luogo (dentro e fuori l'azienda), non si timbra un cartellino, non si fanno pause in orari predefiniti. L'azienda e il dipendente ridefiniscono in maniera flessibile le modalità di lavoro. Nel caso dello smart working è pertanto evidente soprattutto la notevole flessibilità.

Infine la differenza maggiore risiede in una proprietà del lavoro agile che non si riscontra assolutamente nel telelavoro. Mentre infatti la modalità lavoro agile prevede la determinazione e la condivisione di obiettivi precisi, nel telelavoro non vi è traccia di questo aspetto. Questo significa che i lavoratori in smart working una volta stabilita la durata e la dead line (scadenza) di un obiettivo di risultato nella propria attività, ovviamente oggetto di confronto e accordo preventivo con la dirigenza aziendale e per tale motivo traccia evidente di una riorganizzazione aziendale in continuo, potrebbero gestire in autonomia la propria mansione e nel caso la stessa venga sviluppata in maniera ottimale potrebbero non solo variare in completa libertà le fasce orarie di impegno lavorativo ma anche diminuire le ore lavorate. In definitiva è evidente che in questo caso ci si focalizza sul raggiungimento di obiettivi e risultati.

E' un cambiamento radicale nella gestione delle attività rispetto all'abituale organizzazione del lavoro che necessita della formazione differenziata di due tipologie di personale:

- quanti hanno la responsabilità del completamento di un processo o sub-processo;
- quanti sono esecutori sub-ordinati nell'esecuzione del processo/sub-processo.

Tale formazione riguarderà sia gli aspetti peculiari e gestionali del project-management, quali:

- La scomposizione dei processi in attività elementari;
- La costruzione delle linee di attività previa individuazione delle attività pre-ordinate e sub-ordinate;
- L'individuazione dei "deliverables" intermedi e finali;
- La determinazione delle scadenze intermedie in funzione della scadenza dell'obiettivo finale;
- L'allocazione delle attività alle risorse o gruppi di risorse
- La gestione delle criticità,

nonché le specifiche caratteristiche del "project-management" quando le risorse operano in lavoro agile, individuando:



- quali attività siano gestibili in remoto (completamente o parzialmente);
- quali siano le scadenze e le modalità di interoperabilità asincrona con le altre attività che costituiscono il processo o sub-processo.

Tale formazione, eseguita dapprima in comune tra le due categorie di personale (responsabili e sub-ordinati), si differenzierà successivamente tra quanti sono responsabile dei processi e sub-processi ed il personale esecutore delle attività elementari.

Dopo questo primo modulo teorico-metodologico, il successivo riguarderà invece lo sviluppo delle capacità di implementazione del project management con gli strumenti della piattaforma di lavoro cooperativo MS-Teams.

Infine l'ultimo modulo sarà costituito da un laboratorio di approfondimento degli strumenti motivazionali del personale gestito in modalità remota che la stessa piattaforma MS-Teams mette a disposizione degli utenti e dei responsabili della gestione del personale: MS-Viva ed in particolare i moduli "Learning" ed "Insights".

3.b.3.5. Modalità attuative: ambito sicurezza del luogo di lavoro

Oltre all'obbligo di fornire ai lavoratori le attrezzature e i dispositivi necessari per lo svolgimento dell'attività lavorativa, l'Istituto è responsabile di valutare tutti gli aspetti legati alla sicurezza e alla salute del lavoratore agile, come previsto dal D. Lgs. 81/08 e quindi, con l'ausilio del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, procedere alla individuazione valutazione dei rischi "generalisti" e "specifici" connessi all'esecuzione della prestazione lavorativa e nel caso del lavoro agile in ambienti di lavoro diversi da quelli abituali, individuando idonee misure per la loro gestione e prevenzione.

Lo smart working è inteso come un'attività lavorativa resa al di fuori del consueto posto di lavoro dove il datore di lavoro è comunque obbligato a garantire al lavoratore la tutela della salute e sicurezza ai sensi del D.Lgs. 81/08 proprio come se il lavoratore si trovasse nei locali aziendali.

Diverse attività lavorative già contemplano la loro esecuzione in luoghi diversi dalla sede aziendale: trasferte, missioni e telelavoro ne sono un esempio. Pertanto, il lavoro agile è una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato che ha molte similitudini con alcune delle situazioni di lavoro che già conosciamo.

Ciò che caratterizza tali prestazioni è il loro svolgimento *"in parte all'interno dei locali aziendali ed in parte all'esterno, senza una postazione fissa ed entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge o dalla contrattazione collettiva"*.

Sebbene l'art. 62, comma 1, d.lgs. 9 aprile 2008, n.81 (T.U. sulla sicurezza del lavoro) ad oggi non preveda nulla di specifico relativamente allo smart working, l'articolo 22 della pluricitata legge n. 81/2017 stabilisce che:



- *“Il datore di lavoro garantisce la salute e la sicurezza del lavoratore che svolge la prestazione in modalità di lavoro agile e a tal fine consegna al lavoratore e al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, con cadenza almeno annuale, un’informativa scritta nella quale sono individuati i rischi generali e i rischi specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione del rapporto di lavoro”.*
- *“Il lavoratore è tenuto a cooperare all’attuazione delle misure di prevenzione predisposte dal datore di lavoro per fronteggiare i rischi connessi all’esecuzione della prestazione all’esterno dei locali aziendali”.*

L’informativa necessaria dovrà quindi fornire al lavoratore tutti gli elementi conoscitivi, non solo e non tanto sui rischi connessi all’uso degli strumenti necessari all’esecuzione dell’attività in quanto questa continuerà avvalendosi praticamente dello stesso strumento informatico, quanto piuttosto sulla variazione dei rischi connessi al differente ambiente e collocazione della Postazione di Lavoro, quali:

- Disturbi muscolo-scheletrici connessi alla ergonomia;
- Elettrico;
- Rumore;
- Sostanze presenti;
- Incendio ed esplosione;
- Disturbi derivanti dal microclima;
- Psicosociali connessi alla situazione di maggiore isolamento, alla presenza di estranei ad esempio familiari, allo stress lavoro-correlato, ecc.;
- Visione del display;
- Campi elettromagnetici
- Sicurezza delle informazioni gestite;
- Ecc.

A tale scopo gli uffici competenti: Area Gestione Tecnica e RSPP, provvederanno alla redazione della seguente documentazione:

- Informativa sui rischi generali e specifici connessi alla prestazione di lavoro in modalità agile;
- Check-list per il self-assessment della conformità dell’ambiente/i di lavoro agile in cui opererà il lavoratore e modello per l’auto-certificazione della conformità, in particolare avvalendosi delle “Linee di indirizzo per la gestione dei rischi in modalità smart working” edita nel maggio 2021 da parte dell’Ordine degli Ingegneri.

3.b.4. Lavoro agile e performance organizzativa/individuale

Come già chiarito più volte nel presente documento, in questa fase di uscita dall’emergenza Covid, si rende necessario garantire che il lavoro agile reso da ciascun dipendente, possa – in virtù della flessibilità lavorativa e maggiore autonomia - favorire nei lavoratori una percezione positiva dell’equilibrio personale tra vita lavorativa e vita privata, anche in ragione di una



maggior responsabilizzazione derivante dalla diversa organizzazione del lavoro e da una riduzione dei livelli di stress, favorita dalla possibilità di lavorare in luoghi diversi dall'ufficio e di gestire al meglio il tempo libero, consentendo di ottimizzare contemporaneamente:

- il tempo dedicato al lavoro;
- la produttività a favore dell'amministrazione.

A fronte di questi potenziali benefici è però necessario monitorare l'effetto del lavoro agile sulle performance dei singoli dipendenti in modo da valutare eventuali azioni di supporto (aumento o riduzione dei giorni di lavoro agile, formazione necessaria, modifica dei processi organizzativi, ecc.).

Rispetto ai risultati pertanto, sarà necessario mutare soprattutto l'attitudine del dirigente/responsabile individuando:

- quelle attività dei processi e sub-processi gestionali che siano eseguibili in remoto;
- le risorse che abbiano competenze professionali e capacità informatiche idonee al loro assolvimento;
- i criteri, vincoli e scadenze per il loro completamento;
- le modalità di monitoraggio dell'avanzamento dell'attività,

in modo da favorire la responsabilizzazione di tutto il team in ordine al raggiungimento degli obiettivi che vanno sottoposti ad un processo di monitoraggio e continuo eventuale riallineamento.

Per tale ragione, sia da parte del dirigente/funziario responsabile che da parte del dipendente, si rende necessario operare costantemente attraverso la piattaforma di lavoro cooperativo nell'assegnazione/assolvimento delle attività e nel rispetto di scadenze funzionali all'efficiente espletamento dei processi aziendali. Tale piattaforma consente di misurare sia il grado di conseguimento degli obiettivi (percentuale di task completati/assegnati e per i task completati la percentuale di scadenze rispettate), ma anche di monitoraggio della compatibilità dell'attitudine lavorativa dei singoli con il lavoro agile.

Sicché, le componenti della misurazione e della valutazione della performance individuale rimangono le medesime e devono fare riferimento a risultati e comportamenti, così come indicato dalle Linee Guida 2/2017 e 5/2019 del Dipartimento della Funzione Pubblica. Infatti, il dipendente in lavoro agile ordinario lavorerà da remoto solo una quota del proprio tempo continuando a svolgere in presenza parte delle proprie attività.

E' opportuno sottolineare che in tale prospettiva, l'uso della piattaforma di lavoro cooperativo e delle nuove funzionalità dei sistemi informativi abilitanti il lavoro agile, divengono la modalità ordinaria di erogazione della prestazione lavorativa sia in presenza che da remoto, pertanto, la misurazione degli indicatori di performance individuale in modalità agile sarà effettuata dal dirigente/funziario responsabile avvalendosi dei dati e informazioni resi disponibili dai



sistemi informativi in uso per la gestione delle attività lavorative, al fine di monitorare e verificare le attività svolte dal dipendente, comprese quelle in lavoro agile.

L'utilizzo poi degli strumenti di rilevazione automatica MS-Viva Insights consentirà il miglioramento Infine, gli esiti del monitoraggio devono essere oggetto di momenti di incontro e riscontro, formali e informali, tra il dirigente/ funzionario responsabile e il dipendente soprattutto al crescere del numero di giornate di lavoro agile.

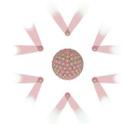
L'occasione dell'aggiornamento annuale del Sistema di misurazione e valutazione (Linee guida Funzione Pubblica n.2/2017), può essere il momento di una revisione che tenga conto del cambiamento organizzativo in atto, soprattutto a seguito dell'entrata in vigore del nuovo articolo 14 della legge n. 124/2015. Tale aggiornamento può portare anche alla richiamata evoluzione del catalogo delle competenze che tenga conto delle caratteristiche proprie del lavoro agile.

3.b.5. Obiettivi specifici del POLA dell'Istituto e relative fasi di attuazione

3.b.5.1. Anno 2023

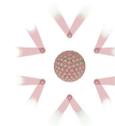
Obiettivi del POLA per il 2023 saranno quelli di:

- Approvare il presente regolamento dell'Istituto per il lavoro agile;
- Approvare lo schema tipo di accordo individuale;
- Redigere la mappatura dei processi
- Assicurare la disponibilità del training formativo al Project Management per tutto il personale dirigente e responsabile e sub-ordinato, per il quale si sia stabilito di attivare processi in modalità agile;
- Assicurare la disponibilità del training formativo sulla Piattaforma di Lavoro Cooperativo per tutto il personale dirigente e responsabile e sub-ordinato, per il quale si sia stabilito di attivare processi in modalità agile;
- Garantire la disponibilità di "training pills" di formazione informatica di base per tutto il personale dell'Azienda e della formazione alla normativa sul lavoro agile;
- Attivare l'infrastruttura di virtualizzazione delle PdL sul cloud IAAS di InnovaPuglia;
- Avviare in modalità agile almeno 5 processi di lavoro:
 - Protocollo documenti.
 - Redazione di un atto fino alla sua approvazione;
 - Gestione del ciclo passivo delle fatture;
 - Esecuzione di una gara dalla redazione delle specifiche tecniche fino all'immissione della stessa in piattaforma;
 - Svolgimento di un Team Multidisciplinare;
- Avvio di un sistema di monitoraggio (su base volontaria), del benessere psichico del personale operante in modalità agile.



Le **fasi di attuazione** di tale programma saranno le seguenti:

Azione	Titolare	Obiettivo	Indicatore	Target
Modalità attuative: ambito regolamentare ed autorizzativo				
Nuovo Regolamento aziendale	Area Gestione Risorse Umane	Adozione con deliberazione del presente POLA nell'ambito del PIAO	Rispetto scadenza	31 gennaio
Revisione dello schema di accordo individuale	Area Gestione Risorse Umane, Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici, Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, Responsabile della Transizione Digitale	Redazione del nuovo schema di accordo individuale	Rispetto scadenza	28 febbraio
Modalità attuative: ambito organizzativo				
Mappatura dei processi e sub-processi	Direttori/dirigenti responsabili	Analisi dei processi e sub-processi sulla base dei requisiti indicati nell'apposito paragrafo indicando quali siano: <ul style="list-style-type: none"> • Immediatamente disponibili; • Disponibili previo adattamento; • Parzialmente adatti; • Non adatti; ed indicazione degli adattamenti / formazione necessari	Completamento classificazione ed analisi	15 marzo
Verifica mappatura	Area Gestione Risorse Umane, Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici, Responsabile della Transizione Digitale, Data Protection Officer, Servizio Prevenzione e Protezione	Esecuzione di "assessment" di idoneità, sicurezza, e sostenibilità organizzativa (efficacia, efficienza, costi)	Completamento verifica sul 100% dei processi immediatamente disponibili, validazione degli adattamenti e necessità formative	31 marzo
Modalità attuative: ambito tecnologico				
Determinazione delle specifiche tecniche della dotazione tecnologica individuale	Responsabile della Transizione Digitale	Redazione delle specifiche tecniche	Redazione specifica tecnica lettera di invito (necessaria individuazione fabbisogno da risultato mappatura processi)	31 marzo
Individuazione del dimensionamento dell'infrastruttura di virtualizzazione delle PdL su cloud regionale e delle licenze necessarie	Responsabile della Transizione Digitale	Dimensionamento ed approntamento richiesta IAAS presso InnovaPuglia e redazione del piano dei fabbisogni per le licenze di virtualizzazione VMWare-Citrix	Completamento requisiti e predisposizione documentazione alla firma del rappresentante legale (necessaria individuazione fabbisogno da risultato mappatura processi)	15 aprile



Attivazione degli accessori necessari al lavoro cooperativo con colleghi in remoto	Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici	Approvvigionamento webcams e earphones per installazione su PdL	Completamento delle dotazioni informatiche delle PdL in sede	15 aprile
Attivazione piattaforme di lavoro cooperativo	Responsabile della Transizione Digitale	Attivazione dei Team per i processi e sub-processi immediatamente attivabili	Creazione Teams	30 aprile
Introduzione nuove funzionalità Sistemi Informativi	Responsabile della Transizione Digitale	Introduzione SS.II. per la gestione degli Atti e nuovo Protocollo, Firma digitale	Collaudo nuovi sistemi: atti entro il 31 luglio, protocollo entro il 30 settembre	30 aprile
Avvio di un sistema stabile e tracciabile si assistenza ICT remota	Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici	Attivazione di un sistema di richiesta di assistenza tecnica mediante apertura di ticket e tracciabilità degli esiti con strumenti di assistenza remota qualificati in termini di sicurezza informatica	Avvio del sistema e diffusione dell'informazione	30 aprile
Modalità attuative: ambito formativo				
Formazione sul quadro normativo del lavoro agile	Responsabile della Formazione	Set-up di offerta FAD per 2 h di corso	Disponibilità del corso per tutto il personale	30 aprile
Formazione digitale di base	Responsabile della Transizione Digitale	Set-up di offerta "Training pills" obbligatorie per tutto il personale sui seguenti argomenti: <ul style="list-style-type: none"> • Configurazione periferiche: su Windows • Endpoint protection; • E-mail; • Firma digital; • Configurazione della rete; • Connessione di VPN; • Strumenti per assistenza remota; • Regole di utilizzo della Postazione di Lavoro. 	Disponibilità del corso per tutto il personale	30 aprile
Formazione piattaforma lavoro cooperativo	Responsabile della Transizione Digitale	Set-up di offerta FAD per utilizzo piattaforma MS-Teams e Planner	Disponibilità del corso per tutto il personale	30 aprile
Formazione al Project Management	Responsabile della Transizione Digitale, Responsabile della Formazione	Approntamento corso in modalità mista FAD + presenza – ciclo di n. 3 lezioni teoriche e 6 laboratori di pratica con lo strumento del planner	Disponibilità del corso per tutto il personale	30 giugno

3.b.5.2. Anno 2024

Obiettivi del POLA per il 2024 saranno quelli di:

- Verificare il regolamento dell'Istituto per il lavoro agile in modo da tener conto delle criticità emerse;



- Verificare lo schema tipo di accordo individuale e riproporre l'formativa sulla sicurezza dei luoghi di lavoro;
- Verificare/aggiornare la mappatura dei processi;
- Assicurare una copertura del training formativo al Project Management per tutto il personale che potrebbe essere coinvolto in modalità di lavoro agile non inferiore al 50%;
- Assicurare una copertura del training formativo sulla piattaforma di lavoro cooperativi per tutto il personale che potrebbe essere coinvolto in modalità di lavoro agile non inferiore al 50%;
- Assicurare che il 50% del personale tutto dell'Azienda abbia frequentato con successo la FAD di "training pills" di formazione informatica;
- Attivare il 10%% delle PdL del personale che opera in lavoro agile sul cloud IAAS di InnovaPuglia;
- Avviare tutti i processi di lavoro immediatamente implementabili e determinare ed avviare le modifiche di quei processi che possono esserlo in caso di loro attuazione;
- Messa a regime del sistema e degli indicatori di monitoraggio dell'efficienza, dell'efficacia e dei livelli di soddisfazione del personale.

Le **fasi di attuazione** di tale programma per il 2024 verranno definite in fase di aggiornamento annuale del presente documento

3.b.5.3. Anno 2025

Obiettivi del POLA per il 2024 saranno quelli di:

- Riproporre l'formativa sulla sicurezza dei luoghi di lavoro;
- Verificare/aggiornare la mappatura dei processi;
- Assicurare una copertura del training formativo al Project Management per tutto il personale che potrebbe essere coinvolto in modalità di lavoro agile non inferiore al 90%;
- Assicurare una copertura del training formativo sulla piattaforma di lavoro cooperativi per tutto il personale che potrebbe essere coinvolto in modalità di lavoro agile non inferiore al 90%;
- Assicurare che il 100% del personale tutto dell'Istituto abbia frequentato con successo la FAD di "training pills" di formazione informatica;
- Attivare il 100%% delle PdL del personale che opera in lavoro agile sul cloud IAAS di InnovaPuglia;
- Garantire l'attivazione di tutti i processi di lavoro che erano stati classificati nel 2022 come immediatamente implementabili o implementabili con modifiche;
- Analisi e miglioramento del sistema di monitoraggio dell'attuazione del POLA.

Le **fasi di attuazione** di tale programma per il 2024 verranno definite in fase di aggiornamento annuale del presente documento.



Gli **indicatori di monitoraggio del livello di attuazione complessivo del POLA** per il triennio sono i seguenti:

- % mappatura dei processi;
- % copertura dei processi/sub-processi individuati come “immediatamente implementabili”;
- % dei processi/sub-processi individuati come “implementabili con modifiche” per cui siano state implementate le modifiche necessarie;
- % dei processi/sub-processi mappati come “implementabili con modifiche” per cui siano state avviate le modifiche necessarie;
- % personale formato ai concetti del lavoro agile;
- % personale con formazione informatica di base;
- % personale con formazione informatica sulla piattaforma di lavoro cooperativo;
- % personale dirigente e responsabile che ha ricevuto formazione al Project Management;
- % personale sub-ordinato che ha ricevuto formazione al Project Management.

Gli **indicatori del mantenimento di idonei livelli di efficienza ed efficacia** vengono individuati a seguito dell’avvenuta mappatura dei processi ed a titolo esemplificativo potranno essere:

- Tempi di risposta a richieste da parte delle strutture in sede;
- Rapporto tra i tempi medi di esecuzione delle attività in modalità agile e non;
- Rapporto tra i tempi medi di completamento dei processi in modalità agile e non;
- Rapporto tra il numero di processi completati in modalità agile e non.

Gli **indicatori del mantenimento di idonei livelli qualitativi** dei servizi erogati vengono anch’essi individuati a seguito dell’avvenuta mappatura dei processi ed a titolo esemplificativo potranno essere degli audit di soddisfazione del cliente, condotti in maniera massiva o con selezione randomica degli stessi.

Gli **indicatori del benessere individuale** saranno desunti da interviste pre e post avvio della modalità agile di lavoro che verteranno su:

- Percentuale assenze;
- Motivazioni della richiesta di lavoro agile e livelli di soddisfazione delle aspettative;
- Rilevazione degli orari di connessione e loro distribuzione;
- Rilevazione delle modalità di relazione con i colleghi;
- Esiti, opportunamente anonimizzato delle visite psicologiche.

3.b.6. I soggetti coinvolti

Dato atto delle modalità attuative di cui al precedente paragrafo, ne deriva chiara evidenza dell’insieme dei soggetti coinvolti dalle azioni previste dal presente Piano, i rispettivi ruoli e le responsabilità connesse.



Alla **Direzione Strategica** per il tramite del suo Direttore Generale e legale rappresentante dell'IRCCS, è affidata l'adozione del presente piano e l'alto controllo sulla sua attuazione con l'ausilio delle diverse direzioni da essa dipendenti.

Alla **Direzione dell'Area Gestione delle Risorse Umane** sono affidati i compiti connessi con l'attuazione delle modalità attuative in ambito regolamentare ed autorizzativo descritte nel presente documento, ossia:

- L'adozione di nuovo Regolamento per l'erogazione della prestazione lavorativa in modalità agile;
- La revisione dello schema di accordo individuale, con l'ausilio per le parti di competenza della Direzione dell'Area Gestione Tecnica, del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione e del Responsabile della Transizione Digitale.

A ciascuna delle **Direzioni di struttura apicale** (complessa o semplice a valenza dipartimentale) competerà il compito di mappare i processi organizzativi, le cui attività siano completamente o limitatamente erogabili da remoto, e pertanto eleggibili ad essere eseguiti, almeno parzialmente, in modalità agile ed alle seguenti strutture:

- Area Gestione Risorse Umane;
- Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici;
- Responsabile della Transizione Digitale;
- Data Protection Officer;
- Servizio Prevenzione e Protezione,

ciascuna per la propria competenza, effettuare la necessaria verifica tecnico-organizzativa e classificazione in termini di praticabilità.

Al **Responsabile della Transizione Digitale** con l'ausilio della **Direzione dell'Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici** spetta il compito di:

- Definire le dotazioni informatiche individuali e la loro "security" ed i contenuti della formazione al loro utilizzo;
- Definire l'infrastruttura "on premise" abilitante la virtualizzazione delle Postazioni di Lavoro individuali le modalità ed i protocolli sicuri di connessione;
- Definire le piattaforme abilitanti il lavoro cooperativo ed i contenuti della formazione specifica al loro utilizzo.

Alla **Direzione dell'Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici** con l'ausilio del **Responsabile della Transizione Digitale** spetta il compito di:

- Presiedere alle operazioni di configurazione e formazione all'uso delle dotazioni informatiche individuali e loro "security", nonché gestione della relativa assistenza tecnica;
- Fornire il necessario supporto consulenziale in sede di esecuzione della gara per l'acquisizione dell'infrastruttura "on premise", dirigere le attività di installazione e collaudo



e configurazione delle singole PdL virtualizzate, nonché formare all'attivazione ed utilizzo di protocolli sicuri di connessione.

Al **Controllo di Gestione**, nell'ambito delle proprie competenze, spetta l'attività di armonizzazione degli obiettivi strategici fissati dalla Direzione con quelli specifici di attuazione del presente piano al livello delle singole strutture e la valutazione complessiva degli indicatori di performance e maturità organizzativa del lavoro agile via via che il presente POLA viene implementato rispetto ai risultati attesi nel triennio.

Al **Comitato Unico di Garanzia (CUG)**, in coerenza con le indicazioni rivenienti dalla Direttiva n.2/2019, spetta la collaborazione con le strutture e i soggetti chiamati all'attuazione della programmazione del lavoro agile proponendo auspicabili soluzioni di miglioramento.

Il contributo delle **Organizzazioni sindacali (OO.SS.)** è quello della rappresentazione di possibili criticità del piano sotto il profilo dell'organizzazione del lavoro e dell'erogazione della prestazione dei singoli, attraverso la periodica informazione ed il confronto sullo stato di implementazione del POLA.

L'Organismo Indipendente di Valutazione è chiamato ad esprimere il proprio parere sull'adeguatezza metodologica e compatibilità del Sistema di Valutazione Individuale ed Organizzativa derivante dall'introduzione del POLA e della rappresentatività del set di indicatori assunti per la misurazione dell'impatto del lavoro agile.

Tutti i **Direttori**, i **Dirigenti**, i **Coordinatori** e gli **Incarichi di Funzione**, sono chiamati a formarsi adeguatamente e svolgere la propria funzione secondo le nuove modalità organizzative e di gestione del lavoro agile.

Tutti i **Lavoratori dipendenti a tempo indeterminato e determinato** sono chiamati a garantire l'impegno nelle attività formative previste e fornire il proprio contributo nell'implementazione delle strategie di lavoro agile.

3.b.7. Conclusioni

Da quanto finora esposto, si possono trarre indicazioni generali circa gli aspetti da presidiare per il monitoraggio delle politiche di lavoro agile nell'IRCCS.

L'aspetto più evidente da sottolineare consiste nello stretto collegamento tra condizioni abilitanti, performance organizzativa, performance individuale e impatti interni ed esterni.

Infatti, essendo il lavoro agile non un obiettivo in sé, ma una politica di "change management", lo stesso interviene sulle risorse (processi, persone e infrastrutture) per ottenere un miglioramento in termini di efficacia ed efficienza dei servizi alla collettività.

Il testo del presente POLA è stato approvato dalle Organizzazioni Sindacali, in data 6 luglio 2022 (OO.SS. Comparto e OO.SS. Area Funzioni Locali) e in data 3 agosto 2022 (OO.SS. Area Sanità), e potrà essere oggetto di revisione, anche a seguito di eventuali proposte del CUG ed in



applicazione della sopravvenuta disciplina sul lavoro agile di cui agli articoli 76 e ss. del CCNL del personale del Comparto Sanità, triennio 2019-2021, sottoscritto il 2 novembre 2022.

Nel corso del 2020, in applicazione dell'articolo 87 del D.L. 18/2020, e, quindi, nella prima fase emergenziale da Covid Sars 19 è stato consentito a tutto il personale di usufruire della modalità di lavoro agile. Nella seconda fase, in applicazione dell'articolo 263 del D.L. 34/2020, l'organizzazione del lavoro agile ha consentito al 50% del personale di svolgere la propria attività in smart working anche facendo ricorso alla rotazione.

Lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile non ha modificato in alcun modo la situazione giuridica del rapporto di lavoro, quanto ad inquadramento e al profilo, e non ha inciso sull'orario di lavoro contrattualmente previsto e tantomeno ha modificato il potere direttivo e disciplinare del datore di lavoro.

L'attuazione del lavoro agile all'interno dell'IRCCS, ha risposto alla finalità di permettere al personale dipendente di avvalersi di nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione professionale conciliando la vita lavorativa e la vita privata, con la garanzia di non subire penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera, in modo da:

- a. introdurre nuove soluzioni organizzative che favoriscano lo sviluppo di una cultura gestionale orientata al lavoro per obiettivi e risultati e, al tempo stesso, orientata a un incremento di produttività;
- b. creare le condizioni effettive per una maggiore autonomia e responsabilità dei lavoratori nella gestione dei tempi di lavoro e nel raggiungimento dei risultati;
- c. razionalizzare e adeguare l'organizzazione del lavoro a seguito dell'introduzione delle nuove tecnologie e reti di comunicazione pubblica, realizzando economie di gestione;
- d. rafforzare le misure di conciliazione dei tempi di vita, lavoro e famiglia in modo da realizzare un miglioramento della qualità del rapporto tra sfera professionale, personale e familiare;
- e. promuovere la mobilità sostenibile tramite la riduzione degli spostamenti lavoro- casa, nell'ottica di una politica ambientale sensibile alla diminuzione del traffico urbano in termini di volumi e di percorrenze.

L'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria ed è stata consentita a tutti i lavoratori, siano essi con rapporto di lavoro a tempo pieno o parziale, con contratto a tempo indeterminato o determinato.

L'accesso al lavoro agile è avvenuta su richiesta individuale del dipendente, quando tra le mansioni svolte fossero presenti attività smartabili. L'attività svolta è stata oggetto di rendicontazione, monitoraggio e valutazione anche nell'ambito del ciclo della performance definito nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.

La prestazione lavorativa in smart working nell'ultimo periodo è stata consentita per un massimo di due giorni a settimana, sino al termine dell'emergenza da pandemia del Covid Sars 19.



Il Programma Operativo del Lavoro Agile che in materia sarà adottato dall'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari dovrà essere coerente con quanto disciplinato, in materia di lavoro agile, dall'art. 14, comma 1, della Legge 7 agosto 2015, n. 124, così come modificato dall'art. 263 del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77 e, da ultimo, secondo quanto disciplinato dal Decreto Legge n. 56 del 30 aprile 2021 "Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi" (c.d. Decreto Proroghe) e ss.mm.ii., nonché le Linee Guida pubblicate dal Dipartimento della Funzione Pubblica nel dicembre 2020-versione1.0.

3.c. Sottosezione Piano Triennale dei fabbisogni del personale

3.c.1. Generalità

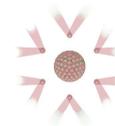
Il Piano triennale dei fabbisogni è lo strumento strategico, programmatico per individuare le esigenze di personale in relazione alle funzioni istituzionali ed agli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica che mirano al contenimento della spesa di personale.

È un adempimento prescritto dall'articolo 6 del D.Lgs 165/2001 che, al comma 2, che *"Allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa,*

efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, le amministrazioni pubbliche adottano il piano triennale dei fabbisogni di personale, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate ai sensi dell'articolo 6-ter. Qualora siano individuate eccedenze di personale, si applica l'articolo 33. Nell'ambito del piano, le amministrazioni pubbliche curano l'ottimale distribuzione delle risorse umane attraverso la coordinata attuazione dei processi di mobilità e di reclutamento del personale, anche con riferimento alle unità di cui all'articolo 35, comma 2. Il piano triennale indica le risorse finanziarie destinate all'attuazione del piano, nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà assunzionali previste a legislazione vigente".

Ai sensi dell'art. 6 del D.L. 80 del 9 giugno 2021, n. 80 "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia" che prevede la predisposizione del Piano Integrato delle Attività e delle Organizzazioni, la programmazione triennale dei fabbisogni sarà inclusa quale sezione del nuovo strumento di programmazione previsto.

3.c.2. Analisi del fabbisogno di personale



Negli ultimi anni è stato registrato un significativo aumento del costo del personale, conseguenza dei profondi cambiamenti del triennio 2020-2022, i cui effetti saranno ulteriormente attivi nell'anno 2023, come si evince dalla seguente tabella:

	Preventivo 2023	Preconsuntivo 2022	Bilancio 2021	Variazione BDG 2023 - PRC 2022		Variazione BDG. 2023 - CNS. 2021	
				Importo	%	Importo	%
6) Costi del personale	39.602	37.450	36.850	2.152	6%	2.752	7%
a) Personale dirigente medico	17.158	15.892	15.789	1.266	8%	1.369	9%
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	2.241	2.179	2.025	62	3%	216	11%
c) Personale comparto ruolo sanitario	14.460	13.992	13.912	468	3%	548	4%
d) Personale dirigente altri ruoli	1.165	869	979	296	34%	186	19%
e) Personale comparto altri ruoli	4.578	4.518	4.145	60	1%	433	10%

Sin dal 2016 difatti, la Regione Puglia con Deliberazione della Giunta Regionale n. 895 del 22 giugno stabiliva di trasferire alcune funzioni di competenza oncologica e le relative Unità Operative (Anatomia Patologica e Chirurgia Toracica dell'Ospedale San Paolo, Oncologia Medica dell'Ospedale Di Venere) dalla ASL di Bari all'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari, affinché potesse assumere il ruolo di HUB oncologico nel contesto assistenziale dell'Area Metropolitana di Bari.

Una decisione strategica che veniva confermata dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 221 del 28 febbraio 2017 avente ad oggetto *"Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) – Approvazione modello organizzativo e principi generali di funzionamento. Recepimento Accordo Stato-Regioni concernente il Documento tecnico di indirizzo per ridurre il Burden del cancro anni 2014-2016"*, nonché con Deliberazione della Giunta Regionale n. 192/2018 con cui l'IRCCS "Giovanni Paolo II" di Bari veniva individuato quale HUB della Rete Oncologica Pugliese riconoscendo quindi il ruolo centrale assunto dall'Istituto nel contesto regionale.

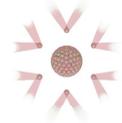
Inoltre, con Deliberazione della Giunta Regionale del 3 luglio 2019, n. 1195 avente ad oggetto *"Approvazione provvedimento unico – Proposta di Regolamento regionale: Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione delle DD.GG.RR. n. 1095/2017 e n. 53/2018. Abrogazione Regolamenti regionali in materia di riordino ospedaliero"*, pubblicata sul BUR n. 83 del 23 luglio 2019, la Regione Puglia confermava per l'IRCCS "Giovanni Paolo II" il riconoscimento di n. 166 posti letto.

Come ampiamente relazionato nella Sezione Valore Pubblico, Performance, Anticorruzione e Trasparenza di questo PIAO, l'Istituto ha accresciuto nel corso del 2022 la propria dotazione di posti letto dai precedenti 109 posti letto (di cui 97 ordinari e 12 in DH come attestato dalla deliberazione del Direttore Generale n. 270 del 30 marzo 2018 avente ad oggetto *"Assetto posti letto Istituto Tumori Giovanni Paolo II – Atto ricognitivo"*) agli attuali 125 come riportato nel paragrafo 2.b.4.1 del PIAO in cui si presenta la parte infrastrutturale del Piano di Rilancio dell'Istituto.



Tale Piano di Rilancio inizialmente trasmesso alla Regione Puglia con Nota Prot. n. 7595 del 1° aprile 2022, prevedeva l'attivazione di nuove strutture ed il potenziamento di strutture esistenti e, conseguentemente, la Direzione Strategica, comunicava che: *"L'attuazione di un siffatto mutamento richiede naturalmente un incremento delle dotazioni di personale già descritto nella nota Prot.1938 del 27 gennaio 2022, inviata all'attenzione del Direttore del Dipartimento di Promozione della Salute:*

- *Clinicizzazione della U.O. di Ginecologia: che consentirà, attraverso l'incremento del personale medico (6 medici di cui 1 direttore) ed infermieristico (2 unità), per il potenziamento dell'offerta in regime di ricovero, ed un'idonea occupazione dei posti letto.*
- *Disciplina di Otorinolaringoiatria: l'attuale dotazione organica necessita dell'incremento di n. 5 dirigenti medici di cui n.1 direttore medico;*
- *Potenziamento dell'attività operatoria di Sala e di ambulatorio chirurgico: Il potenziamento ed efficientamento del blocco operatorio mediante l'utilizzo di tutte le attuali sale operatorie utili allo smaltimento delle liste di attesa, nonché anche allo scopo di attivare percorsi separati in setting assistenziali di day service separati dal blocco operatorio, come pure al fine di strutturare le funzioni relative alla terapia del dolore necessita di un incremento della dotazione di n. 3 dirigenti medici di disciplina di Anestesia e n. 6 CPS Infermieri.*
- *Potenziamento del C.Or.O.: Il Centro di Orientamento Oncologico dell'IRCCS, secondo le intese formalizzate dall'uCoor, deve essere funzionalmente predisposto ad una capacità gestionale intraprovinciale per la presa in carico anche dell'utenza oncologica proveniente dall'IRCCS De Bellis, nonché, dal P.O. San Paolo e dal P.O. Di Venere. A tale scopo si rende indispensabile e quanto mai urgente prevedere l'assunzione di n. 4 dirigenti medici della disciplina di Oncologia per coprire le differenti turnazioni, oltre a n. 2 Infermieri e n. 1 collaboratore amministrativo. Ritenendo, inoltre, fondamentale procedere ad una revisione del percorso di accoglienza anche in virtù di quanto previsto dalle Linee guida regionali "Hospitality" si necessita di un incremento della dotazione organica di n. 4 unità di dirigente di Psicologia Clinica.*
- *Attività conseguenti alla presa in carico: Si rende necessario prevedere l'assunzione di n. 3 CPS-Fisioterapisti e di n. 1 Dirigente Medico della disciplina di Fisiatria. Tale previsione risulta di fondamentale supporto per innalzare la qualità e l'"appeal" delle attività di chirurgia oncologica, al fine di garantire un continuum assistenziale appropriato attivando un percorso riabilitativo sin dal momento della degenza e finanche al post dimissione. Si rende necessaria altresì la dotazione di un dietista e n. 1 assistente sociali.*
- *Potenziamento delle attività diagnostiche:*
 - *Laboratori Diagnostici: Analoga necessità di potenziamento, susseguente all'attivazione dei PDTA da prima visita emerge nell'ambito dei Laboratori Diagnostici che dovrà prevedere l'incremento per di n. 1 unità di dirigente medico. Per la Patologia Clinica si rende necessario l'incremento, per le attività diagnostiche di supporto alle procedure analitiche propedeutiche alle chemioterapie n. 1 tecnico di laboratorio Tanto al fine di*



ottimizzare i percorsi pre-analitici ed analitici, attraverso l'impiego a pieno regime dell'attuale strumentazione tecnologica oggi sottoimpiegata rispetto alle potenzialità produttive. Anche al fine dell'allestimento del nuovo laboratorio di citogenetica realizzato con fondi POR, ma principalmente per garantire il supporto alle attività di screening, previste dalla DGR n. 2198 del 22 dicembre 2021 - Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025, si rende indispensabile implementare la dotazione dell'Anatomia Patologica con almeno n. 2 medici e n. 4 tecnici di Laboratorio. Tenuto conto della prossima individuazione del Laboratorio di diagnostica molecolare e farmaco genetica quale centro di riferimento dei test genomici del carcinoma mammario in fase precoce, è necessario prevedere un incremento della dotazione della U.O. di Diagnostica Molecolare e Farmaco-Genetica con n. 1 dirigente biologo e n. 1 tecnico di laboratorio per le attività correlate alle tecniche di sequenziamento.

- *Radiologia diagnostica e senologica: L'attuale incremento della dotazione strumentale della U.O. di Radiologia Diagnostica che, a partire da metà gennaio, ha visto l'attivazione di un nuovo tomografo computerizzato a 128 slices rende necessario un potenziamento della dotazione organica con n. 3 dirigenti medici afferenti la medesima disciplina. Si ritiene opportuno evidenziare come già fatto in diversi atti ufficiali che la diagnostica TC rappresenta un punto fondamentale degli accertamenti sui sospetti diagnostici che rischia di divenire un critico collo di bottiglia dei PDTA. Tale necessità di potenziamento investe, inoltre, anche la dotazione organica della U.O. di Radiologia Senologica che dovrà necessariamente arricchirsi con n. 2 unità di dirigenti medici di radiodiagnostica senologica, in quanto attualmente insufficiente a gestire la crescente domanda assistenziale inerente le attività di screening di II livello dei tumori mammari, nonché di follow up. E' indispensabile anche il potenziamento con un tecnico di radiologia.*
- *Potenziamento della piastra ambulatoriale e dell'attività di chemioterapia: Il descritto potenziamento dell'attività chemioterapica e l'estensione delle somministrazioni anche al pomeriggio richiede una dotazione organica aggiuntiva dell'unità di U.Ma.C.A. di n. 2 dirigenti farmacisti e di n. 12 unità di personale infermieristico per il potenziamento delle attività ambulatoriali, n. 4 commessi per l'orientamento e l'assistenza ai pazienti e di n. 5 Operatori Socio Sanitari per attività di supporto assistenziale.*
- *La dotazione organica relativa al personale di comparto dovrà inoltre prevedere un incremento complessivo di terapia e cura, oltre che di n. 4 unità di personale del ruolo tecnico sanitario (n. 1 Dietista, n. 2 Assistente sociale,). Al fine di garantire la continuità assistenziale post dimissione con l'avvio delle attività di assistenza domiciliare, nonché per potenziare gli aspetti relativi alla control room, è opportuno prevedere l'incremento del personale di dotazione complessiva con n. 4 autisti e n. 6 infermieri.*
- *Potenziamento a seguito di incremento delle attività di screening del Colon-Retto: le attività diagnostiche conseguenti alla prima fase degli screening comporterà un incremento degli*

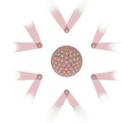


esami endoscopici che comportano un'accresciuta esigenza di n. 4 unità di personale medico per la struttura dell'Endoscopia Digestiva.

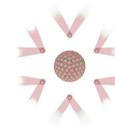
- *Potenziamento dell'attività domiciliare: l'avvenuto avvio della centrale operativa regionale di telemedicina consente di erogare prestazioni sanitarie di televisita e telemedicina con il supporto di personale infermieristico in attività territoriale e/o autisti: si prevede un fabbisogno di n. 4 autisti e n. 6 CPS infermieri.*
- *Ematologia: per tale unità deve prevedersi l'adeguamento al disposto normativo di cui alla DGR n. 1107 del 16 luglio 2020 con l'incremento della dotazione organica di n. 5 dirigenti medici, n. 2 dirigenti biologi, n. 4 tecnici di laboratorio e n. 5 infermieri.*
- *Da ultimo le complementari esigenze di correlato personale tecnico ed amministrativo:*
 - *N. 1 dirigente ingegnere per l'ingegneria Clinica;*
 - *N. 1 Dirigente analista per gli uffici informatici;*
 - *N. 1 Dirigente amministrativo per l'URP;*
 - *N. 4 Dirigenti Amministrativi per il supporto alle Direzioni;*
 - *N. 1 Dirigente Tecnico Giornalista per l'ufficio Comunicazione;*
 - *N. 1 Dirigente Professionale Avvocato in staff alla Direzione Strategica*
 - *N. 1 Collaboratore Tecnico Professionale Informatico (cat D.);*
 - *N. 1 Collaboratore Tecnico Professionale Ingegnere (cat D.);*
 - *N. 1 Collaboratore Amministrativo Anticorruzione e Privacy (cat D.);*
 - *N. 4 Collaboratori Amministrativi (cat. D);*
 - *N. 4 Assistenti Amministrativi (cat. C):*

Richieste che conducevano al seguente prospetto riassuntivo da attivarsi progressivamente via via che le Fasi 1° e 2° del Piano di Rilancio vengono attuate:

POTENZIAMENTO UNITA' OPERATIVA	N.	Profilo professionale	Costo annuo
U.O.C. GINECOLOGIA ONCOLOGICA CLINICIZZATA (12 posti letto)	1	Direttore Medico	€ 120.000.00
	5	Dirigente Medico	€ 475.000.00
	2	CPS - Infermiere (cat. D)	€ 83.500.00
	8	TOTALE	€ 678.500.00
U.O.C. ANATOMIA PATOLOGICA (per screening)	2	Direttore Medico	€ 190.000.00
	4	CPS- Tecnico di Laboratorio Biomedico	€ 160.000.00
	6	TOTALE	€ 350.000.00
U.O.C. EMATOLOGIA - Adeguamento della dotazione organica ai sensi della D.G.R. n. 1107 del 16.07.2020	5	Dirigente Medico	€ 475.000.00
	2	Dirigente Biologo	€ 170.000.00
	4	CPS- Tecnico di Laboratorio Biomedico	€ 160.000.00
	5	CPS - Infermiere (cat. D)	€ 208.750.00
	16	TOTALE	€ 1.013.750.00
MEDICINA NUCLEARE	4	Dirigente Medico	€ 380.000.00
	1	Dirigente Fisico	€ 85.000.00
	6	CPS - Tecnico di Radiologia (cat.D)	€ 240.000.00
	6	CPS - Infermiere (cat. D)	€ 250.500.00
	17	TOTALE	€ 955.500.00



POTENZIAMENTO ONCOLOGIA MEDICA PER PAZIENTI FRAGILI	2	Dirigente Medico Oncologo	€ 190.000.00
	2	CPS - Infermiere (cat. D)	€ 83.500.00
	4	TOTALE	€ 273.500.00
ALTRI PROFILI	N.	Profilo professionale	Costo annuo
Dirigente Medico per potenziamento attività di Sala Operatoria	3	Dirigente Medico disciplina anestesia e rianimazione	€ 285.000.00
Dirigente Medico per l'attività della Rete Oncologica Pugliese nell'ambito del C.O.R.O.	4	Dirigente Medico disciplina Oncologia	€ 380.000.00
CPS- Infermiere per l'attività della Rete Oncologica Pugliese nell'ambito del C.O.R.O.	2	CPS - Infermiere (cat. D)	€ 83.500.00
Collaboratore amministrativo per l'attività della Rete Oncologica Pugliese nell'ambito del C.O.R.O.	1	Collaboratore amministrativo	€ 33.000.00
Dirigente Medico per potenziamento attività UOSD Radiologia Diagnostica e UOSD Radiologia Senologica	5	Dirigente Medico disciplina Radiodiagnostica	€ 475.000.00
Dirigente Medico per potenziamento attività UO Otorinolaringoiatria	5	Dirigente Medico disciplina Otorinolaringoiatria	€ 475.000.00
Dirigente Medico per potenziamento attività UOSD Endoscopia Digestiva	4	Dirigente Medico disciplina Gastroenterologia	€ 380.000.00
Dirigente Medico per potenziamento attività UOC Chirurgia Plastica	1	Dirigente Medico disciplina Chirurgia Plastica	€ 95.000.00
Dirigente Medico per potenziamento attività Laboratorio di analisi	1	Dirigente Medico disciplina Patologia Clinica	€ 95.000.00
Dirigente Sanitario Non Medico	4	Dirigente Psicologia Clinica	€ 340.000.00
Dirigente Sanitario Non Medico	2	Dirigente Farmacista per UMACA	€ 170.000.00
Dirigente Sanitario Non Medico	1	Dirigente Biologo	€ 85.000.00
Dirigente Ruolo Professionale	1	Dirigente Ingegneria Clinica	€ 80.000.00
Dirigente Ruolo Tecnico	2	Dirigente Analista	€ 160.000.00
Dirigente per Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)	1	Dirigente Amministrativo	€ 80.000.00
Personale Amministrativo	4	Dirigente Amministrativo	€ 320.000.00
Responsabile Comunicazione e Ufficio Stampa - Giornalista	1	Dirigente Amministrativo	€ 80.000.00
Dirigente Avvocato da assegnare in staff alla Direzione Strategica	1	Dirigente Avvocato	€ 80.000.00
Dirigente medico disciplina Fisiatria	1	Dirigente Medico	95.000.00 €
Personale della Riabilitazione	3	CPS - Fisioterapista (cat. D)	€ 120.000.00
Personale Infermieristico per potenziamento attività Sala Operatoria	6	CPS - Infermiere (cat. D)	€ 250.500.00
Personale Infermieristico per potenziamento attività ambulatoriali	12	CPS - Infermiere (cat. D)	€ 501.000.00
Personale Tecnico Sanitario	7	CPS (cat. D) - n.1 Dietista, n. 1 Assistente sociale, n.2 Tecnico di laboratorio, n.3 Tecnico di radiologia	€ 280.000.00
Personale Tecnico per l'attività di Assistenza Domiciliare	4	Autisti	€ 120.000.00



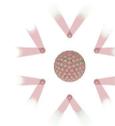
CPS- Infermiere per l'attività di Assistenza Domiciliare	6	CPS - Infermiere (cat. D)	€ 250.500.00
Personale Tecnico	1	Collaboratore tecnico professionale - Informatico (cat. D)	€ 33.000.00
Personale Tecnico	1	Collaboratore tecnico professionale - Ingegnere (cat. D)	€ 33.000.00
Personale Amministrativo	1	Collaboratore amministrativo (cat. D) - Anticorruzione e Privacy	€ 33.000.00
Personale Amministrativo	4	Collaboratore amministrativo (cat. D)	€ 132.000.00
Personale Amministrativo	4	Assistente amministrativo (cat. C)	€ 120.000.00
Personale Tecnico	5	Operatore Socio-sanitario	€ 147.920.00
Personale Amministrativo	4	Commessi	€ 132.000.00
TOTALE ALTRI PROFILI	102	TOTALE	€ 5.944.420.00
TOTALE INCREMENTO PERSONALE	153	TOTALE INCREMENTO COSTO ANNUO	€ 9.215.670.00

La Regione Puglia accoglieva parzialmente detta richiesta e, con Deliberazione della Giunta Regionale n.1818 del 12 dicembre 2022, ha rideterminato e ripartito il tetto di spesa annuale del personale delle aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale, ex art. 2, comma 71, legge191/2009 e s.m.i., riconoscendo all'Istituto il nuovo tetto di spesa di € 35.152.116,00 - a valere dall'anno 2022 - rispetto al precedente di € 31.173.942,00 con un incremento di circa 4 milioni di euro.

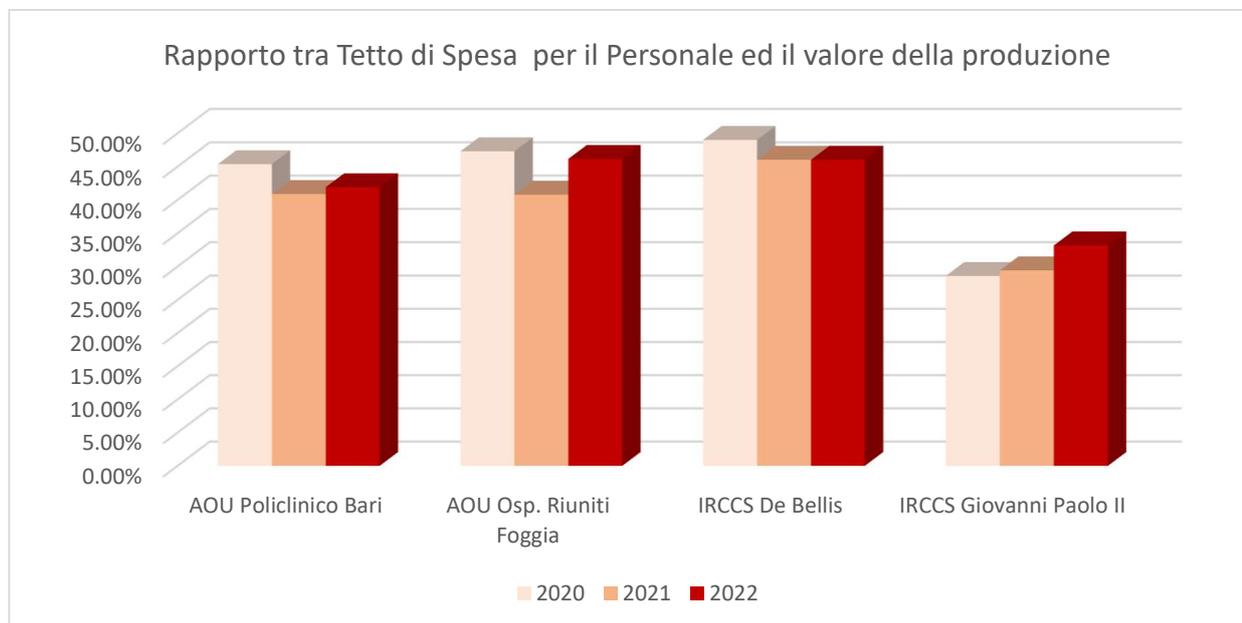
Nel rispetto del nuovo tetto di spesa di € 35.152.116,00, questo Istituto ha adottato con Delibera del Direttore Generale n. 713 del 19 dicembre 2022 il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2021-2023, di cui la Regione Puglia ha preso atto con Deliberazione della Giunta Regionale n. 1980 del 22 dicembre 2022 all'esito della prima fase istruttoria relativa alla verifica di coerenza dei costi del PTFP 2021-2023 rispetto al tetto di spesa assegnato con la sopracitata Deliberazione della Giunta Regionale n. 1818 del 12 dicembre 2022.

Deve però correttamente farsi rilevare che il tetto di spesa assegnato all'Istituto per il fattore produttivo "costi del personale" incide, in termini percentuali, sul valore della produzione, nella misura più bassa rispetto alle altre Aziende Ospedaliere e IRCCS pugliesi.

AOU / IRCCS	VALORE DELLA PRODUZIONE BILANCIO ESERCIZIO 2020	TETTO DI SPESA PERSONALE	TETTO SP. PERS. / VALORE PRODUZIONE	RISULTATO ESERCIZIO	DGR assegnazione Tetti di Spesa
AOU Policlinico Bari	444.371.604	201.610.377	45,37%	-61.643.518	DGR n. 2293 del 11 dicembre 2018
AOU Osp. Riuniti Foggia	259.791.570	122.913.224	47,31%	-45.316.197	
IRCCS De Bellis	45.438.744	22.268.606	49,01%	-6.282.252	
IRCCS Giovanni Paolo II	102.049.708	29.173.942	28,59%	-10.535.155	
AOU Policlinico Bari	500.511.408	204.592.186	40,88%	-62.154.397	DGR n. 1896 del 23 novembre 2019
AOU Osp. Riuniti Foggia	306.208.978	124.919.036	40,80%	-46.680.368	
IRCCS De Bellis	49.379.720	22.730.191	46,03%	-5.290.567	
IRCCS Giovanni Paolo II	105.960.924	31.173.942	29,42%	-4.421.414	
AOU Policlinico Bari	500.511.408	209.773.429	41,91%		DGR n. 1818 del 12
AOU Osp. Riuniti Foggia	306.208.978	141.355.186	46,16%		



IRCCS De Bellis	49.379.720	22.730.191	46,03%	dicembre 2019
IRCCS Giovanni Paolo II	105.960.924	35.152.116	33,17%	



3.c.3. La pianificazione del fabbisogno

Il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale (PTFP) soggiace principalmente all'impianto normativo del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i.. In particolare, l'articolo 6, comma 2, del D.Lgs. 165/2001, come sostituito dall'articolo 4 del D.Lgs. 75/2017, stabilisce l'obbligo per le amministrazioni pubbliche di adottare il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate dal Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione ai sensi dell'articolo 6-ter dello stesso D.Lgs. 165/2001.

Secondo le disposizioni del legislatore l'Amministrazione redige annualmente il PTFP determinando con puntualità e dettaglio la consistenza della dotazione organica e la sua eventuale rimodulazione in base ai fabbisogni programmati e secondo le linee di indirizzo di cui all'articolo 6-ter, nell'ambito del potenziale limite finanziario massimo della medesima e di quanto previsto dall'articolo 2, comma 10-bis, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, garantendo la neutralità finanziaria della rimodulazione.

Di rilievo la norma contenuta al comma 6 del novellato articolo 6 del D.Lgs. 165/2001 che stabilisce per le amministrazioni pubbliche che non provvedono agli adempimenti sopra esposti il divieto di procedere all'assunzione di nuovo personale.

Il PTFP deve inoltre essere elaborato tenendo conto di quanto disposto con il Decreto 8 maggio 2018 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica – avente



ad oggetto "Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche".

Dette Linee Guida dispongono che i Piani Triennali dei Fabbisogni di Personale siano approvati dalle rispettive regioni di appartenenza, secondo quanto eventualmente previsto dalla disciplina regionale in materia, anche tenuto conto della riorganizzazione della rete ospedaliera effettuata ai sensi del D.M. 70/2015 e successivamente adottati in via definitiva dalle Aziende ed Enti stessi.

In ottemperanza a quanto stabilito con il citato DM 2018, la Regione Puglia ha emanato le proprie Linee Guida approvando propria D.G.R. n. 2416 del 21.12.2018 e successiva a DGR n. 2452 del 30.12.2019 .

La D.G.R. Puglia n. 2416 del 21.12.2018, recante l'approvazione delle "Linee guida regionali per l'adozione dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP) delle Aziende ed Enti del S.S.R. ai sensi degli artt. 6 e 6-ter D.Lgs. n.165/2001 s.m.i. e delle Linee di indirizzo ministeriali approvate con D.M. dell'8/5/2018", prevede che i Piani triennali di fabbisogno di personale devono essere compatibili con la cornice finanziaria per il S.S.R. e devono essere redatti nel rispetto della legislazione vigente in materia di contenimento del costo del personale e dunque, nello specifico, nel rispetto dei seguenti tetti di spesa:

- 1) Limite di spesa ex art. 2, comma 71, L. 191/2009 (spesa sostenuta per il personale nell'anno 2004 diminuita dell'1,4%), come disaggregato per Azienda con Deliberazione di Giunta regionale n. 2293 dell'11/12/2018 ;
- 2) Limite di spesa ex art. 9, co. 28, D.L. 78/2010, convertito in L. 122/2010 (50% spesa di personale a tempo determinato sostenuta nell'anno 2009);

Più di recente invece, sono state emanate nuove linee di indirizzo per l'individuazione dei nuovi fabbisogni professionali da parte delle amministrazioni pubbliche, contenute nel Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 14.09.2022, che tuttavia nulla ha innovato in merito al personale delle Aziende e degli Enti del SSN.

L'elaborazione del PTFP ha una stretta correlazione con i vincoli normativi in materia finanziaria e deve uniformarsi ai tetti di spesa regionali. In particolare, si ricordano i contenuti dispositivi dell'articolo 6, comma 7, del D.L. 31 maggio 2010, n. 78, convertito nella L. 30 luglio 2010, n. 122 in materia di spesa per studi e incarichi di consulenza, dell'art. 20, comma 1, del D.Lgs. n. 75/2017 in materia di stabilizzazione del personale, dell'articolo 23, comma 2, del medesimo decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, in materia di incremento delle risorse del trattamento accessorio del personale e da ultimo, l'articolo 11 del decreto legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, che ha introdotto, a decorrere dal 2019, rispetto a quanto stabilito dall'articolo 2, commi 71, 72 e 73 della legge 191/2009, nuove regole in materia di spesa per il personale per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale.

Con l'avanzare dell'epidemia da Covid Sars 2019, nuovi strumenti legislativi sono stati introdotti in materia di reclutamento del personale, tra i quali vanno annoverati l'art. 1, comma 268, lett.



b) della L. 234/2021 in materia di stabilizzazione del personale COVID ed il successivo documento 22/154/CR7a/C7, approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nella seduta del 27 luglio 2022, di cui la Regione Puglia ha preso atto con DGR n. 1492/2022.

Considerata la cornice normativa in cui si è mosso l'IRCCS Istituto Tumori di Bari nella programmazione triennale del fabbisogno di personale, si deve dare atto che con DGR Puglia n. 332 del 10.03.2020 recante la rideterminazione del tetto di spesa del personale SSR dell'IRCCS Tumori di Bari, la Giunta regionale, tenuto conto del ruolo strategico assegnato dal governo regionale alla ricerca ed all'assistenza oncologica, ha incrementato il tetto di spesa dell'anno 2020 di 2 milioni euro rispetto a quello del precedente anno, nell'ambito del 10% dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio 2019, conseguentemente fissando il tetto di spesa del personale dell'IRCCS a € 31.173.942 a valere dall'anno 2020.

Il PTFP 2020-2022 è stato quindi approvato con le deliberazioni del Direttore Generale n. 337 del 21.07.2021 e successiva n. 8 del 5.01.2022, nel rispetto del sopra citato tetto di spesa pari a € 31.173.942. Questa programmazione è stata poi approvata dalla Regione Puglia con D.G.R. n. 417 del 28.03.2022 avente ad oggetto "Art. 6 D.lgs. 165/2001; D.M. 8/5/2018 - Approvazione Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2020-2022 dell'IRCCS G. PAOLO II di Bari".

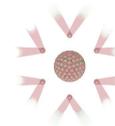
Con deliberazione del Direttore Generale dell'IRCCS Giovanni Paolo II di Bari n. 145 del 05/05/2022, il PTFP 2020-2022 è stato adottato in via definitiva.

Con l'arrivo della nuova direzione Strategica, l'IRCCS è stato interessato da un significativo "Piano di Rilancio" presentato alla Regione Puglia con nota prot. n. 7595 del 01.04.2022.

Inizialmente con deliberazione n.146 del 05.05.2022 è stato modificato il predetto PTFP 2020-2022, ad invarianza di spesa e nel rispetto del limite di spesa annuale pari a € 31.173.942, prevedendo l'incremento della dotazione organica del personale della Unità Operativa di Endoscopia Digestiva con n.1 posto di Dirigente Medico, disciplina Chirurgia Endoscopica, mediante l'utilizzo di n.1 posto vacante di Dirigente Medico, disciplina Igiene comportando, per l'anno 2022, un fabbisogno strutturale di n. 19 Dirigenti Medici della disciplina di Chirurgia generale e di n. 4 Dirigenti Medici della disciplina di Igiene.

Con la medesima deliberazione n.146 del 2022 ha approvato l'incremento della dotazione di personale della Struttura Complessa di Oncologia Medica con n.1 posto di Dirigente Medico mediante l'utilizzo di un posto derivante dalla somma di 0,5 della Unità Operativa di O.R.L. Chirurgia Cervico Maxillo facciale e di 0,5 della SC di Oncologia Medica comportando, per l'anno 2022, un fabbisogno strutturale di n. 34 Dirigenti Medici della disciplina di Oncologia e di n. 5 di Dirigenti Medici della disciplina di Otorinolaringoiatria.

Successivamente, con note prot. n. 10800 del 13.05.2022, n. 11135 del 18.05.2022 e n. 11542 del 23.05.2022, la Direzione Strategica dell'Istituto ha proposto alla Regione una più incisiva rimodulazione del citato PTFP 2020-2022, in ragione dell'avvio del Piano di Rilancio e della correlata necessità di espletare le procedure di reclutamento per diversi profili dirigenziali,



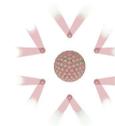
procedure che sarebbero state attuabili solo mediante il superamento del tetto di spesa annuale di € 31.173.942,00 assegnato con la sopra citata DGR n.332/2020, motivando la richiesta sulla base del ruolo strategico di hub regionale della Rete Oncologica Pugliese assegnato all'IRCCS "G. Paolo II" nelle attività di ricerca e di assistenza.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 269 del 13.06.2022, l'Istituto – nell'ambito del citato Piano di Rilancio - ha rimodulato il PTFP 2020-2022, quantificando il superamento del tetto di spesa aziendale determinato DGR n.332/2020 come di seguito specificato:

(A)	(B)	(C)	(D)	Importo oltre tetto di spesa ex DGR 332/2020 (D)-(A)
Tetto di spesa ex DGR 332/2020	Costo PTFP anno 2022 approvato con DGR n.417/2022	Costo proposta incremento fabbisogno	Costo fabbisogno rimodulato (B)+(C)	
€ 31.173.942	€ 31.154.688	€ 1.730.000	€ 32.884.688	€ 1.710.746

Il PTFP 2020-2022 dell'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" approvato con la sopra citata deliberazione del Direttore Generale n. 269 del 13.06.2022 risulta pertanto complessivamente rimodulato, in termini di fabbisogno Full Time Equivalent (FTE) di personale dirigenziale, come di seguito riportato:

Disciplina	Fabbisogno 2020-2022 approvato con DGR n.417/2022	Proposta rimodulazione fabbisogno "isorisorse"	Proposta incremento fabbisogno	Fabbisogno Rimodulato
Cardiologia	6	-	-	6
Chirurgia Generale	18,5	+1	+2	21,5
Chirurgia Plastica	8	-	+1	9
Chirurgia Toracica	9	-	-	9
Ematologia	11	-	-	11
Ginecologia ed Ostetricia	4	-	+2	6
Otorinolaringoiatria	5,5	-0,5	-	5
Urologia	3	-	+1	4
Terapia Intensiva	19	-	-	19
Genetica Medica	1	-	-	1
Oncologia	33,5	+0,5	+2	36
Anatomia Patologica	18	-	+2	20
Laboratorio Analisi	2	-	-	2
Radiologia	18	-	+3	21
Radioterapia	9	-	-	9
Direzione Sanitaria di presidio	4	-	-	4
Igiene	5	-1	-	4
Endocrinologia	/	-	+1	1
Dirigente Professionale	3	-	+3	6
Dirigente Amministrativo	4	-	+2	6
TOTALE	181,5	0	19	200,5



Con la richiamata deliberazione D.G. n. 269 del 13/06/2022, è stato tra l'altro quantificato il costo complessivo del fabbisogno di personale per ciascuna annualità del triennio 2020- 2022, con i seguenti importi:

ANNO	COSTO PTFP 2020-2022 IRCCS G. Paolo II rimodulato con DDG n. 269 del 13/06/2022
2020	30.626.129 €
2021	31.154.688 €
2022	32.867.014 €

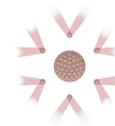
Con la recente DGR Puglia n. 1818 del 12/12/2022 recante "Avvio procedure di stabilizzazione del personale del SSR ai sensi dell' art. 20, comma 1, del D.Lgs. n. 75/2017 e dell'art. 1, comma 268, /lett. b), primo periodo, della L. 234/2021. Ulteriori disposizioni in materia di personale. Modifica e integrazione della deliberazione di Giunta regionale n. 1896 del 22/11/2021", la Giunta Regionale ha rideterminato il tetto di spesa del personale SSR, ai sensi degli artt. 2, co. 71 della L. n. 191/2009 e 11, D.L. 35/2019 conv. in L. n. 60/2019, prevedendo, per l'IRCCS "G. Paolo II" di Bari, un nuovo tetto di spesa pari a € 35.152.116 ai fini della predisposizione del PTFP 2021-2023.

Da ultimo, con DGR Puglia n. 1945 del 22.12.2022, la Regione ha approvato il PTFP 2020-2022 dell'IRCCS, come modificato con deliberazione D.G. n. 269 del 13/06/2022 ad oggetto "Rimodulazione del Piano Triennale del Fabbisogno del Personale (PTFP) 2020-2022 dell'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari", a parziale modifica di quanto definito con DGR Puglia n. 417 del 28/03/2022, con le seguenti prescrizioni:

- i valori di fabbisogno di personale ospedaliero, per ciascuno degli anni del triennio 2020-2022, non possono superare i valori-soglia contenuti nella colonna "Fabbisogno FTE strutturale approvabile" dell'allegato alla DGR Puglia n. 1945 del 22.12.2022;
- il fabbisogno complessivo del personale appartenente al ruolo amministrativo, sia della dirigenza che del comparto, va espresso entro i seguenti limiti: il rapporto percentuale tra il numero del personale del ruolo amministrativo, ad esclusione del profilo professionale "Commesso", e il numero totale del personale in servizio non può superare non può superare il valore del 10%;
- il costo complessivo del PTFP, al netto delle voci di costo non ricomprese nella spesa del personale a normativa vigente, deve rientrare nel tetto di spesa attribuito all'IRCCS Giovanni Paolo II di Bari, determinato in € 32.884.688 quale quota parte del tetto assegnato all'Istituto con DGR n. 1818 del 12/12/2022 e da intendersi quale limite invalicabile.

Al 31 dicembre 2022 non sono state rilevate eccedenze di personale.

Il PTFP-2021-2023 è stato adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 713 del 19.12.2022, di cui la Regione Puglia ha preso atto, con deliberazione di Giunta regionale n. 1980 del 22.12.2022 ad oggetto "Art. 6 D.lgs. 165/2001; D.M. 8/5/2018 – Presa d'atto Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2021-2023 delle Aziende ed Enti SSR. Prima valutazione.", all'esito della prima fase istruttoria relativa alla verifica di coerenza dei costi del PTFP 2021-2023

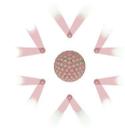


rispetto al tetto di spesa assegnato a ciascuna Azienda ed Ente del SSR con D.G.R. n. 1818 del 12.12.2022.

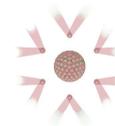
Il Piano triennale dei fabbisogni di personale per il triennio 2021/2023, in continuità con il PTFP 2020/2022, costituisce la cornice programmatoria per l'adozione dei provvedimenti aziendali inerenti la copertura del fabbisogno aziendale, anche con riferimento alle procedure di stabilizzazione ex art. 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. Per la valorizzazione del predetto Piano triennale, con riferimento a ciascuno degli anni 2021-2022-2023, la spesa complessiva per il personale a Tempo Indeterminato e Tempo Determinato, al netto dei rinnovi contrattuali intervenuti dal 2004 e delle categorie protette, è rispettosa del limite di cui all'art.1, comma 71 della L.191/09 definito per questo IRCCS pari a € 35.152.116 con D.G.R. n.1818/2022.

Di seguito si rappresenta il Fabbisogno approvato per il 2023 con la predetta Delibera n. 713/2022:

DIRIGENTI MEDICI PER SINGOLA DISCIPLINA			FABBISOGNO 2023					
CODICE U.O.	Unità Operativa (Disciplina)	Fabbisogno FTE approvabile (DGR n. 417/2022)	FABBISOGNO TOTALE (FABB. T.I. + T.D. + SPEC. AMB.)	Fabb. Tempo Indet.	Fabb. Tempo Determ.	Fabb. Specialisti Ambulatoriali	Costo Medio Tempo Ind. + Tempo Det.	NOTE
108	Cardiologia	6	6	6			570.000	
109	Chirurgia generale	18	22	22	0	0	2.090.000	Presenza n. 3 UU.OO. (Chirurgia generale ad indirizzo oncologico, Chirurgia generale ad indirizzo senologico, Endoscopia Digestiva), attività sala operatoria e ambulatoriale Incremento FTF+1
112	Chirurgia plastica	8	9	7	0	2	665.000	N.1 specialista ambulatoriale per 38 ore settimanali
113	Chirurgia toracica	9	9	9	0	0	855.000	
118	Ematologia	11	16	14	2	0	1.520.000	Incremento FTE +5 Medici (D.G.R. n. 1107 del 16.07.2020)
137	Ostetricia e Ginecologia	4	6,5	6,5	0	0	475.000	N. 2 Medici Prof. Universitari conferiti per l'assistenza (Ginecologia Oncologica Clinicizzata ex DGR 1979 del 29.11.2021)
138	Otorinolaringoiatria	5,5	5	5	0	0	475.000	
143	Urologia	3	4	4	0	0	380.000	
149-310-301	Terapia intensiva-Sale operatorie- Altre degenze intensive a supporto	19	19	19	0	0	1.805.000	



207	Genetica medica	1	1	1	0	0	95.000	
164-214	Oncologia (con posti letto)	33,5	36	35	0	1	3.325.000	N.1 specialista ambulatoriale per 38 ore settimanali
203	Anatomia e istologia patologica	18	20	19	0	1	1.805.000	N.1 specialista ambulatoriale per 38 ore settimanali
208	Laboratorio d'analisi	2	2	2	0	0	190.000	
269-213	Radiologia	18	22	21	1	0	2.090.000	Incremento FTE +1
270	Radioterapia	9	9	9	0	0	855.000	
512	Direzione sanitaria	4	3	2	0	1	190.000	N. 1 specialista Neurologia per n. 24 ore settimanali. Decremento FTE -1
	Igiene	5	4	3	0	1	285.000	N. 1 specialista Medicina
153	Dermatologia	0	1	1	0	0	95.000	Incremento FTE +1
119-206	Endocrinologia	0	1	1	0	0	95.000	Incremento FTE +1
	Medicina Fisica e Riabilitazione	0	1	1	0	0	95.000	Incremento FTE +1
168	Malattie Apparato respiratorio	0	1	1	0	0	95.000	Incremento FTE +1
						Totale €	18.050.000	
INFERMIERI-O.S.S.			FABBISOGNO 2023					
	PROFILO PROFESSIONALE	Fabbisogno FTE approvabile (DGR n.417/2022)	FABBISOGNO TOTALE (FABB. T.I. + T.D.)	Fabb. Tempo Indet.	Fabb. Tempo Determ.	FABB. SPEC. AMB. LI	COSTO MEDIO (T.I.+T.D.)	NOTE
	Infermieri	252	278	268	10	0	11.606.500	N. 277 Infermieri e n. 1 Assistente Sanitario. Incremento FTE +26
	Personale ostetrico	/	/	/	/	/	/	
	O.S.S.	63	65	63	2	0	1.922.960	Incremento FTE +2
						Totale €	13.529.460	
ALTRO PERSONALE			FABBISOGNO 2021					
	PROFILO PROFESSIONALE	Fabbisogno FTE approvabile (DGR n.417/2022)	FABBISOGNO TOTALE (FABB. T.I. + T.D.)	Fabb. Tempo Indet.	Fabb. Tempo Determ.	FABB. SPEC. AMB. LI	COSTO MEDIO (T.I.+T.D.)	NOTE
	DIRIGENTE SANITARIO	25	29	25	1	3	2.080.000	N. 3 specialisti ambulatoriali Psicologi. Incremento FTE +4 (2 Farmacisti, 1 Biologo, 1 Psicologo)
	DIRIGENTE TECNICO/PROFESSIONALE	3	6	6	0	0	480.000	
	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO*	4	6	5	1	0	480.000	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	2	2	2	0	0	80.000	



	PERSONALE TECNICO SANITARIO	80	81	81	0	0	3.240.000	N. 43 Tecnici di laboratorio, n. 37 Tecnici di Radiologia, n. 1 Dietista, n. 1 Assistente sociale. Incremento FTE +1
	AUSILIARIO	6	6	6	0	0	156.000	
	PERSONALE COMPARTO AMMINISTRATIVO*	60	63	61	2	0	2.079.000	Incremento FTE +3, di cui n. 2 assunzioni obbligatorie legge n. 68/89
	PERSONALE COMPARTO	22	22	22	0	0	660.000	
*Secondo le direttive regionali di cui alla nota prot. AOO_183 n. 517 del 15/01/2019: max 10% del personale in servizio (comparto + dirigenza)						Totale €	9.255.000	
TOTALE COMPLESSIVO							40.834.460	

Per quanto riguarda le cessazioni, di seguito si riporta il personale cessato nell'anno 2022 e la previsione delle cessazioni per gli anni 2023/2024:

Cessazioni anno 2022

7	Dirigenti Medici
1	Dirigente Biologo
2	Collaboratore amministrativo (cat. D)
2	Assistente amministrativo (cat. C)
5	CPS - Infermiere (cat. D)
1	Infermiere generico (cat. C)
1	CPS - Tecnico di radiologia (cat. D)
1	CPS - Assistente Sanitario (cat. D))
20	TOTALE

Previsione cessazioni anno 2023

4	Dirigenti Medici
1	CPS – Infermiere (cat. D)
1	Assistente sociale (cat. D)
2	Collaboratore amministrativo (cat. D)
2	Tecnico di laboratorio (cat. D)
1	Tecnico di radiologia (cat. D)
2	Assistente amministrativo (cat. C)
13	TOTALE

Previsione cessazioni anno 2024

6	Dirigenti Medici
1	Dirigente Biologo
1	Dirigente Amministrativo
2	Assistente Amministrativo (cat. C)
10	TOTALE



Relativamente alle stabilizzazioni, con deliberazione del Direttore Generale n. 743 del 24.12.2022, tenendo conto delle indicazioni regionali contenute nelle D.G.R. n. 1818 del 12/12/2022, è stata disposta l'assunzione a tempo indeterminato, con decorrenza dal 1 gennaio 2023, delle seguenti figure professionali:

- Personale in possesso dei requisiti per la stabilizzazione di cui all'art. 20, comma 1, lett. a), b), c) e comma 11 e 11-bis, D.Lgs. n. 75/2017 e s.m.i.:

n. 1 Dirigente Amministrativo
n. 3 CPS – Infermiere (cat. D).

- Personale in possesso dei requisiti per la stabilizzazione di cui all'art. 1, comma 268, lett. b), Legge 30 dicembre 2021, n. 234:

n. 1 Dirigente Medico, disciplina Oncologia
n. 1 Dirigente Psicologo, disciplina Psicoterapia
n. 11 CPS – Infermiere (cat. D).

Le stabilizzazioni di personale per coloro che matureranno i requisiti nel corso degli anni 2023-2024, ai sensi della sopracitata normativa, saranno effettuate in coerenza con il PTFP 2021-2023, in corso di approvazione da parte della Giunta regionale, e tenendo conto delle ulteriori indicazioni che saranno fornite dalla Regione Puglia per l'adozione del PTFP 2022-2024.

3.c.4. Il fabbisogno formativo

Trovano adeguata collocazione strategica nel PIAO, come ovvio, le strategie formative delle risorse umane. La formazione continua è difatti volta a migliorare il livello di qualificazione e di sviluppo professionale dei lavoratori, assicurando capacità competitiva e dunque adattabilità ai cambiamenti tecnologici ed organizzativi.

In particolare, la formazione continua del personale sanitario risponde al fondamentale obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale e, pertanto, la partecipazione degli operatori alle qualificate iniziative di formazione previste dall'articolo 16-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e ss.mm.ii., è finalizzata a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali, e ad adeguare i comportamenti al progresso scientifico e tecnologico.

Alle attività formative, mediante la Deliberazione del Commissario Straordinario n. 748 del 30.12.2022, relativa al "Bilancio Pluriennale di Previsione 2023-2025 - Bilancio Preventivo Economico Annuale 2023", sono state ufficialmente allocate le risorse di cui alla voce 3) Acquisti di servizi non sanitari, lettera c) "Formazione" pari ad € 161.000,00, da imputare al conto economic0 71210000005 costi da privato

I costi per la formazione dei dipendenti sono stati determinati nella misura del 50% della spesa sostenuta nell'anno 2009 ai sensi dell'articolo 6, comma 13, del Decreto Legge n. 31 maggio 2010, n. 78 (€ 121.891) incrementati delle spese per corsi obbligatori ai sensi del Decreto



Legislativo n. 81/2008 in materia di sicurezza sul lavoro e di formazione necessaria a corrispondere specifici obblighi normativi (€ 39.109).

Non ricade naturalmente in tale attività formativa quella per Ricerca Corrente, pari ad € 100.000,00 stanziata nell'apposita voce di bilancio.

Naturalmente l'impianto complessivo del Piano di Formazione, approvato per l'anno 2022 con Deliberazione n. 72 del 31 marzo 2022, è rispondente alla disciplina de:

- i vigenti contratti collettivi nazionali di lavoro del personale dirigente dell'Area Sanità, della Dirigenza dei ruoli Professionale, Tecnico ed Amministrativo, nonché dell'Area del Comparto del Servizio Sanitario Nazionale, disciplinano la formazione e l'aggiornamento dei dipendenti;
- gli Accordi Stato-Regioni in materia di educazione continua del 2007 e del 2009 in cui sono state delineate le nuove regole per il sistema di accreditamento della formazione continua e definiti i requisiti minimi richiesti per l'accreditamento dei Provider, cioè dei soggetti che sono abilitati ad erogare formazione ai fini ECM individuando e attribuendo direttamente i crediti ai partecipanti;

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza individua nelle persone, prima ancora che nelle tecnologie, il motore del cambiamento e dell'innovazione nella Pubblica amministrazione. Lo sviluppo delle competenze dei dipendenti pubblici rappresenta, insieme al reclutamento, alla semplificazione e alla digitalizzazione, una delle principali direttrici dell'impianto riformatore avviato con il decreto-legge 80/2021. Le transizioni amministrativa, digitale ed ecologica sono possibili soltanto attraverso un grande investimento sul capitale umano. La valenza della formazione è duplice: rafforza le competenze individuali dei singoli, in linea con gli standard europei e internazionali, e potenzia strutturalmente la capacità amministrativa, con l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi a cittadini e imprese.

Sono previste attività formative obbligatorie per tutto il personale nei seguenti tre ambiti strategici:

- Sicurezza sul lavoro ai sensi del D.Lgs. 81/2008;
- Anticorruzione e Trasparenza ai sensi della Legge n. 190/2012;
- Alfabetizzazione e sicurezza informatica ai sensi dell'Art. 13 del Codice dell'Amministrazione Digitale.

Tra le strategie di formazione di tutto il personale dell'Istituto, per ogni ruolo e grado, si punta principalmente sulla formazione digitale e l'asserto: "la formazione aziendale e la trasformazione digitale vanno a braccetto" è il paradigma cui l'Istituto intende ispirarsi.

Il nostro Istituto ha già iniziato a mettere in atto processi di trasformazione digitale ovvero modelli organizzativi, pertanto la formazione digitale deve essere effettuata in termini di riqualificazione o potenziamento delle competenza suddivise per livello e per area professionale assegnata.



E' in fase di implementazione una piattaforma digitale dell'Istituto per la Formazione, la quale integrata a quella di gestione del Personale consentirà:

- gestire l'anagrafica dei corsi e dei discenti/docenti, con le funzionalità di iscrizione e di accettazione dei ruoli;
- gestire e pianificare i corsi ed i relativi calendari potendo altresì programmare ogni attività attraverso i principali canali di comunicazione e tecnologie correlate: webinar, FAD, blended e lezione in aula;
- gestire il calendario corsi con notifiche push integrate ai principali calendari in cloud
- consultare un catalogo corsi e scegliere il percorso da inserire nel programma formativo
- caricare contenuti multimediali relativi ad un corso
- certificare la presenza dei discenti ai corsi in vari scenari
- garantire la sicurezza sugli accessi con uno strong authentication o two factor authentication
- gestire la componente amministrativa e contabile dai progetti emanati da enti di formazione
- garantire la FAD con gestione open dei contenuti multi piattaforma;
- gestione della piattaforma anche con App

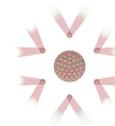
La piattaforma consentirà altresì la registrazione delle formazioni fruite da parte del personale dipendente ai fini della trasparenza e documentazione della formazione acquisita da parte dei dipendenti.

Nel corso del 2023 l'Istituto punta ad erogare una formazione digitale di base diffusa a tutti i dipendenti per omogeneizzare il più possibile i livelli di digital capability degli stessi e garantire l'introduzione sicura ed efficiente delle soluzioni digitali di workflow documentali, dematerializzazione delle informazioni e dei loro flussi sia amministrativi che clinici.

La formazione digitale è fondamentale per il rispetto del GDPR e per incrementare la produttività per addetto dell'assistenza, tramite corsi e-learning e di prove pratiche in modo che i dipendenti acquisiscano le *digital skills* e tutte le altre competenze in grado di aiutare un'organizzazione aziendale a crescere e progredire.

E' prevista anche formazione specifica per

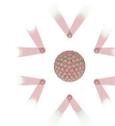
- il personale amministrativo che usa le diverse piattaforme come il Protocollo istituzionale, il MOSS (Sistema Informativo per il monitoraggio della spesa del Servizio Sanitario Regionale) per ordini e liquidazioni, Praxi per la digitalizzazione delle delibere di autorizzazione e determine di liquidazione, per la Gestione Appalti, la formazione sulla Privacy, Anticorruzione e Trasparenza
- i diversi software relativi al Fascicolo Sanitario Elettronico e alla Cartella Clinica Elettronica, LIS, necessari in Istituto, che rispondono alle esigenze specifiche delle diverse professioni



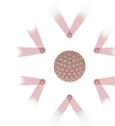
sanitarie, con la condivisione delle informazioni, elimina la necessità di doppie trascrizioni, ad esempio nella gestione dei prelievi, e riduce il carico di lavoro. Consente di analizzare eventi avversi e near miss, gestire in modo completo e accurato ogni fase del processo di cura, dall'accettazione alla dimissione, compresa la gestione dell'order entry e la pianificazione e registrazione delle attività.

Sono previsti anche i seguenti corsi inseriti nel Piano Formativo Aziendale:

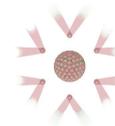
S.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	Corso di Formazione pratico di "Informatica e digitalizzazione nella PA"		Acquisizione conoscenze tecniche delle principali piattaforme Sicurezza informatica	IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Per tutti i dipendenti
S.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	Progetto formativo Hospitality - Umanizzazione delle cure - Il coinvolgimento emotivo - La gestione dell'aggressività e della rabbia - Modalità di gestione dello stress	Dott.ssa Antonia Pece Servizio di Psicologia Oncologica e Musicoterapia	Progetto formativo sull'accoglienza Receptionist, Punti informativi, Personale accoglienza Sorveglianza, URP, CUP e Ticket, Assistenti Sociali, Personale Ufficio Cartelle Cliniche	IRCCS - ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI 4 incontri di 3 ore ciascuno Gruppi di massimo 12 operatori
S.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	Corso di Formazione in Istituto per la "Corretta Gestione dell'armadio Farmaceutico e di Stupefacenti" <u>Riferimenti</u> DPR 300/90, DM 15.02.1996, Decreto 3 agosto 2001, D.L. 1 marzo 2018 n.21, D.L. 1 marzo 2018, D.M. 29 dicembre 2020		Progetto obbligatorio per Coordinatori Infermieristici e Direttori/Responsabili delle UU.OO.	IRCCS -ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI 5 ORE 30 DISCENTI
S.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	Corso in "Materia di Protezione dei Dati Personali e Privacy nella Sanità"		Formazione obbligatoria	IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Tutte le professioni
S.S.D.	Corso in		Formazione obbligatoria	IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI



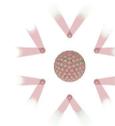
CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	<i>"Anticorruzione e Trasparenza"</i>			Tutte le professioni
S.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	Formazione su Tecniche relazionali e strategie per le politiche di sviluppo e qualificazione del personale dipendente Dirigenziale e di comparto secondo le previsioni CC.CC.NN.LL.			IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Tutte le professioni
S.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	Responsabilità del Medico e della Struttura Sanitaria alla luce della Legge Gelli			IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Tutte le professioni
S.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	Corso RISCHIO LEGIONELLA in conformità a quanto previsto dagli Artt. 36 e 37 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.	Convenzione Consip Consilia CFO S.R.L.	Formazione Obbligatoria	IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Tutte le professioni
S.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	Corso di Formazione Obbligatorio <i>"Sicurezza e Prevenzione sui posti di lavoro"</i> ai sensi del D.lgs. 81/2008"	Convenzione Consip Consilia CFO S.R.L.	Formazione Generale	IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Amministrativi + Sanitari 2 Edizioni
S.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	Corso di Formazione Obbligatorio <i>"Sicurezza e Prevenzione sui posti di lavoro"</i> ai sensi del D.lgs. 81/2008"	Convenzione Consip Consilia CFO S.R.L.	Formazione Specifica Rischio Alto ex novo	IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Sanitari 4 Edizioni
S.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	Corso di Formazione Obbligatorio <i>"Sicurezza e Prevenzione sui posti di lavoro"</i> ai sensi del D.lgs. 81/2008"	Convenzione Consip Consilia CFO S.R.L.	Formazione lavoratori Aggiornamenti	IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI



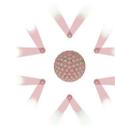
				Sanitari 9 Edizioni
S.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	Corso di Formazione Obbligatorio <i>"Sicurezza e Prevenzione sui posti di lavoro"</i> ai sensi del D.lgs. 81/2008"	Convenzione Consip Consilia CFO S.R.L.	Formazione lavoratori Aggiornamenti	IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Amministrativi 3 Edizioni
S.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	Corso di Formazione Obbligatorio <i>"Sicurezza e Prevenzione sui posti di lavoro"</i> ai sensi del D.lgs. 81/2008"	Convenzione Consip Consilia CFO S.R.L.	Formazione Preposti ex novo	IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Sanitari 1 Edizioni
S.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	Corso di Formazione Obbligatorio <i>"Sicurezza e Prevenzione sui posti di lavoro"</i> ai sensi del D.lgs. 81/2008"	Convenzione Consip Consilia CFO S.R.L.	Formazione Aggiornamenti Preposti	IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Sanitari 1 Edizioni
S.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	Corso di Formazione Obbligatorio <i>"Sicurezza e Prevenzione sui posti di lavoro"</i> ai sensi del D.lgs. 81/2008"	Convenzione Consip Consilia CFO S.R.L.	Formazione Dirigenti ex novo	IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Sanitari Edizioni
S.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	Corso di Formazione Obbligatorio <i>"Sicurezza e Prevenzione sui posti di lavoro"</i> ai sensi del D.lgs. 81/2008"	Convenzione Consip Consilia CFO S.R.L.	Formazione Aggiornamenti Dirigenti	IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Sanitari 1 Edizioni



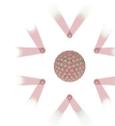
S.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	Corso di Formazione Obbligatorio <i>Aggiornamento antincendio</i>	Convenzione Consip Consilia CFO S.R.L.	Formazione Aggiornamenti antincendio (Rischio Medio)	IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Sanitari 4 Edizioni
S.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	Corso <i>Prove di evacuazione nell'emergenza</i>	Convenzione Consip Consilia CFO S.R.L.		IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Tutte le Professioni
S.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	Corso BLS-D per Operatori Sanitari (Basic life support- defibrillation)			IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Tutte le Professioni
S.S.D. GINECOLOGIA ONCOLOGICA CLINICIZZATA	Evento <i>"PRESERVAZIONE DELLA FERTILITA' IN ONCOLOGIA"</i>	Resp. Scient. Dott.ssa Erica Silvestris		IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Oncologi Medici, Urologi ed Ematologi
S.S.D. GINECOLOGIA ONCOLOGICA CLINICIZZATA	Evento <i>"MANAGEMENT PERIOPERATORIO IN GINECOLOGIA ONCOLOGICA"</i>	Resp. Scient. Dott.ssa Anila Kardhashi Dott. Ambrogio Cazzola		IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Personale del comparto ospedaliero (infermieri, OSS, Ausiliari)
S.C. Anestesia Rianimazione e TIPO	Corso di Formazione ECM <i>per Impiantatore PiCC e PiCC- PORT</i>	Direttore Dott. Giuseppe Carravetta Referente Dott.ssa Domenica Garofalo	Addestramento ad eseguire impianti di PiCC seguendo le linee guida correnti Acquisizione competenze tecnico- professionali Medici (tutte le specializzazioni)	IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI 4 giorni 24 ore di teorie 9 ore di pratica



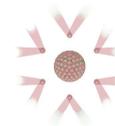
			Infermieri professionali	12 partecipanti
S.S.D. Radiodiagnostica Senologica	Corso <i>"Puglia per il seno 2022"</i>	Dott. Pietro Monno Dott.ssa Rosalba Dentamaro	Cura del tumore mammario, Breast Unit, PDTA del paziente	IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Convegno Medici Breast Unit, Fisici sanitari, TSRM, Medici di Medicina Generale, Genetisti, Psicologi 150 partecipanti
S.S.D. Oncologia Medica per la Patologia Toracica	Evento Formativo <i>"Per-correndo insieme : il carcinoma polmonare"</i>	Dott. Domenico Galetta Dott.ssa Giacomina Ungaro Dott.ssa Daniela De Marzo	La Patologia Toracica	IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Medici e Infermieri
AMBULATORI DI ONCOLOGIA MEDICA E ONCOLOGIA MEDICA PER LA PATOLOGIA TORACICA	Evento Formativo <i>"Supporto infermieristico nella cessazione al fumo"</i>	Dott. Domenico Galetta CPSI Dott.ssa Graziana De Bene CPSI Dott.ssa Rossella Erriquez CPSI Dott.ssa Calabrese Angela	Il Tabagismo	IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Medici e Infermieri
AMBULATORI DI ONCOLOGIA MEDICA	Evento formativo <i>"Qualità e criticità delle oncologie delle ROP"</i>	Dott. Vito Lorusso Dott.ssa Daniela De Marzo		IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Medici e Infermieri
AMBULATORI DI ONCOLOGIA MEDICA	Evento formativo <i>"Quanto incide l'assenza dei parenti nel processo di cura e fine vita in un paziente oncologico"</i>	Dott. Vito Lorusso Dott. D'Alò Dott.ssa Sergio Dott.ssa Cormio		IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Medici e Infermieri



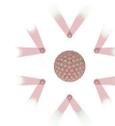
AMBULATORI DI ONCOLOGIA MEDICA E ONCOLOGIA	Progetto formativo <i>"Percorso e presa in carico del paziente oncologico dall'ambulatorio al reparto di degenza "l'anello di congiunzione" "</i>	Dott.ssa Ungaro Dott.ssa De Marzo Dott. Morea Dott.ssa Pasqualicchio Dott. De Pinto		IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Medici e Infermieri
AMBULATORI DI ONCOLOGIA MEDICA	Progetto formativo <i>"L'OSS e la presa in carico del paziente all'interno dell'U.O. di Oncologia Medica attraverso l'utilizzo di strumenti operativi, "Scheda delle attività" "</i>	Dott.ssa Daniela De Marzo OSS Marianna Nichilo		IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Infermieri
SERVIZIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE	Evento Formativo <i>"Gestione delle Emergenze Intraospedaliere"</i>	Dott.ssa Anna Colantoni Dott.ssa Maria Anna Sivo	I sistema di emergenza intraospedaliere è integrato con il sistema delle patologie cosiddette "tempo dipendenti", termine con il quale si identificano tutte quelle patologie in cui, al verificarsi dell'evento acuto, il fattore tempo costituisce un elemento determinante per la qualità e l'esito delle cure	IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Personale sanitario afferente al Comparto 350 partecipanti
SERVIZIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE	Evento Formativo <i>"Lavaggio delle mani e corretto uso dei guanti"</i>	Dott.ssa Anna Colantoni Dott.ssa Mariana Miano	L'uso dei guanti non sostituisce il lavaggio delle mani. Il lavaggio delle mani rappresenta da solo il mezzo più importante ed efficace per prevenire la trasmissione delle infezioni e di conseguenza diventa, anche, la misura di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza più efficace e importante.	IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Personale sanitario afferente al Comparto 350 partecipanti
S.S.D. DIAGNOSTICA MOLECOLARE E FARMACOGENETICA	Evento formativo <i>"Il Molecular Tumor Board: dalle istituzioni alle Regioni"</i>	Dott.ssa Stefania Tommasi Dott.ssa Simona De Summa,		IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI 100 partecipanti



		Dott.ssa Rosanna Lacalamita, Dott.ssa Brunella Pilato		(Medico, Biologo, tecnico di laboratorio biomedico, farmacista, psicologo)
S.S.D. AMBULATORIO DON TONINO BELLO S.S.D. MELANOMI E TUMORI RARI	Eventi formativi <i>"Aspetti assistenziali nella gestione del paziente in relazione alla patologia Oncologica"</i> <i>"Aspetti organizzativi finalizzati ad ottimizzare la conoscenza dei protocolli, procedure e linee guida"</i> <i>"Study Coordinator: organizzazione e gestione delle sperimentazioni cliniche"</i> <i>"La Lean negli accessi venosi"</i> <i>"Study Nurse: gestione del paziente sottoposto a terapie sperimentali"</i>	Dott. Cataldo Petrarota		IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Infermieri 20/30 partecipanti
S.S.D. MELANOMA E TUMORI RARI	ECM TEAM MULTIDISCIPLINARE "MELANOMA E TUMORI RARI" Gennaio – Dicembre Anno 2023	Dott. Michele Guida		IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Medici, infermieri 25 partecipanti
S.C. ONCOLOGIA MEDICA	ECM TEAM MULTIDISCIPLINARE "BREAST UNIT" Gennaio – Dicembre Anno 2023	Dott. Francesco Giotta Dott.ssa Lucia Rinaldi		IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Tutte le Professioni



				50 partecipanti
S.C. ONCOLOGIA MEDICA	<p>Eventi formativi</p> <p><i>"Medicina di genere in ambito oncologico: Percorsi Clinici di Prevenzione, Diagnosi, Cura e Riabilitazione"</i></p> <p><i>"Gestione del rischio clinico: analisi di protocolli e procedure aziendali contestualizzate alla Breast Unit"</i></p> <p><i>"Dal "curare" al "prendersi cura": la relazione terapeutica e la comunicazione medico-paziente"</i></p>	Dott. Francesco Giotta		<p>IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI</p> <p>Tutte le Professioni</p>
S.C. EMATOLOGIA	<p>ECM TEAM MULTIDISCIPLINARE PER LE DISCRASIE PLASMACELLULARE</p> <p>Gennaio – Dicembre</p> <p>Anno 2023</p>	<p>Dott. Attilio Guarini</p> <p>Dott. Bernardo Rossini</p>		<p>IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI</p> <p>Medici, Infermieri, Biologi</p> <p>25 partecipanti</p>
S.S.D. ONCOLOGIA MEDICA PATOLOGIA TORACICA	<p>ECM TEAM ONCOLOGIA POLMONARE</p> <p>ANNO 2023</p>	Dott. Domenico Galetta	<p>Analisi e discussione casi clinici, aggiornamenti bibliografici, discussione dei trials clinici profit e no-profit</p>	<p>IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI</p> <p>Tutte le Professioni</p>
	<p>Evento Formativo</p> <p><i>"L'importanza del supporto psicologico all'accoglienza del paziente inserito nei setting onco-ematologici"</i></p>	<p>Dott. Attilio Guarini</p> <p>Dott. Giuseppe Carravetta</p> <p>Dott. Giuseppe Ottaviani</p>		<p>IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI</p>

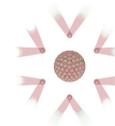


		Dott. Rocco Teo Vertone		Medici, Infermieri, Operatori socio- sanitari 100
	Evento Formativo <i>"Best Nursing Practices per il controllo delle infezioni nel PDTA del paziente onco-ematologico in unità sterile di trapianto e del paziente in terapia intensiva"</i>	Dott. Attilio Guarini Dott. Giuseppe Carravetta Dott. Giuseppe Ottaviani Dott. Rocco Teo Vertone		IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Infermieri, Operatori socio-sanitari 60
S.C. EMATOLOGIA	Evento Formativo <i>"Il ruolo dell'operatore sanitario nell'educazione terapeutica alla dimissione del paziente oncologico"</i>	Dott. Attilio Guarini Dott. Giuseppe Carravetta Dott. Giuseppe Ottaviani Dott. Rocco Teo Vertone		IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Medici, Infermieri, Operatori socio- sanitari 100
	Evento Formativo <i>"L'importanza della ricerca infermieristica nella pratica clinica"</i>	Dott. Attilio Guarini Dott. Giuseppe Carravetta Dott. Giuseppe Ottaviani Dott. Rocco Teo Vertone		IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Infermieri 60

La formazione all'interno dell'Istituto viene effettuata utilizzando le risorse interne/esterne quali dipendenti Medici e Infermieri e altre professioni sanitarie, per espletare corsi di formazione.

Per specifici ambiti formativi (contabili-amministrativi) non potendo l'Istituto contare su risorse interne si rende necessario l'attivazione di opportune gare d'appalto per l'individuazione di società di formazione esterne.

L'incentivazione alla formazione del personale dipendente dell'Istituto è regolamentato dal "Regolamento Aziendale per la formazione e l'Aggiornamento professionale del personale dipendente" come da Delibera n. 392 del 13 agosto 2021.



3.c.5. Il Piano delle Azioni Positive

Nel 2006, L'art. 48 del d.lgs. n. 198 definiva il "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna", prescrivendo alle amministrazioni pubbliche di predisporre Piani triennali di azioni positive "tendenti alla rimozione degli ostacoli che impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità nel lavoro tra uomini e donne".

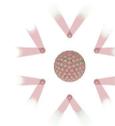
È però nel 2021 che mediante l'art. 57 del D.Lgs. n. 165/2001, come stabilito dall'art. 21 della Legge n. 183/2010, il Legislatore prevede la costituzione nell'ambito delle Pubbliche Amministrazioni del "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni".

Il principio delle pari opportunità viene inoltre richiamato nel decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, che riconosce la rilevanza del principio delle pari opportunità quale ambito di misurazione e valutazione della performance organizzativa delle amministrazioni pubbliche.

Infine la Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del n. 2 del 2019 ad oggetto "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle Amministrazioni Pubbliche", che dispone che il Piano triennale di azioni positive, "tendenti alla rimozione degli ostacoli che impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità nel lavoro", in ragione del collegamento con il ciclo della performance, debba essere aggiornato ogni anno, anche come allegato al Piano della performance.

L'attuale situazione in termini di bilancio di genere vede la seguente allocazione del personale:

Ruoli – Qualifiche del personale dipendente	Uomini	Donne	Percentuale Donne
RUOLO AMMINISTRATIVO	27	39	59%
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	11	14	
COADIUTORE AMMINISTRATIVO	3	5	
COADIUTORE AMMINISTRATIVO ESPERTO	1		
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE	10	15	
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE ESPERTO		1	
COMMESSE		2	
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	2	2	
RUOLO PROFESSIONALE	2	2	50%
COLLABORATORE PROFESSIONALE SPECIALISTA NEI RAPPORTI CON I MEDIA		1	
DIRIGENTE AVVOCATO		1	
DIRIGENTE INGEGNERE	2		
RUOLO SANITARIO	197	369	65%
COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - ASSISTENTE SANITARIO -	1	1	
COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - FISIOTERAPISTA -	1		



COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	71	207	
COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - TECNICO DI LABORATORIO BIOMEDICO -	7	45	
COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - TECNICO DI RADIOLOGIA MEDICA -	19	16	
COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO ESPERTO - INFERMIERE		3	
DIRETTORE FARMACISTA		1	
DIRETTORE MEDICO	10		
DIRIG. PROFESS. SANIT. INFERM. TEC. RIABILIL. DELLA PREVENZ. PROF. OSTETRICHE	1	1	
DIRIGENTE BIOLOGO	4	6	
DIRIGENTE FARMACISTA		5	
DIRIGENTE FISICO	3	1	
DIRIGENTE MEDICO	76	81	
DIRIGENTE PSICOLOGO		1	
INFERMIERE GENERICO 1 ANNO CORSO ESPERTO	4	1	
RUOLO TECNICO	36	50	58%
ASSISTENTE TECNICO		1	
AUSILIARIO SPECIALIZZATO	2	3	
COLLABORATORE PROFESSIONALE ASSISTENTE SOCIALE		1	
COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE	4	2	
OPERATORE SOCIO SANITARIO	21	42	
OPERATORE TECNICO	4	1	
OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO	4		
OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO ESPERTO	1		
Totale complessivo	262	460	64%

La rilevazione effettuata attesta un'ottima ripartizione tra i generi per ciascun ruolo e qualifica. Deve però evidenziarsi che tra la Dirigenza Medica i ruoli apicali (Direttore di struttura complessa) sono appannaggio soltanto di uomini, mentre nella Dirigenza sanitaria non medica – farmacisti la totalità dei dirigenti/direttori è di sesso femminile.

Sotto il profilo della pianificazione delle azioni positive, e di quanto prescritto dalla vigente normativa di cui a:

- l'art. 48 del d.lgs. n. 198 del 2006 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna", prescrive alle amministrazioni pubbliche di predisporre Piani triennali di azioni positive "tendenti alla rimozione degli ostacoli che impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità nel lavoro tra uomini e donne";
- l'art. 21 della Legge 183/2010 stabilisce che "le pubbliche amministrazioni garantiscono parità e pari opportunità tra uomini e donne e l'assenza di ogni forma di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, nell'accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni alla sicurezza sul



lavoro" e che garantiscono altresì "un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo e si impegnano a rilevare, contrastare ed eliminare ogni forma di violenza morale o psichica al proprio interno";

- l'art. 57 del D.Lgs. n. 165/2001, come novellato dall'art. 21 della Legge n. 183/2010, prevede la costituzione nell'ambito delle Pubbliche Amministrazioni del "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" che ha sostituito, unificando le competenze in un solo organismo, i Comitati per le pari opportunità e i Comitati paritetici sul fenomeno del mobbing".

e tenendo debito conto de:

- l'art. 8 del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, riconosce la rilevanza del principio delle pari opportunità quale ambito di misurazione e valutazione della performance organizzativa delle amministrazioni pubbliche;
- la Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del n. 2 del 2019 ad oggetto "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle Amministrazioni Pubbliche", che dispone che il Piano triennale di azioni positive, "tendenti alla rimozione degli ostacoli che impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità nel lavoro", in ragione del collegamento con il ciclo della performance, debba essere aggiornato ogni anno, anche come allegato al Piano della performance;

Stante quanto sopra, con deliberazione del Commissario Straordinario n.427 del 30.08.2021, è stato istituito il Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.) dell'Istituto, successivamente modificato con deliberazione n. 565 del 26.10.2021 e da ultimo con deliberazione n. 728 del 14.12.2021.

Tra i compiti del Comitato Unico di Garanzia rientra quello propositivo, di predisposizione del Piano delle Azioni Positive per favorire l'uguaglianza sostanziale sul lavoro tra uomini e donne.

In coerenza con i compiti ascritti al CUG, questo ha predisposto e trasmesso alla Direzione la proposta di Piano delle Azioni Positive 2022-2024; Tale piano è stato approvato con deliberazione del Direttore Generale n.82 del 4 aprile 2022, considerando il piano stesso come allegato alla citata delibera.

A seguito di trasmissione alla Direzione Strategica dell'Istituto, da parte del suddetto Comitato, della proposta di Piano delle Azioni Positive 2022-2024 per orientare l'azione amministrativa tenendo in debito conto la più ampia prospettiva del benessere organizzativo e sostenendo la realizzazione di iniziative miranti alla valorizzazione di tutto il personale e di prevenzione contro ogni forma di discriminazione sul lavoro, esso è stato adottato con Deliberazione n. 82 del 4 aprile 2022.

Il Piano, sulla base delle informazioni sopra definite, declina le aree di intervento all'interno delle quali sono identificate le azioni, gli obiettivi, gli attori coinvolti e la tempistica prevista per il loro raggiungimento.



3.c.5.1. Obiettivo 1. Pari opportunità

Il primo obiettivo che il piano si pone quello di garantire le pari opportunità; detto obiettivo viene raggiunto attraverso l'implementazione di una serie di azioni specifiche.

La Azione 1 è mirata alla Sensibilizzazione su attività obiettivi e materie di competenza del CUG. Il tempo di attuazione di detta misura consta nel triennio 2022-2023-2024, periodo nel quale vengono condivise con i dipendenti e i cittadini informazioni di dettaglio sul CUG, sulle sue funzioni e sui suoi compiti, nonché sulle attività svolte. Il monitoraggio di questo processo avviene attraverso l'aggiornamento della pagina web dedicata e il numero di corsi di formazione attivati. Le strutture coinvolte saranno Cug, Direzione Amministrativa, SSD Clinical Risk Management e Formazione.

La Azione 2 prevista nel Piano delle azioni positive consta nella prevenzione degli atti di violenza. Nello specifico, l'obiettivo che si pone è quello di ottenere la gestione e il contrasto degli atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari. L'attuazione di detta azione viene monitorata attraverso la redazione del codice di condotta, e la realizzazione di un evento formativo per operatori. Le strutture coinvolte sono: CUG, RSPP, Direzione Sanitaria, SSD Clinical Risk Management e Formazione e SSD Servizio delle Professioni Sanitarie. Il tempo di attuazione delle misure è il triennio 2022-2023-2024.

La Azione 3 consiste nella individuazione di un Responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità, azione che viene svolta ponendosi come obiettivo la promozione dell'individuazione del Responsabile dei Processi di inserimento delle persone con disabilità al fine di favorire e facilitare l'inserimento lavorativo dei dipendenti con disabilità nei diversi contesti di lavoro. Il tempo di attuazione è il biennio 2022-2023, mentre le strutture coinvolte sono SC Area Gestione Risorse Umane, Direzione Amministrativa, Direzione Sanitaria. Il monitoraggio dell'esecuzione è focalizzato sull'avvio e conclusione della procedura per l'individuazione del Responsabile dei Processi di inserimento delle persone con disabilità; sulla revisione degli inserimenti lavorativi già effettuati al fine di individuare le procedure più idonee a facilitare l'inserimento nei diversi contesti di riferimento.

3.c.5.2. Obiettivo 2. Valorizzazione del benessere.

L'Azione 1 consta nella strutturazione del Codice di comportamento, diritti e doveri del dipendente. Questa si attua realizzando l'obiettivo della Conoscenza dettagliata del Codice di Comportamento aziendale, dei diritti e dei doveri del dipendente. Per tale azione il piano prevede un tempo di attuazione coincidente con il triennio 2022-2023-2024, mentre le strutture coinvolte sono: RPCT, SC Area Gestione Risorse Umane, SSD Clinica! Risk Management e Formazione, Direzione Amministrativa e UPD. Il monitoraggio dell'attuazione della presente azione si effettua attraverso la valutazione del numero di giornate di formazione organizzate, numero di dipendenti formati.



L’Azione 2 consiste nella Accoglienza e presentazione per i nuovi dipendenti. Tale azione si pone lo specifico obiettivo di organizzare e gestire le fasi di accoglienza dei nuovi dipendenti attraverso la predisposizione di materiale informativo di presentazione dell’azienda, con informazioni sulla articolazione dei servizi e sui contatti di interesse. Il monitoraggio dell’attuazione dell’azione in oggetto è eseguito attraverso il controllo della predisposizione del materiale informativo, e il numero di opuscoli informativi effettivamente distribuiti. Il tempo di attuazione di questo task è il triennio 2022-2023-2024. Le strutture coinvolte nell’azione sono SC Area Gestione Risorse Umane, SSD Clinical Risk Management e Formazione, SSD Servizio delle Professioni Sanitarie, SC Struttura Burocratico Legale, Privacy e Affari Generali.

L’Azione 3 associata alla “valorizzazione del benessere” consta nella promozione della salute dei dipendenti. Nel merito, l’obiettivo da perseguire è il potenziamento dei percorsi di accesso semplificato a prestazioni diagnostico-terapeutiche e screening. Il tempo associato alla realizzazione di tale azione è il triennio 2022-2023-2024. Il monitoraggio del processo è eseguito attraverso gli accessi e il numero di visite. Le strutture coinvolte nell’azione sono i Servizi diagnostici e la Direzione Sanitaria.

L’Azione 4 consta nel supporto psicologico ai dipendenti. Tale azione si pone l’obiettivo di sostenere e assistere psicologicamente i dipendenti e aiutarli a trovare soluzioni adattative che li mettano in grado di gestire il proprio ruolo e le relazioni con l’ambiente, sia nell’ambito professionale che in quello privato. Il tempo di attuazione di questo processo è il triennio 2022-2023-2024. Le strutture coinvolte nell’Azione in oggetto sono Cug, Medico Competente, RSPP, Psicologia clinica e Direzione Sanitaria. Il monitoraggio è effettuato attraverso l’avvio dello “sportello di ascolto”.

L’Azione 5 è invece orientata alla conciliazione dei tempi vita/lavoro, ponendosi come obiettivo la riattivazione dell’asilo nido aziendale per garantire un equilibrio tra il tempo di vita e di lavoro dei dipendenti. Il periodo di attuazione è triennale (2022-2023-2024), mentre le strutture coinvolte nella realizzazione del processo sono SSD Patrimonio, SC Area Tecnica e Servizi Informatici. Il monitoraggio viene effettuato attraverso la attivazione di una convenzione con scuole dell’infanzia per la gestione del servizio.

3.c.5.3. Obiettivo 3. Contrasto alle discriminazioni e molestie sul lavoro.

L’Azione 1 consiste nello Sviluppo di una cultura lavorativa fondata sul rispetto; in parte l’azione consiste nel training del personale su prevenzione delle molestie e forme di prevaricazione. L’obiettivo che si intende raggiungere è quello di effettuare formazione e aggiornamento del personale, compreso quello con qualifica dirigenziale, affinché contribuisca allo sviluppo della cultura di genere, attraverso la promozione di stili di comportamento rispettosi del principio di parità di trattamento e la diffusione della conoscenza della normativa in materia di pari opportunità, inserendo appositi moduli in tutti i programmi formativi (art. 7 comma 4 del d.lgs n.165/2001) e collegandoli, se possibile, all’adempimento degli obblighi in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro. Il Tempo di attuazione è il triennio 2022-2023-



2024 e le strutture coinvolte sono: Medico Competente, SSD Clinical Risk Management e Formazione, Direzione Amministrativa, Direzione Sanitaria, SC Struttura Burocratico Legale, Privacy e Affari Generali. Infine il monitoraggio del task è eseguito attraverso il numero di dipendenti formati e aggiornati sulla normativa.

L'Azione 2 individuata dal CUG consiste nello sviluppo di una cultura lavorativa fondata sulla valorizzazione delle differenze; tale azione viene svolta ponendosi l'obiettivo di promuovere la predisposizione di bilanci di genere, al fine di poter allocare le risorse sui servizi in funzione delle diverse esigenze degli uomini e delle donne e contribuire così a ridurre le diseguaglianze di genere attraverso una più equa distribuzione delle risorse finanziarie. Il tempo di attuazione è il triennio 2022-2023-2024; l'azione considera coinvolge le seguenti strutture: Gestione Risorse Finanziarie, CUG, SSD Controllo di Gestione, Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, Direzione Amministrativa, Direzione Sanitaria. Il monitoraggio di tale azione si effettua attraverso la redazione del Bilancio di genere con particolare riferimento alla figura della ricercatrice.

L'Azione 3 e il suo obiettivo consistono nell'istituzione della figura del Consigliere di Fiducia. Il tempo di attuazione è il triennio 2022-2023-2024. Le strutture coinvolte in questo task sono Cug, SC Area Gestione Risorse Umane, Direzione Amministrativa. Infine il monitoraggio della effettiva esecuzione di tale azione viene eseguito attraverso l'analisi delle procedure amministrative avviate e la presenza e attività del Consigliere di Fiducia.

4. Sezione Monitoraggio

Il monitoraggio del PIAO verrà effettuato con cadenza trimestrale per ciascuna delle sue componenti:

- Valore Pubblico e Performance;
- Trasparenza ed anticorruzione;
- Piano della azioni positive,

in quanto ciascuna di esse è dotata della descrizione degli indicatori e dei target di misurazione.

Le misurazioni, coordinate dal Controllo di Gestione, con la collaborazione del Gruppo di Lavoro del Piano Integrato delle Attività e dell'Organizzazione saranno reperite:

- laddove si tratti di parametri misurabili, attraverso i sistemi informativi regionali/aziendali di riferimento;
- laddove di tipo qualitativo, attraverso audit effettuati presso le strutture responsabili delle attività previste dal PIAO.

Gli esiti delle misurazioni verranno sottoposti alla Direzione Strategica con cadenza trimestrale.



4.a. Sottosezione Monitoraggio Valore Pubblico

Con riferimento al Valore Pubblico, gli esiti della strategia verranno verificati rispetto ai benchmark di salute riconosciuti a livello nazionale quali il Piano Nazionale Esiti ed il Sistema di rilevazione del MES -Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, mentre a livello regionale la "compliance" rispetto agli obiettivi strategici assegnati verrà verificata sulla base dell'andamento degli indicatori del Direzionale Regionale Edotto.

Per quanto attiene al Piano di Rilancio indicato nel presente documento e Piano della Formazione, la rilevazione dello stato di avanzamento delle rispettive verranno condotte mediante audit eseguito presso il Direttore del Dipartimento della Gestione ed il Dirigente Responsabile della SSD Risk Management e Formazione da parte del Dirigente Responsabile del Controllo di Gestione con la prevista Cadenza Trimestrale.

I report trimestrali verranno inviati alla Direzione Strategica per l'eventuale introduzione di azioni correttive, rimodulazione degli obiettivi ecc.

I report saranno condivisi con le strutture interessate dalle attività e potranno essere oggetto di commenti, modifiche e richieste di revisione che verranno indirizzate al Controllo di Gestione ed alla Direzione Strategica per le decisioni.

4.b. Sottosezione Monitoraggio Performance

Il monitoraggio della Performance verrà eseguito in conformità alle previsioni degli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 con la misurazione, a seguito della definizione, secondo il processo di budgeting, per ogni struttura complessa o semplice a valenza dipartimentale, della matrice di declinazione degli obiettivi specifici in obiettivi operativi, oggettivamente ricadenti nell'ambito di responsabilità "controllabile" del Dirigente di struttura, con indicazione delle fonti informative, degli indicatori, dei valori "target" per il conseguimento completo o parziale dell'obiettivo, dei responsabili del monitoraggio e della percentuale della performance complessiva attribuita.

4.c. Sottosezione Monitoraggio Trasparenza ed Anticorruzione

Per quanto attiene alla Sottosezione Anticorruzione e Trasparenza corrispondente al pregresso Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza il monitoraggio viene condotto secondo le specifiche Linee Guida ANAC, comprendendo la sequenza di attività di:

- pianificazione: esplicitando gli oggetti del monitoraggio, i soggetti coinvolti, gli strumenti operativi da utilizzare e i tempi di realizzazione;
- raccolta e analisi delle informazioni: da attuarsi mediante la rilevazione e la presa in esame delle informazioni rilevanti rispetto a ciascun oggetto del monitoraggio;
- registrazione dei risultati ed elaborazione di una risposta: che consiste nella definizione di strumenti di reporting atti a garantire la tracciabilità delle informazioni e a supportare il



processo decisionale. A tal fine, particolare rilevanza assume la definizione dell'oggetto del monitoraggio.

Il piano di monitoraggio della strategia pianificata e implementata ha ad oggetto tre ambiti specifici:

- l'attuazione del ciclo di gestione del rischio di corruzione;
- l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione;
- l'efficacia del PTPCT e delle misure.

Il primo ambito viene monitorato con cadenza annuale attraverso un'attività di verifica sullo stato di attuazione, avanzamento e aggiornamento delle operazioni di mappatura dei processi, identificazione degli eventi rischiosi, valutazione del rischio e progettazione delle misure di risposta, nell'ottica del miglioramento progressivo e continuo.

Esso coincide con le tempistiche di redazione dell'aggiornamento del PTPCT e coinvolge tutti i soggetti che precedentemente hanno preso parte al processo di gestione del rischio e pertanto: il RPCT in qualità di coordinatore, i dirigenti e i responsabili dei servizi/uffici e gli eventuali referenti dei processi sottoposti ad analisi in qualità di soggetti che forniscono le informazioni necessarie per il compimento dell'attività. Dal punto di vista operativo il monitoraggio viene operato attraverso una nota iniziale del RPCT rivolta a tutti i soggetti che hanno preso parte al processo con l'invito a collaborare e a fornire le informazioni richieste.

Delle operazioni di inserimento/aggiornamento dei processi a rischio, effettuate dalle strutture coinvolte nella gestione del rischio viene garantita la visibilità e tracciabilità, oltre all'accompagnamento di una relazione che esplicita e contestualizza le revisioni apportate.

Il secondo ambito di monitoraggio è quello dell'attuazione delle misure ed ha la finalità di assicurare che quanto programmato nel PTPC sia implementato in maniera corretta e nei tempi stabiliti.

A tal fine, come evidente nella sottosezione dedicata all'Anticorruzione e Trasparenza, già in fase di programmazione delle misure, sono stati identificati gli indicatori attraverso i quali vengono realizzate le attività.

La valutazione dello stato di attuazione delle misure viene effettuata con audit trimestrali sintetici relativi all'attuazione delle Misure Generali e Misure Specifiche condotti da parte del Dirigente Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza presso i Dirigenti Responsabili dell'attuazione della Misura e relazionando complessivamente alla Direzione Strategica al riguardo.

Infine, il monitoraggio dell'efficacia del PTPCT e delle misure adottate attraverso il confronto con gli indicatori di risultato delle misure introdotte dal Piano, viene condotto con i medesimi strumenti di aggiornamento della mappatura dei processi andando a chiedere contestualmente e con i medesimi strumenti (nota di richiesta/moduli di rilevazione), a tutti gli interlocutori, in tempo utile per l'aggiornamento del PTPCT nonché ogni qualvolta si rilevino criticità – attraverso segnalazioni interne o esterne – o si rendi manifesta l'inefficacia di talune



misure, un aggiornamento sugli eventi sentinella della emersione/persistenza di rischi o di ostacoli alla trasparenza. La tempistica di aggiornamento deve essere congrua con quella di aggiornamento del Piano.

4.d. Sottosezione Monitoraggio del Piano delle Azioni Positive

Tale monitoraggio viene effettuato su base triennale dall'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV) di cui all'articolo 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150.

L'OIV stabilisce indipendentemente rispetto agli obiettivi stabiliti dal Piano Triennale la metodologia di valutazione dei livelli di attuazione degli obiettivi individuati dal CUG.