



ASL BT

PugliaSalute

PIANO INTEGRATO ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE PIAO AZIENDA SANITARIA LOCALE BT Anni 2023 – 2025

*ai sensi art. 6 del Decreto Legge n. 80/2021, convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113
approvato con deliberazione n. 211 del 30/01/2023)*



REGIONE
PUGLIA

Indice

Sezione 1 - Scheda anagrafica dell'amministrazione	5
Sezione 2 - Valore Pubblico, Performance, Anticorruzione	7
Sottosezione 2.1 - Valore Pubblico	7
* Valore Pubblico	7
* Piano Azioni Positive	12
* Accessibilità digitale	16
* Le procedure da re-ingegnerizzare	20
Sottosezione 2.2 - Performance	22
* Contenuti	23
* Principi di redazione	24
* La ASL BT in cifre - Dati di attività	37
* Piano nazionale esiti AGENAS	71
* Obiettivi Generali	91
* Dagli Obiettivi Generali agli Obiettivi Specifici	94
* Coerenza del Piano della Performance con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio	96
* Azioni per il miglioramento del Ciclo della Gestione delle Performance	96
* Definizione di Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Applicazione dell'art. 1, comma 8, della L. 190/2012.	97
* Sistema di misurazione e valutazione delle performance	100
* Allegato Performance Organizzativa 2023 - 2025	
Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e Trasparenza	123
* Premessa	123
* Art. 1 Obiettivi strategici	124
* Art. 2 Analisi del Contesto esterno e del Contesto interno	127
* Art. 2.1 Analisi del contesto esterno	127
* Art. 2.2 Analisi del contesto interno	130
* Art. 2.3 Temporanea assenza e periodi vacatio RPCT	133
* Art. 2.4 Processo di elaborazione della Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza	134
* Art. 2.5 O.I.V.	135
* Art. 2.6 Istituzione dell'Ufficio Controllo Strategico e del Servizio Ispettivo Aziendale (SIA)	135
* Art. 2.7 Istituzione del Comitato Unico di Garanzia	136
* Art. 2.8 La Transizione al Digitale	137
* Art. 2.9 Altre figure di rilievo	137
* Art. 2.10 Riorganizzazione aziendale	138
* Art. 3 Mappatura dei processi, valutazione e trattamento del rischio	138
* Art. 4 Misure per prevenire la corruzione	141
* Art. 4.1 MISURE DI CARATTERE GENERALE	141
* Art. 4.2 MISURE DI CARATTERE SPECIALE	155
* Art. 5 Gestore antiriciclaggio	157
* Art. 6 Disciplina delle società partecipate	158
* Art. 7 Collegamento Sezione Performance e Sezione rischi corruttivi e trasparenza	159
* Art. 8 I meccanismi di attuazione e controllo delle decisioni, idonei a prevenire il rischio di corruzione	159
* Art. 9 Monitoraggio delle misure anticorruzione	160
* Art. 10 Gli obblighi di trasparenza	160
* Art. 11 Cronoprogramma. Obiettivo strategico 2023	162
* SEZIONE II- TRASPARENZA E INTEGRITA'	169
* Art. 12 La trasparenza ed integrità della Pubblica amministrazione	169
* Art. 13 I dati e le informazioni: i Dirigenti responsabili della pubblicazione e dell'aggiornamento	169
* Art. 14 Disposizioni finali	171
* ALLEGATO A - REPORT SEMESTRALE ANTICORRUZIONE	
* ALLEGATO B - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	
* ALLEGATO C - MAPPATURA DEI PROCESSI	
Sezione 3 - Organizzazione e Capitale Umano	172

Sottosezione 3.1 - Struttura Organizzativa	172
Sottosezione 3.2 - Organizzazione del Lavoro Agile	177
* PREMESSA NORMATIVA	177
* ARTICOLO 1 - Definizioni	179
* ARTICOLO 2 - Oggetto	180
* ARTICOLO 3 - Obiettivi	180
* ARTICOLO 4 - Destinatari	181
* ARTICOLO 5 - Condizioni per l'applicazione del lavoro agile	181
* ARTICOLO 6 - Luogo e modalità di svolgimento della prestazione lavorativa agile	182
* ARTICOLO 7 - Strumento del lavoro agile	184
* ARTICOLO 8 - Procedura di accesso al lavoro agile	185
* ARTICOLO 9 - Fasce di contattabilità e diritto alla disconnessione	187
* ARTICOLO 10 - Lavoratori fragili e in condizioni di disabilità grave	188
* ARTICOLO 11 - Lavoro da remoto: telelavoro domiciliare	189
* ARTICOLO 12 - Trattamento giuridico ed economico	190
* ARTICOLO 13 - Obblighi afferenti alla riservatezza e alla sicurezza dei dati	191
* ARTICOLO 14 - Sicurezza sul lavoro	191
* ARTICOLO 15 - Recesso	192
* ARTICOLO 16 - Monitoraggio e Valutazione	193
* ARTICOLO 17 - Implementazione Lavoro agile e Analisi di Impatto e Work Life Balance negli Anni 2023-2025	194
* ARTICOLO 18 - Formazione	198
* ARTICOLO 19 - Clausola d'invarianza	201
* ARTICOLO 20 - Disposizioni Finali	201
* Allegato 1 ATTIVAZIONE DEL LAVORO AGILE NELL'ASL BT DICHIARAZIONE DISPONIBILITA'	202
* Allegato 2 ACCORDO INDIVIDUALE PER L'ATTIVAZIONE DEL LAVORO AGILE NELL'ASL BT	205
* Allegato 3 ATTIVAZIONE DEL TELELAVORO DOMICILIARE NELL'ASL BT DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA'	212
* Allegato 4 ACCORDO INDIVIDUALE PER L'ATTIVAZIONE DEL LAVORO DAREMOTO NELLA FORMA DEL TELELAVORO DOMICILIARE NELL'ASL BT	214
* Allegato A) all'Accordo Individuale OBBLIGHI IN MATERIA DI RISERVATEZZA E DI SICUREZZA DEI DATI DEL DIPENDENTE IN LAVORO AGILE	220
* Allegato B) all'Accordo Individuale INFORMATIVA SULLA SALUTE E SICUREZZA NEL LAVORO AGILE AI SENSI DELL' ART. 22, COMMA 1, L. 81/2017	222
* ALLEGATO C) OBBLIGHI IN MATERIA DI RISERVATEZZA E DI SICUREZZA DEI DATI DEL DIPENDENTE IN TELELAVORO DOMICILIARE	235
* ALLEGATO D) INFORMATIVA SULLA SALUTE E SICUREZZA NEL LAVORO DA REMOTO NELLA FORMA DEL TELELAVORO DOMICILIARE, AI SENSI DELL' ART. 22, COMMA 1, L. 81/2017	237
Sottosezione 3.3 - Piano Triennale del Fabbisogno di Personale	249
* Piano Triennale del Fabbisogno di Personale	249
* Allegato Deliberazione n. 560 del 20 maggio 2022	
* Allegato Deliberazione n. 1837 del 19/12/2022	
* Formazione del Personale	250
Premessa	252
* 1. Organizzazione della Formazione	253
* 1.1 Portale della Formazione	254
* 1.2 Formazione Fad sincrona e asincrona	254
* 1.3 Albo interno dei formatori	254
* 1.4 Sponsorizzazioni	255
* 1.5 Sostegno all'autoformazione	255
* 1.6 Aggiornamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta	255
* 2. Corsi di formazione trasversali	255
* 3. La formazione dell'emergenza	257
* 3.1 Centro di formazione multidisciplinare	257
* 3.2 La formazione dei soccorritori	257
* 3.3 Il personale 118	257
* 4. La formazione dei dipartimenti	257
* 5. Il budget	264

Sezione 4 - Monitoraggio

- * Monitoraggio Valore Pubblico e Performance
- * Monitoraggio Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza

265
265
266

SEZIONE 1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

L'Azienda Sanitaria Locale BT, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 1-bis, del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, è costituita in Azienda con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale.

Il Sito Istituzionale è il seguente: <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-barletta-andria-trani/>, accessibile attraverso la consultazione del Portale Regionale della Salute della Regione Puglia <https://www.sanita.puglia.it/homepugliasalute> – Sezione "Sistema Sanitario Pugliese".

L' Azienda Sanitaria Locale BT ha sede legale in Andria, via Fornaci n. 201, Codice Fiscale 90062670725 e Partita IVA 06391740724. Il Legale Rappresentante dell'Azienda è il Direttore Generale pro - tempore.

Con la **L.R. del 28.12.2006 n.39** la Regione Puglia, nelle norme per il contenimento della spesa sanitaria, ha modificato gli ambiti territoriali delle Aziende Sanitarie Locali esistenti (art.5) riducendole ad una per ciascuna delle Province e con nuova denominazione: Bari (ASL BA), Barletta – Andria – Trani (ASL BAT ora BT), Brindisi (ASL BR), Lecce (ASL Lecce), Foggia (ASL FG) e Taranto (ASL TA); le preesistenti ASL, di seguito incorporate nel processo di fusione, perdevano la personalità giuridica dal 1° gennaio 2007.



La costituzione di un'Azienda ASL su base provinciale ha inteso perseguire obiettivi collegati sia alle prospettive di sviluppo e di ulteriore qualificazione del sistema di servizi delle Aziende USL preesistenti, sia all'equilibrio economico dell'intero Servizio Sanitario Regionale.

L'Azienda ha come **scopo** la promozione e la tutela della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente e comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio ambito territoriale, per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo i livelli essenziali di assistenza come previsto dalla normativa nazionale e regionale. L'Azienda concorre, inoltre, alla realizzazione della più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione, anche integrando i servizi sociali e socio-assistenziali degli enti locali di pertinenza per quanto espressamente previsto o delegato.

L'Azienda, per la realizzazione del proprio scopo, assume quali **principi guida**: il "*rispetto della persona*" e la "*centralità del cittadino*", in quanto titolare del diritto alla salute; l'equità, la trasparenza e l'etica professionale; la tutela della privacy; la qualità clinico-professionale e la gestione del rischio individuale e collettivo; l'appropriatezza e l'adozione di strumenti che favoriscano la valutazione dei servizi e la partecipazione alle scelte assistenziali da parte dei cittadini; la sostenibilità economica e finanziaria.

Nell'attuale contesto socio economico nazionale e regionale, i principali capisaldi del Mandato istituzionale dell'Azienda riguardano la **sostenibilità economico finanziaria**, lo **sviluppo in efficacia, efficienza e qualità dei servizi**, l'**innovazione tecnologica e organizzativa**.

SEZIONE 2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Sottosezione 2.1 - Valore Pubblico

VALORE PUBBLICO

Il concetto di Valore Pubblico può essere sintetizzato come «il miglioramento del livello di benessere degli utenti e degli stakeholders di una Pubblica Amministrazione (PA), a seguito del buon esito di una politica o di un servizio» (Deidda Gagliardo, 2012).

Nella prospettiva del PIAO, si genera Valore Pubblico pianificando strategie funzionali da misurare in termini di impatti e, successivamente, programmando obiettivi specifici (e relative performance di efficacia e di efficienza) in modo funzionale al valore pianificato. A riguardo, già con il D. Lgs. n. 150/2009 si introduceva nella Pa il concetto di "performance" concepita come funzionale al miglioramento della qualità dei servizi ai fini del soddisfacimento dei fabbisogni dell'utenza, dovendo essere rendicontata non solo contabilmente (accountability) e nel rispetto delle condizioni di trasparenza dettate dall' Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) .

L'Azienda si impegna ad operare con il massimo rispetto della dignità della persona umana, del bisogno di salute e dell'equità nell'offerta dell'assistenza; garantisce l'accessibilità ai servizi per i cittadini, la qualità delle prestazioni e la loro appropriatezza.

L'attività dell'Azienda si ispira alle indicazioni stabilite dai Comitati Etici, Nazionali e Regionali.

In coerenza con la propria missione di "promozione e tutela della salute pubblica" la ASL BT vuole definire, aggiornare e far crescere all'interno delle proprie strutture un sistema di **valori** che, in un processo di continua dialettica e revisione nella logica del top down condiviso, costituiscano un costante riferimento per l'intera Azienda sia per il presente che per il futuro attraverso un'intima adesione di tutti i professionisti che vi operano.

L'obiettivo principale della ASL BT consiste nel creare valore pubblico perseguendo un miglioramento del proprio impatto sul sociale attraverso creazione di affidabilità e qualità dei servizi puntando sulla preparazione dei propri operatori e sulla loro capacità di aggiornamento continuo della professionalità.

A tal fine la ASL valorizza e sviluppa le risorse umane che operano nelle strutture aziendali, assicurando altresì la pari opportunità in ordine all'accesso all'impiego, ai percorsi formativi, all'affidamento degli incarichi, allo sviluppo professionale.

L'Azienda si impegna, dunque, a porre i seguenti valori quali principi guida del proprio agire affinché contribuiscano a definire la modalità collettiva di essere "Operatori della ASL BT", al di là degli obiettivi specifici di ogni famiglia professionale:

- **Passione e responsabilità.** Per un'autentica presa in carico dei bisogni dei pazienti devono coesistere ed integrarsi l'elemento razionale ed il coinvolgimento emotivo, quale canale conoscitivo da tradurre in risorsa.
- **Consapevolezza.** Il raggiungimento di prestazioni di qualità, nel rispetto di parametri quali efficacia, efficienza, sicurezza ed appropriatezza, richiede a tutti coloro che sono coinvolti nella realizzazione di tale obiettivo una competenza non solo tecnica, ma doti morali e capacità relazionali. Ogni operatore deve avere consapevolezza di tale complessità e necessità d'integrazione.
- **Tutela del bene comune.** La sensibilizzazione degli operatori all'uso responsabile e corretto del tempo e delle risorse disponibili costituisce valore fondamentale assieme al perseguimento dell'appropriatezza nell'approccio assistenziale. Il concetto di Salute, intesa quale bene comune, da un lato esprime la necessità del mantenimento delle risorse da preservare, dall'altro, e soprattutto, richiede il coinvolgimento competente di tutti gli attori coinvolti, inclusi i pazienti, i familiari e le associazioni.
- **Appartenenza e lealtà.** Il lavoro di gruppo multidisciplinare, imprescindibile in Sanità, affinché non resti un assunto teorico, presuppone lealtà e appartenenza: favorire la visibilità del contributo di ogni operatore al raggiungimento degli obiettivi aziendali facilita il "sentirsi un NOI" senza distinzioni di "plesso" o di origine (personale universitario /personale ospedaliero/ personale impegnato sul territorio).
- **Fiducia, equità e trasparenza.** Tre parole che rappresentano un modo di operare che porta a strutturare e consolidare il rapporto tra paziente e Azienda. Centrale è il perseguimento della trasparenza, non solo nel suo versante più visibile di pubblicazione e condivisione di atti e documenti, ma anche come cultura organizzativa, che contribuisce a porre le basi per un autentico sentimento di fiducia che accomuni tutti gli attori coinvolti nel processo di cura. Si tratta di garantire ad ogni persona il diritto alle



prestazioni più appropriate, senza alcuna discriminazione, attraverso percorsi comportamentali condivisi, processi decisionali trasparenti, circolazione delle informazioni sulle risorse impiegate e sui risultati ottenuti.

- **Ascolto e apertura.** La realizzazione di tali valori consente di creare una reale personalizzazione delle cure basata sulla conoscenza della peculiarità dei pazienti, un'integrazione autentica tra funzioni aziendali, ma anche tra l'Ospedale ed il territorio; l'ascolto e l'apertura debbono essere garantite intercettando un delicato e dinamico equilibrio tra la tutela della privacy e della fragilità ed il mantenimento di un costante dialogo con l'esterno, in termini spaziali, culturali e di confronto dialettico.
- **Evoluzione e flessibilità.** Un Ospedale che tende all'eccellenza richiede capacità di adattamento e cambiamento nell'ottica di un'innovazione costante, che presume flessibilità, formazione continua e ricerca di sempre nuove e migliori cure, non solo come area di attività ma come forma mentis. L'evoluzione dei processi di cura è resa possibile dalla dinamicità di ogni altra funzione aziendale: dall'implementazione tecnologica finanche all'adozione degli strumenti normativi e di management più strategici nell'evoluzione gestionale.
- **Centralità della persona.** L'Azienda pone al centro dell'attività la persona al fine di soddisfarne in maniera trasparente le aspettative in relazione alla disponibilità e accessibilità di tutte le informazioni per l'accesso alle prestazioni attraverso una scelta consapevole, alla capacità dell'organizzazione di garantirne, con elevata professionalità, i bisogni e le richieste e alla possibilità di rendere noto l'utilizzo delle risorse in modo appropriato ed efficiente al fine di accrescere la condivisione dei valori e degli obiettivi.
- **Assenza dolore.** Garantire nelle fasi di cura l'assenza del dolore a tutela della dignità della persona e assicurare percorsi assistenziali preferenziali per soggetti deboli o affetti da patologie di particolare gravità.
- **Partecipazione allargata.** Garantire modalità attraverso le quali l'Azienda favorisce la partecipazione dei cittadini alle scelte generali di politica sanitaria attraverso idonee forme di ascolto e consultazione, riguardo alla individuazione di priorità e alla elaborazione di proposte di programmi di intervento.

La ASL BT vuole fare buona sanità con trasparenza, innovazione sostenibile ed efficienza gestionale nel rispetto dei vincoli delle risorse assegnate. Per poter realizzare la Missione aziendale sono state

individuare le seguenti aree su cui l'Azienda intende orientare la propria gestione nel prossimo triennio:

Prestazioni specialistiche appropriate e di qualità. L'Azienda ritiene strategico il governo dell'offerta assistenziale per garantire risposte efficaci ai bisogni degli assistiti.

Tale *vision* è assicurata attraverso la definizione dei percorsi di cura e di presa in carico, la loro costante implementazione, il miglioramento dell'appropriatezza clinica ed erogativa, la strutturazione di un sistema strutturato di rilevazione e di gestione dei flussi informativi (sanitari ed economici) e di rilevazione del grado di soddisfazione e della qualità percepita per il governo aziendale.

Gestione efficiente delle risorse. L'Azienda ritiene strategica la gestione efficiente delle risorse.

Tale *vision* è assicurata attraverso il *benchmarking* con altre realtà regionali e con i migliori standard nazionali sia per il governo clinico che per quello economico finanziario e l'implementazione e la razionalizzazione dei sistemi di acquisizione (ad esempio di beni sanitari e non sanitari, di farmaci e di servizi), il monitoraggio e contenimento della spesa.

Gestione e sviluppo delle risorse umane. L'Azienda ritiene strategica la gestione e lo sviluppo della risorsa umana al fine di accrescere il senso di appartenenza all'organizzazione e orientare il sistema al miglioramento dell'erogazione dell'attività assistenziale.

Lo sviluppo e la crescita del personale è perseguito attraverso la condivisione dei valori e delle strategie aziendali, la promozione di attività formative, la valorizzazione delle capacità tecniche e umane del personale, lo sviluppo di un sistema aziendale di valorizzazione (definizione del sistema di crescita dei professionisti, sistema di conferimento degli incarichi dirigenziali, di posizione organizzativa e di coordinamento) e di valutazione delle performance.

Sviluppo innovazione in ambito tecnologico dei sistemi informatici gestionali, attraverso :

- la definizione di piani operativi sia per gli investimenti materiali che immateriali, in particolare nell'ICT, la cui implementazione ha effetti sulla qualità dell'assistenza, sulla rapidità ed efficienza del sistema di risposta.
- Investimento in innovazione anche nel governo dei processi amministrativi ed economici: percorsi di certificazione, implementazione politiche in materia di privacy, trasparenza, antiriciclaggio, prevenzione della corruzione.

In tale prospettiva per tutte le aree di intervento dell'Azienda verrà misurato l'impatto che il raggiungimento degli obiettivi produrrà sulla collettività e sul contesto di riferimento:



ASL BT

PugliaSalute

Attività Istituzionali: il rafforzamento delle attività di regolazione, valutazione e controllo in specifici settori a tutela della salute pubblica, anche attraverso una puntuale evasione di tutte le richieste presentate dagli stakeholder ha lo scopo di aumentare la sicurezza della popolazione rispetto a potenziali rischi per la salute umana generando un beneficio oggettivo per la collettività anche in termini di esternalità positive che vengono generate. È infatti perno della *mission* dell'Azienda la promozione della salute come presupposto determinante per il benessere della persona, per la qualità della vita ma anche per la sostenibilità del sistema sanitario sempre più in difficoltà nella risposta alle sfide odierne, quali tra le principali: l'invecchiamento, la multimorbilità e la carenza di personale sanitario.

Sorveglianze: implementare e sviluppare i sistemi di sorveglianza e registri con il fine di restituire i dati e i risultati ai principali stakeholder utili per valutare interventi tempestivi di sanità pubblica è tra gli obiettivi che maggiormente incidono sulla creazione di valore pubblica. Le malattie rappresentano un grave onere socioeconomico per i cittadini e i sistemi sanitari dell'UE e di tutto il mondo. Le malattie non trasmissibili, compresi i disturbi mentali, rappresentano attualmente fino all'80% delle spese sanitarie nell'UE. Allo stesso modo, le malattie infettive, comprese le infezioni resistenti agli antimicrobici, rappresentano un grave rischio per la salute delle persone e una grave minaccia alla sicurezza sanitaria transfrontaliera per i paesi dell'UE e del mondo che può essere contenuta grazie all'attività di sorveglianza portata avanti dall'Istituto in stretta sinergia con gli stakeholder coinvolti.

Formazione: la ASL persegue convintamente lo sviluppo di una formazione adeguata agli operatori sanitari, per aumentare la qualità della professionalità degli addetti alla tutela della salute. Soltanto attraverso un'alta preparazione è possibile incidere significativamente sulla buona riuscita delle politiche sanitarie programmate in un'ottica di progresso sociale, economico e sanitario sostenibile.

Informazione: è obiettivo della ASL rafforzare la capacità di erogare servizi diretti ai cittadini, alle istituzioni e in generale a tutti i portatori di interesse in modo da condividere informazioni correnti sulle attività.

Organizzazione: gli obiettivi legati all'efficientamento della struttura in termini logistico-informatico, ma soprattutto di sviluppo della capacità di gestione delle risorse umane, necessaria per agire con competenza, rappresentano lo strumento per consentire il raggiungimento di quanto sopra enunciato.

La creazione di valore pubblico avviene, altresì, anche attraverso il miglioramento progressivo del ciclo di programmazione, misurazione, valutazione e rendicontazione delle performance calata

sulle risorse a disposizione delle strutture, seguendo una logica piramidale, che consente di governare i flussi di generazione del valore.

Benessere organizzativo, welfare aziendale, conciliazione di tempi di vita e lavoro :

è stato istituito il “**Comitato Unico di Garanzia** per le pari opportunità, la non discriminazione e il benessere di chi lavora (CUG)” quale organismo di garanzia che esercita compiti propositivi, consultivi e di verifica (ex art. 57, comma 3, del D. Lgs. n. 165 del 2001) nell’ambito della creazione del benessere lavorativo, ovvero del benessere fisico, psicologico e sociale del lavoratore al quale concorrono una serie di fattori legati ai tempi, alle modalità di lavoro, alla cultura organizzativa, nonché al clima generale che si respira nel luogo di lavoro.

Azioni proposte: nell’ambito della funzione propositiva del CUG, riveste particolare importanza quella riguardante la predisposizione di Piani di azioni positive volti a favorire l’uguaglianza sostanziale sul lavoro tra uomini e donne, le condizioni di benessere lavorativo, nonché a prevenire o rimuovere situazioni di discriminazione o violenze morali, psicologiche, mobbing, disagio organizzativo, all’interno dell’amministrazione pubblica.” Con riferimento ai compiti di verifica, il CUG deve relazionare annualmente in ordine allo stato di attuazione del Piano triennale di azioni positive.

PIANO AZIONI POSITIVE

La direttiva n.2/2019 “Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche”, richiamando l’articolo 48 del d.lgs. n.198/2006, ribadisce che le amministrazioni pubbliche devono predisporre Piani triennali di azioni positive “tendenti ad assicurare la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità sul lavoro”.

Il presente PAP è stato proposto dal Cug –Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni costituito con deliberazione del Direttore Generale n.584 del 21 aprile 2021 e successivi atti di deliberazione di modifiche e integrazioni.

Il presente PAP distingue tre macro obiettivi:

- 1) **Pari opportunità**
- 2) **Valorizzazione del benessere**
- 3) **Contrasto alle discriminazioni**

Ogni macro obiettivo è stato poi declinato in singole azioni rispetto alle quali vengono messi in evidenza:

- 1) Obiettivo
- 2) Tempi di attuazione
- 3) Strutture coinvolte
- 4) Monitoraggio e indicatori

La finalità è quella di identificare con chiarezza e precisione gli elementi strategici di ogni azione che dovrà poi essere declinata in attività specifiche, monitorata e rendicontata. La corretta e concreta attuazione di ogni singola azione potrà subire variazioni rispetto alle strutture coinvolte sulla base delle esigenze che dovessero nel corso del tempo emergere.

OBIETTIVO 1. PARI OPPORTUNITA'

Azione 1. Sensibilizzazione su attività obiettivi e materie di competenza del Cug

Obiettivo: Condividere con i dipendenti informazioni di dettaglio sul Cug, sulle sue funzioni e sui suoi compiti, nonché sulle materie di competenza.

Tempi di attuazione: 2022 avvio attività di formazione; 2023-2024 aggiornamento sulle attività svolte

Strutture coinvolte: Cug, Formazione

Monitoraggio e indicatori: Numero di giornate di form azione organizzate, numero di dipendenti formati.

Azione 2. Adozione di un linguaggio rispettoso delle differenze di genere

Obiettivo: Adozione di un linguaggio corretto, rispettoso delle differenze di genere in tutti i documenti (atti, regolamenti, delibere e determine) attraverso la revisione dei documenti in uso e la predisposizione di linee-guida da condividere con tutti i dipendenti della Asl.

Tempi di attuazione: 2022

Strutture coinvolte: Cug, UOSVD Affari Generali, Area del Personale

Monitoraggio e Indicatori: Numero di documenti revisionati e pubblicati nella rete intranet aziendale; predisposizione e pubblicazione delle linee guida

Azione 3. Individuazione di un Responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità

Obiettivo: Promuovere e sostenere l'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

Tempi di attuazione: 2022-2023

Strutture coinvolte: Area del Personale

Monitoraggio e indicatori: Avvio e conclusione della procedura per l'individuazione del Responsabile dei Processi di inserimento delle persone con disabilità; revisione degli inserimenti lavorativi già effettuati al fine di individuare le procedure più idonee a facilitare l'inserimento nei diversi contesti di riferimento.

OBIETTIVO 2. VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE

Azione 1. Analisi del Clima Interno

Obiettivi: Miglioramento del clima interno attraverso l'analisi dei dati a disposizione relativi al progetto "La Tua Parola Conta" (2019), la predisposizione di piani di miglioramento, la valutazione della messa in opera degli stessi e il sostegno alle successive indagini di clima.

Tempi di attuazione: 2022 analisi dei dati e predisposizione piano di miglioramento, 2022/2023 nuova indagine di clima interno sulla base delle indicazioni regionali, 2023-2024 analisi nuovi dati

Strutture coinvolte: Cug, UOSVD Informazione e Comunicazione

Monitoraggio e indicatori: predisposizione del piano di miglioramento; aumento della percentuale di adesione all'indagine di clima interno; miglioramento dei dati relativi al benessere organizzativo.

Azione 2. Codice di comportamento, diritti e doveri del dipendente.

Obiettivo: Conoscenza dettagliata del Codice di Comportamento aziendale, dei diritti e dei doveri del dipendente.

Tempi di attuazione: 2022-2024

Strutture coinvolte: RPCT, Area del Personale, Formazione

Monitoraggio e indicatori: Numero di giornate di formazione organizzate, numero di dipendenti formati.

Azione 3. Accoglienza e presentazione per i nuovi dipendenti

Obiettivo: 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

Tempi di attuazione: 2022

Strutture coinvolte: Area del Personale, UOSVD Informazione e Comunicazione, Affari Generali

Monitoraggio e indicatori: Predisposizione del materiale informativo, numero di opuscolo informativi distribuiti

Azione 4. Corretti stili di vita



Obiettivo: Orientare i dipendenti verso i corretti stili di vita (alimentazione equilibrata e corretta, attività fisica regolare, benessere psicologico) attraverso eventi divulgativi dedicati al tema, predisposizione di convenzioni con centri sportivi o associazioni sportive o centri per alimentazione equilibrata; sostegno ai centri di assistenza psicologica per dipendenti

Tempi di attuazione: 2022-2024

Strutture coinvolte: Cug, Affari Generali, Area del Patrimonio, Psicologia clinica

Monitoraggio e indicatori: Numero convenzioni sottoscritte, numero giornate di divulgazione o di eventi organizzati

Azione 5. Conciliazione di tempi vita/lavoro

Obiettivo: Predisposizione di convenzioni con asili nido, centri ricreativi per bambini, centri estivi per garantire un equilibrio tra il tempo di vita e di lavoro dei dipendenti; analisi dei fondi a disposizione per la predisposizione di asili nido o centri ricreativi aziendali

Tempi di attuazione: 2022-2024

Strutture coinvolte: Cug, Affari generali, Area del Patrimonio, Area Tecnica

Monitoraggio e indicatori: Numero di convenzioni sottoscritte, numero di contratti con convenzione sottoscritti

Azione 7. I suoni del benessere

Obiettivo: Coltivare l'aggregazione tra dipendenti attraverso la musica con l'obiettivo di creare eventi interni rivolti ai pazienti e ai dipendenti o esterni rivolti a tutti i cittadini

Tempi di attuazione: 2022-2024

Strutture coinvolte: Cug

Monitoraggio e indicatori: Numero di eventi musicali interni/esterni ideati e realizzati

Azione 6. Liberoteca: dai dipendenti ai pazienti

Obiettivo: Sostenere iniziative di coinvolgimento dei dipendenti sulla gestione condivisa degli spazi di salute attraverso la progettazione e la donazione di libri "dal dipendente al paziente" per creare un legame attraverso la lettura, la condivisione di pensieri e visioni

Tempi di attuazione: 2022 ideazione del progetto; 2023 organizzazione e predisposizione Liberoteca

Strutture coinvolte: Cug, Area del Patrimonio, UOSVD Informazione e Comunicazione

Monitoraggio e indicatori: Redazione e organizzazione del progetto, individuazione di luoghi adatti, numero avvio Liberoteche

Azione 8 L'ambiente è di tutti

Obiettivo: Sensibilizzare i dipendenti alla difesa dell'ambiente attraverso una riflessione sulle piccole grandi azioni quotidiane a tutela dell'ambiente attraverso la realizzazione di campagne di

comunicazione dedicate; individuazione di aree verdi adiacenti agli edifici Asl (ospedali, distretti, poliambulatori) attrezzabili

Tempi di attuazione: 2022-2024

Strutture coinvolte: Cug; UOSVD Informazione e Comunicazione

Monitoraggio e indicatori: Realizzazione campagna di comunicazione dedicata (poster, vademecum), inserimento sezione dedicata nel Codice del Comportamento del dipendente.

OBIETTIVO 3. CONTRASTO ALLE DISCRIMINAZIONI

Azione 1. Tutela delle lavoratrici gestanti, puerpere o in periodo di allattamento

Obiettivo: Attività di formazione sulla tutela delle lavoratrici gestanti, puerpere o in periodo di allattamento fino a sette mesi dopo il parto sulla base della normativa vigente

Tempi di attuazione: 2022-2023-2024

Strutture coinvolte: R.S.P.P., Servizio di sicurezza e Protezione, Formazione

Monitoraggio e indicatori: Numero di dipendenti formate e aggiornate sulla normativa in vigore

Azione 2. Consigliere di Fiducia

Obiettivo: Istituire la presenza del Consigliere di Fiducia

Tempi di attuazione: 2022-2023

Strutture coinvolte: Cug, Area del Personale

Monitoraggio e indicatori: Analisi procedure amministrative avviate, presenza e attività del Consigliere di Fiducia

ACCESSIBILITÀ DIGITALE

Il programma di innovazione tecnologica e di digitalizzazione dell'Azienda Asl BT, avviato con la nomina di un **Responsabile per la Transizione Digitale**, giusta Delibera N. 1486 del 08/08/2018, prosegue all'interno di un contesto caratterizzato da una profonda regia regionale, la quale con DGR 791 del 30 maggio 2022 ha ratificato il Piano di Riorganizzazione Digitale 2022-2024, la cui Azione OR_14 – *Potenziamento Sanità Digitale* vede come obiettivo "... potenziare l'infrastruttura digitale dell'intero territorio pugliese a supporto dei servizi sanitari regionali... omiss... attraverso l'utilizzo di sistemi informativi che facilitino l'interazione e la cooperazione tra differenti figure professionali, riducano le distanze con il cittadino, aumentando al tempo stesso la qualità e l'efficienza dei servizi pubblico".

In tale contesto, inoltre, si aggiungono le risorse messe a disposizione del PNRR, ed in particolare dalle seguenti misure:



- M6.C2 – 1.1.1. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (**Digitalizzazione delle strutture ospedaliere DEA** -- Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di Livello I e II);
- 1.2 Abilitazione e facilitazione migrazione al **Cloud**;
- 1.4.3 Adozione **pagopa** e **app IO**;
- 1.4.4 Adozione identità digitale (**SPID**);

L'utilizzo di tali risorse permetterà di consolidare ulteriormente gli interventi di digitalizzazione posti in essere dall'Azienda BT, così come di realizzarne di nuovi volti ad implementare l'accesso ai servizi online in maniera semplice e sicura, garantendo così il diritto di **cittadinanza digitale**.

Nell'ultimo biennio si sono già realizzate una serie di iniziative che hanno permesso di rendere accessibili attraverso canali diversi alcuni dei servizi offerti dall'Azienda:

- ✓ pagamento ticket sanitario attraverso **APP IO**, integrata nativamente nel circuito **pagopa**; implementazione in APP di messaggi *reminder*, che ricordano (5gg prima) al cittadino la prestazione di cui deve fruire, con possibilità di disdire senza incorrere in sanzioni amministrative;
- ✓ portale ritiro referti di laboratorio: l'assistito vi accede secondo credenziali rilasciate all'accettazione per scaricare successivamente il referto in completa autonomia, senza doversi recare nuovamente presso le strutture aziendali;
- ✓ attivazione di specifici canali di posta elettronica, pubblicati sul portale aziendale, con cui il cittadino può interagire per chiedere informazioni o richiedere risoluzioni di problematiche diverse;

il Portale aziendale, inoltre, permette al cittadino di accedere ai seguenti servizi on line:

- ✓ prenotazione/disdetta visite specialistiche (anche in ALPI) e vaccini;
- ✓ pagamento ticket;
- ✓ Fascicolo Sanitario Elettronico;
- ✓ consultazione diario vaccinazioni;
- ✓ consultazione esito tamponi Covid-19;
- ✓ scelta e revoca del medico;
- ✓ pagamento, attraverso il circuito pagopa, delle tariffe relative al D.Lgs 32/2021 per i controlli sanitari ufficiali nonché per la registrazione e l'aggiornamento del riconoscimento (SCIA);
- ✓ accesso al sistema informatizzato che consente al committente o responsabile dei lavori di assolvere in modalità telematica, prima dell'inizio dei lavori di apertura di un cantiere edile, all'obbligo di trasmissione della **notifica preliminare**, secondo quanto previsto dagli artt. 54 e 99 del D. Lgs. 81/2008.

Al fine di facilitare l'accessibilità dei servizi in ottica digitale, l'Azienda intende perseguire i seguenti obiettivi:

Obiettivo	Azioni	Stakeholders	Indicatori	Tempistica
Facilitare l'interazione dei cittadini con l'Azienda	Rilascio di un sistema CRM (Customer Relationship Management) a supporto dell'Ufficio URP per la gestione integrata delle richieste pervenute dai cittadini via mail o via canali social (Facebook) attraverso l'utilizzo di strumenti di produttività aziendali e workflow definiti per rispondere al cittadino nel minor tempo possibile; realizzazione di un assistente virtuale (<i>chatbot</i>) che grazie ad una nutrita <i>Base di Conoscenza (knowledge Base)</i> può interagire con il cittadino senza intermediazione umana	URP, Cittadini	Validazione del Sistema da parte dell'URP; Pubblicazione del CRM sul Portale della Salute	31/03/2023
Implementare il Fascicolo Sanitario Elettronico per consentire al cittadino la	Consolidare l'architettura tecnologica aziendale che consente attraverso l' ESB (Enterprise Service Bus) di realizzare la cooperazione applicativa fra sistemi informativi clinico-diagnostici	Cittadini, operatori sanitari dipendenti	Invio al FSE di almeno l'80% di Lettere di Dimissioni Ospedaliere (LDO) e referti di specialistica	31/12/2023



consultazioni e dei propri documenti clinico-sanitari quali referti, certificati, verbali di P.S., ecc.	diversi, e fra questi e il CDR (Clinical Data Repository)		ambulatoriale (per il tramite della CCE - Cartella Clinica Elettronica); invio di almeno 95% dei referti di Patologia Clinica; invio di almeno 70% di referti di radiologia.	
Garantire al cittadino i pagamenti elettronici aziendali attraverso il circuito pagoPA	Evolgere i sistemi informativi attinenti ai Servizi del Dipartimento di Prevenzione, realizzando l'integrazione con il nodo regionale dei pagamenti (MyPay)	Cittadini, Dipartimento di Prevenzione, AGREF	70% dei servizi di incasso del Dipartimento migrati e attivi sulla piattaforma pagoPA	31/12/2023
Migliorare l'interazione con il cittadino da parte dei dipendenti dell'Azienda BT	Promuovere la cultura digitale dei dipendenti aderendo al progetto Competenze Digitali , del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, (https://www.competenzedigitali.gov.it/index.html), finalizzato ad affinare le competenze digitali dei	Dipendenti	Iscrizione nella piattaforma di almeno 20 utenti; raggiungimento del livello "base" nelle 5 aree di competenza per almeno il	31/08/2023

	dipendenti di una PA al fine di migliorare i servizi per cittadini e imprese		60% degli utenti iscritti	
Implementare ulteriori notifiche di messaggi al cittadino attraverso l' APP IO (ai sensi dell'art. 7 e 64-bis del <i>CAD</i>), facilitando l'interazione PA-cittadino	Evolgere i sistemi informativi aziendali per l'invio di notifiche a IO ; in particolare: notifica di disponibilità referto LIS in FSE; notifica di disponibilità referto RIS in FSE; notifica di pagamento verbale per dovuti generati dallo SPESAL;	Cittadini, Operatori SPESAL	Attivazione dei servizi nel back-office di IO; % di notifiche inviate;	31/12/2023

LE PROCEDURE DA RE-INGEGNERIZZARE

Nell'ambito dei processi di digitalizzazione sono in corso di sviluppo quei progetti volti alla dematerializzazione della documentazione clinica, in particolare il passaggio alla **Cartella Clinica Elettronica** e la dematerializzazione dei referti destinati ad alimentare il Fascicolo Sanitario Elettronico. Con il PNRR Salute e l'approvazione di 3 (tre) progetti di digitalizzazione DEA a valere sulla misura M6C2, si apre una fase importante in cui l'azienda sarà chiamata a reingegnerizzare le procedure di presa in carico e gestione dei pazienti cronici e le procedure per la transizione ospedale-territorio, dalle cure ospedaliere alle cure intermedie; in tale ambito verranno sviluppare nuove procedure relative anche al tema della **telemedicina**.

A tal fine l'Azienda ha in corso di definizione un Programma pluriennale per le azioni di innovazione digitale in Sanità, con l'obiettivo di affrontare organicamente, in maniera integrata tutti gli aspetti chiamati in causa dalla riforma: organizzazione, processi, tecnologie digitali.

È altresì in corso l'attività di ridefinizione/aggiornamento del **Piano di Trasformazione Digitale dell'Azienda BT**, che vede nel *Responsabile per la Transizione Digitale* una figura centrale per la realizzazione delle azioni previste all'interno del Piano triennale per l'informatica nella P.A. 2021-2023, approvato con decreto del Ministro per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale 24 febbraio 2022 e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 6 maggio 2022.

Il nuovo Piano introduce alcuni ulteriori e importanti elementi di novità connessi sia all'attuazione del PNRR (alcune piattaforme abilitanti, nonché la condivisione di azioni, obiettivi e risultati), e una vigilanza attiva e collaborativa sulle violazioni degli obblighi di transizione digitale, coerentemente al mandato in tal senso affidato dal CAD all'Agenzia per l'Italia Digitale (Agid).

È importante sottolineare, comunque, che l'intero *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza* fa perno sui processi di digitalizzazione e di innovazione che risultano, pertanto, trasversali a tutti gli interventi.

In linea con questo, il redigendo Piano di Trasformazione Digitale della Asl BT andrà ad individuare le Aree tematiche oggetto di azione o di riqualificazione, di concerto con le strutture organizzative aziendali, con l'obiettivo di stabilire un modello strategico aziendale in tema di digitalizzazione, con i seguenti obiettivi:

- completare il percorso di digitalizzazione dell'apparato amministrativo aziendale;
- assicurare l'accessibilità dei procedimenti amministrativi digitali erogati mediante portale aziendale;
- razionalizzare i sistemi informativi esistenti, alla luce delle iniziative progettuali introdotte o da introdurre da parte della Regione Puglia;
- garantire l'interoperabilità dei sistemi informativi aziendali con quelli regionali;
- completare l'integrazione di tutti i sistemi informativi con le piattaforme abilitanti (SPID, pagoPA, APP IO, ecc.);
- promuovere la cultura dei "dati aperti" istituendo tavoli tecnici aziendali ad hoc per avviare il conferimento automatico di dati in formato aperto nella piattaforma **Open Data** regionale e nelle ulteriori piattaforme comunitarie e nazionali (laddove previsto);
- assicurare, in sinergia con i Dirigenti competenti *ratione materiae* in qualità di Designati al trattamento ex D.G.R. n 145/2019 e con il Responsabile della Protezione dei Dati personali (DPO), che i sistemi informativi in uso e/o da dispiegare siano conformi ai principi di *data protection by default* e *by design*;
- potenziare il monitoraggio e la governance del percorso di digitalizzazione della Asl BT;

Sottosezione 2.2 - Performance

Con Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, il legislatore ha previsto l'introduzione del **Piano integrato di attività e organizzazione** (P.I.A.O.) avente durata triennale, e che aggiornato annualmente integra ai sensi dell'art. 6 co 2 lett. A), il Piano delle Performance di cui al citato articolo 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 prevedendone l'adozione sempre entro il 31 gennaio di ciascun anno.

Il Piano della Performance è un Documento di Programmazione, previsto dal Decreto Legislativo 27 Ottobre 2009, n. 150, così come modificato dal Decreto Legislativo n. 74/2017. In aderenza all'art. 10 del citato D.Lgs. n.150/2009, il Piano della Performance viene adottato in coerenza con il ciclo della programmazione economico-finanziaria, di Bilancio dell'Azienda e con quello della programmazione strategica. La finalità di tali contenuti è 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 rendere partecipe il personale e gli utenti.

Con Decreto Ministeriale del 30/06/2022 si è proceduto alla definizione puntuale del contenuto del PIAO, mediante la predisposizione di un Piano Tipo, che definisce la composizione del Piano e i contenuti minimi delle singole sezioni e sottosezioni.

Secondo quanto previsto dall'art. 10 del D.Lgs. n. 150/2009, così come integrato nel cd Piano Tipo, la sottosezione Performance riporta:

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

L'Azienda, pertanto, intende far proprio il dettato normativo avviando un percorso innovativo anche rispetto alle indicazioni e contenuti forniti inizialmente dalla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT) con la *delibera 28 Ottobre 2010 n. 112*, nonché dall'ANAC (Autorità Nazionale Anticorruzione), e successivamente dalle Linee Guida n. 1/2017 del Dipartimento delle Funzione Pubblica – Ufficio per la valutazione della performance.

Il Piano della Performance si ispira al principio di trasparenza, tanto in coerenza dell'art. 11 del D.Lgs. n. 150/2009, che richiede alle Amministrazioni Pubbliche di garantire, in ogni fase del ciclo della performance la massima trasparenza, intesa come accessibilità totale alle informazioni riguardanti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il conseguimento delle funzioni gestionali e istituzionali, ai risultati dell'attività di

misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo nel rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità.

E' opportuno sottolineare che i contenuti del Piano delle Performance per il triennio 2023-2025 potranno essere successivamente rivisti e/o integrati coerentemente con gli eventuali nuovi indirizzi di pianificazione definiti dalla Direzione Strategica ovvero sulla base di nuove e/o ulteriori disposizioni/norme stabilite dalla programmazione regionale e nazionale e delle azioni da svolgere per l'attuazione degli obiettivi strategici dalla Missione 6 Salute del PNRR. Pertanto, sulla base degli obiettivi di performance ed economico – gestionali definiti per le Aziende Sanitarie Locali del S.S.R. da parte della Regione Puglia, si ritiene che gli obiettivi generali aziendali di riferimento sono costituiti, in linea di massima, dagli obiettivi vincolanti di mandato e da quelli previsti dal contratto di prestazione d'opera intellettuale sottoscritto dal Direttore Generale pro – tempore, dagli obiettivi L.E.A. nonché dagli interventi operativi previsti dalle norme emergenziali nazionali e/o regionali a seguito dell'andamento della pandemia per SARS-Cov-2 e della contestuale campagna vaccinale nonché delle relative azioni di contrasto della diffusione, di cui alla D.G.R. n. 1756 del 18 novembre 2020 e successive integrazioni.

Il Piano della Performance definisce gli obiettivi che intende raggiungere con il coinvolgimento di tutte le UU.OO. aziendali e dei Dipartimenti aziendali.

Gli obiettivi generali e specifici individuati dall'ASL BT mirano a migliorare la qualità della vita e di salute del cittadino/paziente, attore principale nell'erogatore delle prestazioni cui sono orientati gli obiettivi specifici-operativi.

L'Azienda 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 obiettivi di output.

CONTENUTI

Il Piano della Performance risulta articolato nel rispetto di quanto previsto dalle Linee Guida n. 1/2017 del Dipartimento delle Funzione Pubblica – Ufficio per la valutazione della performance nonché dei contenuti minimi previsti dal cd Piano Tipo.

La prima parte del documento rappresenta l'Azienda, con l'esplicazione delle informazioni utili ad identificare chi e che cosa fa. Viene descritto, altresì, il **contesto esterno ed interno** nel quale opera l'Azienda, con particolare riferimento alla struttura dell'offerta e ai livelli assistenziali assicurati alla popolazione di riferimento. Il contesto interno viene rappresentato attraverso la fotografia delle risorse umane ed economiche gestite, la descrizione dell'attuale assetto organizzativo e dei principi di riferimento.

La parte seguente riguarda gli **obiettivi generali** (strategici) per la realizzazione del mandato della Direzione, declinati coerentemente con gli indirizzi di programmazione regionale.

La terza parte del Piano 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.

PRINCIPI DI REDAZIONE

Il Piano Triennale della Performance dell'ASL BT è redatto in conformità con le indicazioni del D.Lgs. n. 150/2009 e ss.mm.ii., e di quelle contenute nelle Linee Guida n. 1/2017 del Dipartimento della Funzione Pubblica, nonché dei contenuti minimi previsti dal cd Piano Tipo, ispirandosi ai seguenti principi generali:

Trasparenza: l'ASL BT pubblica il Piano della performance sul proprio sito istituzionale nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente"; inoltre il Piano sarà presentato, 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.

Il Contesto Nazionale

Strumenti di grande rilevanza sono stati introdotti nel recente passato, a livello nazionale ed in accordo con le Regioni, al fine di determinare un vero e proprio processo di efficientamento del sistema sanitario, attraverso la eliminazione di sprechi e di inappropriately prescrittive, cliniche ed organizzative, mediante la riorganizzazione del sistema di *governance* e dei processi organizzativi e gestionali, il rafforzamento dell'azione di monitoraggio e di controllo della qualità e della sicurezza delle cure, ad ogni livello di erogazione.

Inoltre, lo stato di emergenza nazionale causato dalla pandemia per Covid-19 ha evidenziato uno squilibrio fra risorse immediatamente disponibili e le necessità, improvvisamente insorte, nella popolazione coinvolta. Di certo ha completamente modificato l'organizzazione funzionale aziendale, coinvolgendo la resilienza di tutti gli operatori coinvolti, sanitari e non. Pertanto, le risposte tecniche - organizzative, logistiche e gestionali devono essere sempre più efficaci, mirate e precise, tenendo conto dei seguenti aspetti strategici:

- Coordinamento nazionale/regionale, pianificazione, e monitoraggio delle azioni di intervento;
- Comunicazione del rischio e coinvolgimento della popolazione residente;
- Sorveglianza, team di risposta rapida, indagine sui casi;
- Punti di ingresso/sanità transfrontaliera e/o extra-regionale;
- Rete laboratori nazionali e regionali;
- Infection prevention and control (IPC);
- Gestione clinica dei casi (Covid Hospital e post acuzie, USCA);
- Supporto operativo e logistica, piano vaccinale.

Obiettivo del legislatore è, attraverso questi strumenti, quello di garantire la sostenibilità del sistema sanitario in un periodo storico nel quale tutti i sistemi di welfare risentono della riduzione di risorse

e finanziamenti, attraverso un processo di revisione della spesa che utilizzi un sistema di monitoraggio omogeneo per tutte le regioni rispetto ad un comune sistema di indicatori (di struttura, di organizzazione e di funzionamento) accettato da tutte le Regioni. Questa intesa presuppone quindi la partecipazione del sistema sanitario della Regione Puglia, consapevole, misurabile e misurata, al processo di uniformazione tendenziale agli standard definiti, e comporta la conseguente adozione di provvedimenti regionali cogenti per le Aziende sanitarie.

Inoltre, sempre in questa visione di confronto con le altre realtà regionali, risulta quanto mai importante per le aziende sanitarie pugliesi, dunque per la ASL BT, orientare i propri obiettivi di produzione in forma coerente con gli obiettivi e gli indicatori contenuti nel nuovo sistema di garanzie (NSG) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (LEA) di cui al Decreto Ministero della Salute del 12 marzo 2019, nel Programma Nazionale Esiti dell'Agenas e nel cruscotto – bersagli per il monitoraggio delle performances regionali (Laboratorio Management & Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa) strutturato in relazione all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza nel quale sono contenuti numerosi obiettivi di produzione direttamente riconducibili alla *governance* della Azienda Sanitaria, rispetto ai quali è possibile anche un'azione di auto-controllo e di confronto-benchmark con le altre aziende sanitarie regionali ed extra-regionali.

Infine, viene dato impulso ad implementare azioni tese a migliorare l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni sanitarie erogate, il governo delle liste di attesa, la cultura del risk management e/o assessment, attuazione di PDTA e Reti Cliniche al fine del raggiungimento di target sempre più sfidanti.

Il Contesto Regionale

L'azienda ha ritenuto fondamentali le azioni richieste dal Dipartimento Promozione della Salute della Regione Puglia ai fini dell'attuazione della programmazione regionale del S.S.R. per l'anno 2023 e delle connesse attività riguardanti sia il vigente Piano Operativo che comporta, tra le altre cose, il contenimento della spesa farmaceutica, per l'assistenza farmaceutica convenzionata e per dispositivi medici e protesica, in coerenza con i tetti di spesa stabiliti, nonché l'attuazione delle linee di intervento e di contrasto alla pandemia, del relativo piano vaccinale e di garantire le necessarie attività assistenziali per le patologie no-covid dipendenti e di recupero delle prestazioni specialistiche e dei ricoveri programmati ancora in lista di attesa in quanto rinviati/posticipati a causa della pandemia.

E' di tutta evidenza che tale indicazione vincolante della Giunta Regionale assume una rilevanza strategica prioritaria, aggiuntiva rispetto al mandato vincolante già conferito al Direttore Generale con l'atto di nomina. Pertanto l'Azienda deve attuare radicali modifiche dei tradizionali sistemi organizzativi

ed operativi al fine di rendere raggiungibile l'obiettivo. Peraltro, il processo di revisione della spesa deve essere contestuale alla ricerca di ulteriori soluzioni nei seguenti ambiti, quali ad esempio:

- controllo degli acquisti (centrale unica di acquisto, unione di acquisto, monitoraggio dei prezzi, revisione dei contratti di fornitura, eliminazione delle forniture non derivanti da procedure di pubblica evidenza);
- controllo dei consumi (nuove modalità di gestione dei magazzini, sia virtuali che logistiche, introduzione e implementazione di strumenti informativi, distribuzione diretta del primo ciclo di terapia alla dimissione da ricovero o a seguito di visita specialistica ambulatoriale);
- gestione del patrimonio immobiliare (eliminazione progressiva e totale delle spese per locazioni mediante la messa a norma di strutture proprie e la realizzazione di nuove strutture usufruendo dei fondi europei);
- razionalizzazione dei costi per le utenze (analisi dei contratti in essere, efficientamento energetico per la riduzione dell'impatto ambientale);
- sviluppo delle competenze e delle pratiche di management (rischio clinico, A.B.M., ecc.) e di controllo della gestione (analisi trasparente e partecipata dei ricavi rapportata ai costi e ai processi organizzativi che li generano).

La Regione Puglia, inoltre, con Regolamento n. 14/2020 ha aggiornato i criteri di riordino e potenziamento della rete ospedaliera e con Regolamento Regionale n. 7/2019 ha definito il modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza/Presidi Post Acuzie mentre con la D.G.R. n. 1415 del 9 agosto 2021 ha adeguato la rete dei Covid Hospital.

Con tali provvedimenti la Regione Puglia ha sostanzialmente inteso:

- classificare le strutture ospedaliere in P.O. di base, di I livello e di II livello, secondo gli standard fissati in merito alla distribuzione delle specialità per bacini di popolazione, quindi secondo criteri di carattere epidemiologico e di accessibilità alle cure per la popolazione, individuando i Covid Hospital, i presidi Post Acuzie Covid e i no-Covid Hospital;
- implementare l'organizzazione della rete ospedaliera applicando il modello hub e spoke alle reti assistenziali per patologia, tra le quali soprattutto infarto del miocardio, ictus, trauma, emergenza-urgenza e quelle cliniche specifiche;
- potenziare l'offerta di assistenza territoriale attraverso la riconversione di strutture ospedaliere in Presidi Territoriali di Assistenza, all'interno dei quali allocare anche una nuova offerta di residenzialità sanitaria di tipo intermedio, per le persone gravemente non autosufficienti e affette da patologie croniche;

Le suddette innovazioni disegnano uno scenario in cui l'orizzonte organizzativo delle Aziende sanitarie della regione Puglia muta in maniera significativa, anche in relazione alla contestuale presenza di altre importanti variabili nel sistema quali, ad esempio, la fase di sofferenza sociale non ancora regredita a

fronte della crisi del *welfare*, il trend di progressivo invecchiamento della popolazione, l'introduzione di tecnologie sanitarie e di farmaci in grado di incidere drasticamente su alcune importanti malattie generando dunque forti attese nei cittadini e nelle associazioni di ammalati a fronte però di costi esorbitanti per il sistema sanitario, una pressante richiesta di garantire il benessere delle persone e delle comunità attraverso lo svolgimento di un ruolo più attivo da parte del sistema sanitario nella sorveglianza dei determinanti di salute ambientali.

Tutte queste dinamiche esterne all'Azienda impattano fortemente sul contesto interno all'Azienda stessa, la cui conoscenza diventa a questo punto di fondamentale importanza per definire lo spazio strategico nel quale l'Azienda si posiziona.

Dimensione strategica della ASL BT

Per poter definire il piano della performance aziendale 2023-2025, risulta decisivo per la ASL BT individuare il proprio spazio strategico all'interno dei principali fattori di contesto, sia interni che esterni all'Azienda, onde poter assumere le proprie scelte strategiche ed orientare tutte le aree di funzionamento e di produzione verso obiettivi di performance per il medio-lungo periodo.

Analisi del contesto interno

L'ASL BT si articola in **Dipartimenti strutturali e Dipartimenti di natura "trasversale"**.

Al fine di fornire una più completa rappresentazione dell'Azienda, si riportano nella seguente tabella, i dati relativi alla consistenza del **personale** dell'ASL BT alla data del 31/12/2022 raffrontato al dato del personale al 31/12/2021.

Organico per Contratto e Ruolo al 31/12/2022 vs 31/12/2021					
		31/12/2021	31/12/2022	Variaz.	Variaz. %
Dirigenza		Nr	Nr	Nr	%
	SANITARIO	884	861	-23	-3%
	AMMINISTRATIVO	25	27	2	8%
	PROFESSIONALE	4	5	1	25%
	TECNICO	2	2	0	0%
Dirigenza Totale		915	895	-20	-2%
Comparto					
	SANITARIO	2223	2106	-117	-5%
	AMMINISTRATIVO	310	282	-28	-9%
	PROFESSIONALE	4	4	0	0%
	TECNICO	653	636	-17	-3%
Comparto Totale		3190	3028	-162	-5%
TOTALE PERSONALE		4105	3923	-182	-4%

Per quanto riguarda lo stato di **“salute finanziaria”** dell’Azienda, l’analisi organizzativa e la ricognizione quantitativa delle risorse strumentali, economiche e umane disponibili condizionano il raggiungimento degli obiettivi strategici e degli obiettivi operativi.

In tale contesto la cognizione dello “stato di salute finanziaria” deve essere inteso in termini di equilibri finanziari, economici e patrimoniali, tenendo conto dei vincoli di bilancio e del sistema contabile.

L’ASL elabora il proprio Bilancio di esercizio in ottemperanza alle disposizioni regionali in materia di contabilità ed ai principi contabili nazionali ed alle disposizioni civilistiche.

La valutazione delle voci di bilancio è stata, inoltre, effettuata ispirandosi ai criteri generali di prudenza e competenza. Il Bilancio viene redatto con chiarezza e rappresenta in modo veritiero e corretto la situazione patrimoniale e finanziaria dell’Azienda ed il risultato economico dell’esercizio.

Oltre al bilancio consuntivo annuale la ASL predispone il Bilancio Economico preventivo e i Conti Economici trimestrali, in conformità alle disposizioni nazionali e regionali.

Nella tabella seguente, è stato operato un confronto tra i Valori economici rilevati nel Bilancio di Economico Preventivo 2023 e quelli relativi al “Consuntivo 2021”.

Tale confronto è stato fatto rispetto al bilancio d'esercizio 2021 in quanto i dati relativi al preconsuntivo 2022 non sono ancora determinabili con ragionevole certezza, soprattutto con riferimento alle risorse regionali spettanti alle singole aziende e necessarie per la copertura dei maggiori costi sostenuti per affrontare la pandemia ed al caro energia.

		A	B	C=A-B	
		Bilancio Economico Preventivo 2023	Consuntivo 2021	Val.ass.	Var.%
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	767.524.148,90	791.702.225	-24.178.076	-3%
	Costo della Produzione				
BA0010	B.1) Acquisti di beni	116.799.157,40	115.527.693	1.271.465	1%
BA0390	B.2) Acquisti di servizi	416.032.489,52	401.129.337	14.903.153	4%
BA0400	B.2.A) Acquisti servizi sanitari	367.294.823,26	356.821.529	10.473.295	3%
BA1560	B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	48.737.666,26	44.307.808	4.429.858	10%
BA1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	11.203.777,89	7.662.439	3.541.339	46%
BA1990	B.4) Godimento di beni di terzi	6.736.015,79	6.412.805	323.211	5%
BA2080	<i>Totale Costo del personale</i>	228.057.353,92	209.179.119	18.878.235	9%
BA2500	B.9) Oneri diversi di gestione	4.213.274,75	3.430.498	782.776	23%
BA2560	<i>Totale Ammortamenti</i>	11.597.825,75	11.597.826	0	
BA2630	B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	-	45.937	-45.937	
BA2660	B.15) Variazione delle rimanenze	-	-389.788	389.788	
BA2690	B.16) Accantonamenti dell'esercizio	10.580.605,97	19.887.673	-9.307.067	-47%
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	805.220.500,99	774.483.539	30.736.962	4%
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	-	-37.921	37.921	
DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-	0	0	
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	-	-1.220.587	1.220.587	
XA0000	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	-37.696.352,09	15.960.179	-53.656.531	
YZ9999	Totale imposte e tasse	16.798.349,49	15.957.385	840.965	5%
ZZ9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	-54.494.701,58	2.794	-54.497.496	
	CONTRIBUTO A COPERTURA REGIONALE	54.494.701,58			
	RISULTATO DI ESERCIZIO CON LE NECESSARIE COPERTURE DE	-			

Al fine di migliorare nel prossimo triennio lo stato di salute finanziaria si intende intervenire sulle seguenti politiche gestionali:

- rafforzamento del sistema di programmazione, monitoraggio e controllo;
- la realizzazione di un sistema di budget più strutturato con la partecipazione attiva dei soggetti partecipanti la filiera produttiva, il rafforzamento della contabilità analitica;
- attenta revisione dell'utilizzo di appalti e servizi esterni, soprattutto a carattere non sanitario;
- specifiche politiche interne di contenimento dei costi;
- risparmi attraverso operazioni di centralizzazione degli acquisti;
- potenziamento controllo interno.

Le funzioni fondamentali svolte dalla ASL si articolano in **5 aree strategiche** che costituiscono la base sulla quale poggia la performance aziendale:

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Quest'Area è finalizzata all'organizzazione ed all'erogazione delle prestazioni in regime di ricovero, di "day service" (*pacchetti ambulatoriali complessi*) e delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, intra ed extraospedaliere, erogate al di fuori delle unità funzionali dei servizi territoriali.

L'attuale Regolamento Regionale n. 14/2020 prevede che l'attività assistenziale ospedaliera per acuti, venga svolta presso i seguenti Presidi Ospedalieri a gestione diretta per un totale di n. 771 posti letto afferenti alla rete pubblica:

Presidio/Plesso Ospedaliero	Classificazione D.M. 70/2015	Totale Dotazione P.L. da Piano di Riordino Ospedaliero	Totale P.L. per attività Anno 2022 (*)
Andria	Ospedale I Livello	224 posti letto	160 posti letto
Canosa di Puglia	Plesso Post Acuzie	60 posti letto	26 posti letto
Barletta	Ospedale I livello	305 posti letto	197 posti letto
Bisceglie	Ospedale di Base	182 posti letto	81 posti letto

(*) Mod. HSP 22 Bis dati provvisori pre-consuntivo 2022

In aggiunta alla rete pubblica ospedaliera è prevista anche quella privata accreditata con il S.S.R. costituita da "Universo Salute" per le attività afferenti alla ex Casa di Cura "Casa Divina Provvidenza" di Bisceglie con una dotazione complessiva di n. 100 posti letto per le discipline di Medicina Fisica e Riabilitazione, compresa quella Respiratoria e Cardiologica, e di Medicina Generale (attività in regime di ricovero ed ambulatoriale in day service).

Al fine di potenziare e migliorare l'assistenza ospedaliera della ASL BT, con deliberazione n. 1666 del 23 settembre 2019 sono state avviate le necessarie attività propedeutiche di progettazione dei lavori per la realizzazione del Nuovo Ospedale di Andria. Il relativo progetto dell'ospedale "orizzontale" è stato presentato il 16 luglio 2021 presso Castel del Monte e prevede un'occupazione complessiva di 82 mila metri quadrati di cui 75 mila saranno di superficie ospedaliera. Il nuovo ospedale sarà di II livello con una dotazione di 400 posti letto, un comparto operatorio di 15 sale, 14 sale diagnostiche, 4 sale operatorie destinate al day surgery, 30 ambulatori di cui 4 chirurgici, 8 sale parto di cui 5 sale travaglio/parto e 1 per parto in acqua, 25 postazioni di dialisi, 5 sale endoscopiche. Il Pronto Soccorso avrà 20 posti letto di Osservazione breve intensiva, 14 sale visita, 2 shock room, 2 sale radiografiche e 2 sale ecografiche. Con Delibera 934 del 20/07/2022 è stato approvato il progetto di fattibilità tecnica ed economica.

Con Regolamento Regionale n. 7/2019 le ex strutture ospedaliere di Trani, Spinazzola, Minervino Murge e Canosa di Puglia, afferenti alla ASL BT, sono state riconvertite in Presidi Territoriali di Assistenza/Presidi post Acuzie.

TERRITORIO E CONTINUITA' DELLE CURE

Riassume al proprio interno l'assistenza territoriale sanitaria e sociosanitaria, la funzione distrettuale, la gestione degli Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, la continuità assistenziale, le integrazioni e le forme di coordinamento a livello funzionale e territoriale.

I **Distretti Socio Sanitari** sono i seguenti:

- ❖ **Distretto n. 1 -Margherita di Savoia-San Ferdinando di Puglia-Trinitapoli**
- ❖ **Distretto n. 2- Andria**
- ❖ **Distretto n. 3- Canosa di Puglia-Minervino-Spinazzola**
- ❖ **Distretto n. 4- Barletta**
- ❖ **Distretto n. 5- Trani-Bisceglie**

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Afferiscono a questa area tutte le funzioni e le attività connesse alla peculiare dimensione dell'integrazione sociosanitaria secondo l'impostazione istituzionale progettata da Regione Puglia.

Il focus si concentra sull'approfondimento delle potenzialità dell'assistenza domiciliare integrata, del miglioramento dell'offerta dei consultori familiari, del miglioramento della fruibilità delle strutture sociosanitarie per anziani e disabili fisici e mentali, nonché il miglioramento dei servizi offerti nell'ambito della salute mentale e delle tossicodipendenze.

- ❖ **Dipartimento di Salute Mentale - Dipendenze Patologiche**
- ❖ **Struttura Sovradistrettuale della Riabilitazione**

PREVENZIONE

Nel concetto di prevenzione rientrano, per l'ambito medico, le funzioni di profilassi delle malattie infettive e parassitarie, tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche in riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali, tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro, tutela igienico - sanitaria degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale, sicurezza negli ambienti di vita, promozione a stili di vita

salubri, e per l'area veterinaria igiene degli alimenti di origine animale, igiene allevamenti e produzioni zootecniche, sanità animale.

FARMACEUTICA

Presidio del monitoraggio e del contenimento della spesa farmaceutica, a quest' Area afferiscono la gestione del servizio farmaceutico, l'implementazione di progetti innovativi per il monitoraggio dell'erogazione del farmaco, la sicurezza del farmaco.

Analisi del contesto esterno

L'analisi del contesto, sia esterno che interno, è un processo conoscitivo che l'azienda compie nel momento in cui si accinge a definire le proprie strategie ed ha lo scopo di:

1. fornire una visione integrata della situazione in cui l'amministrazione va ad operare;
2. stimare preliminarmente le potenziali interazioni e sinergie con i soggetti coinvolti nella attuazione delle strategie che si intendono realizzare;
3. verificare i vincoli e le opportunità offerte dall'ambiente di riferimento;
4. verificare i punti di forza e i punti di debolezza che caratterizzano la propria organizzazione rispetto alle strategie da realizzare.

Si riportano alcuni grafici che evidenziano fattori relativi al **contesto demografico** della Provincia BT.

La rappresentazione grafica mostra che la popolazione della Provincia BT al 01.01.2022 ammonta a **380.616 residenti**, di cui **188.153** maschi e **192.463** femmine.

Popolazione Istat al 01 gennaio 2022

Codice comune	Comune	Totale Maschi	Totale Femmine	Maschi + Femmine
110001	Andria	48.180	49.408	97.588
110002	Barletta	46.054	46.744	92.798
110003	Bisceglie	26.573	27.165	53.738
110004	Canosa di Puglia	13.933	14.254	28.187
110005	Margherita di Savoia	5.521	5.741	11.262
110006	Minervino Murge	4.077	4.221	8.298
110007	San Ferdinando di Puglia	6.846	6.867	13.713
110008	Spinazzola	2.908	3.119	6.027
110009	Trani	27.247	27.788	55.035
110010	Trinitapoli	6.814	7.156	13.970
Totale		188.153	192.463	380.616

Popolazione Istat al 1 Gennaio 2022 Suddivisa per Distretto e Fasce di Età

ETA'	DSS 1	DSS 2	DSS 3	DSS 4	DSS 5	TOTALE ASL
0-4	1.564	3.943	1.419	3.646	4.062	14.634
5-14	3.715	9.755	3.577	8.820	10.216	36.083
15-44 (M)	7.022	18.416	7.277	17.005	19.231	68.951
15-44 (F)	6.840	17.805	6.989	16.556	18.612	66.802
45-64	11.380	29.184	13.272	27.861	33.873	115.570
65-74	4.269	9.786	5.175	9.915	12.121	41.266
75 e oltre	4.155	8.699	4.803	8.995	10.658	37.310
Totale	38.945	97.588	42.512	92.798	108.773	380.616

Percentuale Popolazione Istat al 1 Gennaio 2022 Suddivisa per Distretto e Fasce di Età

ETA'	DSS 1	DSS 2	DSS 3	DSS 4	DSS 5	TOTALE ASL
0-4	4,02%	4,04%	3,34%	3,93%	3,73%	3,84%
5-14	9,54%	10,00%	8,41%	9,50%	9,39%	9,48%
15-44 (M)	18,03%	18,87%	17,12%	18,32%	17,68%	18,12%
15-44 (F)	17,56%	18,25%	16,44%	17,84%	17,11%	17,55%
45-64	29,22%	29,91%	31,22%	30,02%	31,14%	30,36%
65-74	10,96%	10,03%	12,17%	10,68%	11,14%	10,84%
75 e oltre	10,67%	8,91%	11,30%	9,69%	9,80%	9,80%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Anno	0-4	5-14	15-44	15-44 (F)	45-64	65-74	75 e oltre	Totale
2011	19.995	44.887	83.506	81.653	99.789	33.377	29.656	392.863
2012	19.389	44.440	81.975	80.035	101.503	34.625	29.803	391.770
2013	18.729	43.994	81.087	79.149	103.279	35.504	30.704	392.446
2014	18.144	43.591	80.100	78.317	105.073	36.853	31.691	393.769
2015	17.684	42.888	79.290	77.232	106.998	37.596	32.699	394.387
2016	16.936	42.006	78.138	76.107	108.558	38.057	33.732	393.534
2017	16.486	41.136	76.634	74.706	110.256	38.854	34.474	392.546
2018	16.207	39.984	75.448	73.424	111.809	39.260	35.092	391.224
2019	15.915	38.858	74.257	72.177	113.281	39.883	35.640	390.011
2020	15.221	37.713	71.987	69.853	113.744	40.502	35.781	384.801
2021	15.016	36.889	69.784	67.863	113.971	41.328	36.240	381.091
2022	14.634	36.083	68.951	66.802	115.570	41.266	37.310	380.616

La tabella evidenzia un incremento tendenziale della popolazione appartenente alle tre fasce d'età più elevate, sinonimo di un progressivo invecchiamento della popolazione. Ciò rappresenta un dato non trascurabile sotto il profilo dell'assistenza sanitaria.

Il rapporto con gli Stakeholder

Il rapporto con gli *stakeholders* è elemento cruciale nella performance di ogni Azienda.

Le forme tradizionali di coinvolgimento come, ad esempio, il dialogo e la contrattazione con i dipendenti (*stakeholders* interni), sono stati istituzionalizzati attraverso politiche tendenti alla valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

E' attraverso questi approcci che le organizzazioni rendono conto ai propri *stakeholders*, li coinvolgono nei propri processi e pongono in modo prioritario non solo l'impegno nel dialogo con gli *stakeholders* prima ignorati, ma anche con quelli più noti, con i quali la relazione è più consolidata, coinvolgendoli su temi e nuove modalità di rapporto.

E' altresì vero che la Pubblica Amministrazione e le organizzazioni della società civile e del lavoro stanno approcciando in modo rinnovato utenti, servizi e modalità di comunicazione.

L'imperativo della crescita e dello sviluppo dell'Azienda rafforza l'urgenza di coinvolgere gli *stakeholder* per la realizzazione di precisi obiettivi organizzativi e strategici così come richiesto dall'attuale normativa.

La P.A afferma oggi il concetto che è necessario assicurare il diritto di essere ascoltati a coloro che sono influenzati, o possono influenzare, le attività di un'organizzazione obbligando quest'ultima a farsi carico di queste aspettative.

Tali modalità di approccio accresce la conoscenza e la legittimazione degli *stakeholders* da parte dell'Azienda Sanitaria.

I valori così affermati o creati dal dialogo, rafforzano l'immagine pubblica e la statura etica.

Perché ciò accada, tali diritti e doveri hanno bisogno di essere stabiliti e attuati in modo credibile ed efficace.

L'obiettivo di Performance affidato a questa Azienda, sull'indagine degli *stakeholders*, è quello di individuare in modo capillare e specifico nell'ambito del settore di competenza, "qualsiasi gruppo o individuo che possa influenzare o essere influenzato dall'ottenimento degli obiettivi da parte dell'organizzazione".

Questa sfida insieme con il miglioramento della qualità della comunicazione, progettazione, implementazione e verifica viene accolta facendo leva su tre principi chiave:

- la **trasparenza**, intesa come la capacità di "rendere conto" agli *stakeholder*;
- la **rispondenza**, intesa come capacità di dare risposta alle aspettative degli *stakeholder*;
- la **conformità** alle norme di legge, agli indirizzi del Piano Triennale della Performance ed al Piano sulla Trasparenza;

In tal senso lo scopo principale che la ASL BT intende raggiungere è un coinvolgimento trasversale che consentirà:

- *alle aree e strutture aziendali* di progettare, implementare l'indagine sugli stakeholder, seguendo principi e criteri chiari; di informare gli stakeholder dell'approccio e consentire loro di avere una base certa per valutare le loro pratiche;
- *agli stakeholder* di identificare, valutare e commentare la qualità della comunicazione usando principi chiari e relativi criteri;
- *all'organo di verifica*, di valutare e commentare la qualità dell'indagine in termini di gestione e rilevanza e di come rispondono alle aspettative degli stakeholder.

Le recenti modifiche normative hanno rafforzato il principio della partecipazione dei cittadini e degli utenti (interni ed esterni) al processo di misurazione della performance organizzativa richiedendo alle amministrazioni di adottare sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione e di sviluppare le più ampie forme di partecipazione.

In tale senso l'ASL BT intende dare maggiore impulso a tali forme partecipative considerando le seguenti modalità:

- a) in modo sistematico ed organico attraverso le indagini di customer satisfaction volte a rilevare il grado di soddisfazione degli utenti in relazione alla qualità dei servizi erogati ed in ragione dello specifico contesto organizzativo al fine di poter rilevare gli eventuali elementi di criticità come possibili riferimenti per il miglioramento. Pertanto, dovrà essere garantita e predisposta un'adeguata e sistematica reportistica di monitoraggio periodico da parte degli uffici U.R.P., che consenta di analizzare i reclami e le segnalazioni (rilevanti e ricorrenti) acquisite al fine di individuare i punti di forza oppure di debolezza delle articolazioni/unità organizzative interessate. In tale senso potranno essere considerate anche le eventuali proposte e/o segnalazioni da parte del Comitato Consultivo Misto con le Associazioni di Volontariato iscritte nell'albo aziendale nonché di quanto previsto dal regolamento aziendale di Pubblica Tutela, approvato con deliberazione n. 1719 del 10 ottobre 2021;
- b) in modo diffuso ed aperto attraverso la comunicazione diretta degli utenti esterni ed interni all'O.I.V. attraverso segnalazioni sul proprio grado di soddisfazione per le attività e per i servizi erogati.

La ASL BT in cifre – Dati di attività

Rete Ospedaliera e Ambulatoriale

Nelle tabelle di seguito riportate si evidenziano i dati relativi all'attività ospedaliera dell'ASL BT. In particolari è stato estratto il numero dei ricoveri complessivi, sia in regime ordinario che in day hospital, riferito agli anni 2021 e 2020.

Di seguito si riportano i principali dati di attività relativi al 2021, concernenti l'assistenza ospedaliera, confrontati con quelli dell'esercizio 2020. I dati non includono quelli dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, evidenziati nel paragrafo dedicato al Dipartimento di Salute Mentale.

Ricoveri ordinari (fonte: sistema inform. Reg. "EDOTTO")

Anno 2021

Presidio	Posti letto	Ricoveri	Accessi	Accessi medi	Peso medio
	d.h.				
P.O. Andria - Canosa	0	0	0	0,0	0,00
P.O. Andria	9	39	118	3,0	0,70
P.O. Bisceglie	0	0	0	0,0	0,00
P.O. Barletta	20	716	1.561	2,2	0,52
TOTALI	29	755	1.679	2,2	0,53

Anno 2020

Presidio	Posti letto	Ricoveri	Accessi	Accessi medi	Peso medio
	d.h.				
P.O. Andria - Canosa					
P.O. Andria	6	214	574	2,7	0,51
P.O. Bisceglie	1	519	112	0,2	0,04
P.O. Barletta	9	54	1.167	21,6	4,99
TOTALI	16	787	1.853	2,4	0,51

Differenza 2021 vs. 2020

Presidio	Posti letto	Ricoveri d.h.	Accessi	Accessi medi	Peso medio
P.O. Andria - Canosa	0	0	0	0,0	0,00
P.O. Andria	3	-175	-456	0,3	0,19
P.O. Bisceglie	-1	-519	-112	-0,2	-0,04
P.O. Barletta	11	662	394	-19,4	-4,46
TOTALI	13	-32	-174	-0,1	0,03

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ricov. ord.	37.391	35.619	33.346	30.387	29.909	28.732	27.734	26.910	24.969	18.736	17.777
Ricov. diurni	12.754	12.398	8.451	5.394	2.836	2.336	2.688	2.076	1.136	787	755
Totale	50.145	48.017	41.797	35.781	32.745	31.068	30.422	28.986	26.105	19.523	18.532

Dal confronto dei dati informativi di Edotto Gestionale rilevati per gli anni 2021 e 2020 si evidenzia una riduzione dei casi trattati in regime di ricovero ordinario, pari a -7,6%, attribuibile principalmente alla diminuzione/blocco dei ricoveri programmati del P.O Bisceglie e Barletta causa pandemia.

Sempre per effetto della pandemia, anche l'attività in regime di Day Hospital/ Day Surgery ha subito una notevole diminuzione complessiva, congiuntamente all'implementazione del "setting" assistenziale denominato "Day Service", le cui risultanze sono riportate nelle tabelle relative all'attività ambulatoriale, che consiste in pacchetti di prestazioni ambulatoriali effettuabili in più accessi, ai fini diagnostici e/o terapeutici. Tutto ciò ha, di fatto, trasformato, attraverso un percorso virtuoso, un consistente numero di ricoveri in pacchetti di prestazioni ambulatoriali complesse.

Il fenomeno sopra descritto, determinato anche da una maggiore attenzione all'appropriatezza dei ricoveri ed al maggiore filtro operato dalle strutture di emergenza/urgenza e di assistenza alla cronicità, possono purtroppo avere ripercussioni sull'incremento dei flussi migratori intra ed extra regionali, laddove non vengano applicate le medesime regole di appropriatezza, motivo per cui l'Azienda ha incrementato le attività di controllo da parte dell'UVAR.

Al fine di poter valutare i volumi di produzione e i principali indicatori di attività, attraverso un confronto con le restanti Asl pugliesi, si è proceduto ad incrociare le risultanze del 2022 con il dato anno 2019 (Pre COVID), raffrontando per disciplina, le risultanze delle singole Unità Operative con il dato medio delle asl Pugliesi. Si riportano di seguito le risultanze emerse.

Una prima analisi effettuata ha riguardato i volumi di produzione, in termini economici, ed in particolare la variazione % registrata a tutto settembre 2022 raffrontata al medesimo periodo del 2019 (Anno di riferimento pre-covid) (Fonte Sistema Informativo Direzionale DISAR).

DISCIPLINE CHIRURGICHE: Confronto con la media regionale delle restanti Asl

Come si evince dalla lettura del seguente report, in Regione Puglia si registra una **riduzione media a livello regionale** rispettivamente del **-12% del valore dei ricoveri** e del **-33% del valore delle prestazioni ambulatoriali e day service**. **Diversamente, per l'Asl Bt** si registra una riduzione dell' **-1% del valore dei ricoveri e del -20% del valore delle prestazioni ambulatoriali e di day service**. Alla luce di quanto evidenziato in termini di volumi si può pertanto affermare che l'attività chirurgica di ricovero è riuscita a recuperare il gap del precedente biennio dovuto alla pandemia.

Si riporta di seguito il report per singola disciplina:

Disciplina	Asl Regione Puglia					
	2019		2022		22 / 19 Var. %	
	Ricoveri	Amb/day S	Ricoveri	Amb/day S	Ricoveri	Amb/day S
09 - chirurgia generale	60.713.357	9.904.099	52.655.474	5.988.774	-13%	-40%
12 - chirurgia plastica	3.703.359	1.582.313	2.822.976	538.884	-24%	-66%
30 - neurochirurgia	16.966.748	175.062	13.514.188	127.793	-20%	-27%
34 - oculistica	2.659.928	14.092.269	1.523.093	9.396.649	-43%	-33%
36 - ortopedia e traumatologia	64.147.769	5.200.598	57.106.828	2.843.515	-11%	-45%
37 - ostetricia e ginecologia	36.832.027	5.870.840	31.519.038	4.832.613	-14%	-18%
38 - otorinolaringoiatria	9.798.161	1.845.650	8.725.531	1.484.692	-11%	-20%
43 - urologia	17.022.452	2.850.557	18.718.458	2.552.755	10%	-10%
	211.843.800	41.521.388	186.585.586	27.765.674	-12%	-33%

Con riferimento a ciascuna disciplina, nelle ultime due colonne è possibile verificare in verde le strutture che hanno avuto nel 2022 sul 2019, una variazione %, migliore di quella registrata nelle medesime discipline delle restanti asl pugliesi, ed in rosso le strutture che registrano un peggioramento.

Disciplina	Asl Puglia		Asl BT						Performance Rispetto A Media Asl Regione Puglia	
	22 / 19 Var. %		2019		2022		22 / 19 Var. %		Ricoveri	Amb/day s
	Ricoveri	Amb/day S	Ricoveri	Amb/day S	Ricove ri	Amb/d ay	Ricoveri	Amb/day s		
09 - chirurgia generale	-13%	-40%	7.647.471	784.415	7.479.555	660.555	-2%	-16%	Migliore	Migliore
12 - chirurgia plastica	-24%	-66%	0	252.266	0	374.595	0%	48%	Migliore	Migliore
30 - neurochirurgia	-20%	-27%	3.143.962	25.347	3.307.392	15.517	5%	-39%	Migliore	Peggior
34 - oculistica	-43%	-33%	196.026	1.436.780	204.014	1.053.584	4%	-27%	Migliore	Migliore
36 - ortopedia e traumatologia	-11%	-45%	7.517.870	783.847	6.574.591	419.340	-13%	-47%	Peggior	Peggior
37 - ostetricia e ginecologia	-14%	-18%	4.094.716	521.131	2.285.997	422.540	-44%	-19%	Peggior	Peggior
38 - otorinolaringoiatria	-11%	-20%	2.381.337	430.823	2.252.889	453.036	-5%	5%	Migliore	Migliore
43 - urologia	10%	-10%	1.339.023	400.603	3.987.325	330.557	198%	-17%	Migliore	Peggior
	-12%	-33%	26.320.405	4.635.211	26.091.764	3.729.723	-1%	-20%	Migliore	Migliore

DISCIPLINE MEDICHE: Confronto con la media regionale delle restanti Asl

Anche per le disciplina mediche, si registra un miglioramento dei volumi di produzione rispetto alla media regionale. Nello specifico, a fronte di una **riduzione media a livello regionale** rispettivamente del **-22% del valore dei ricoveri** e del **-39% del valore delle prestazioni ambulatoriali e di day service**, è possibile evince **per l'Asl Bt una minore riduzione pari al -17% del valore dei ricoveri e del -15% del valore delle prestazioni ambulatoriali e di day service**.



ASL BT

PugliaSalute

Disciplina	Asl Regione Puglia				Asl Puglia	
	2019		2022		22 / 19 Var. %	
	Ricoveri	Amb/day S	Ricoveri	Amb/day S	Ricoveri	Amb/day S
08 - cardiologia	31.806.869	2.872.550	26.191.162	1.683.687	-18%	-41%
18 - ematologia	11.949.094	2.820.394	9.503.616	2.623.606	-20%	-7%
21 - geriatria	9.584.741	100.252	5.517.252	23.174	-42%	-77%
24 - malattie infettive e tropicali	7.390.883	482.486	7.027.633	234.728	-5%	-51%
26 - medicina generale	71.885.062	6.106.499	51.801.787	6.577.230	-28%	8%
29 - nefrologia	14.347.098	42.934.484	9.905.587	21.075.043	-31%	-51%
31 - nido	20.059.656	483.940	13.062.937	360.199	-35%	-26%
32 - neurologia	16.685.208	1.270.360	12.944.777	981.414	-22%	-23%
39 - pediatria	8.792.304	395.328	6.356.028	350.599	-28%	-11%
40 - psichiatria	6.227.910	59.500	4.413.874	66.297	-29%	11%
49 - terapia intensiva	21.330.110	1.002.293	18.693.227	1.520.956	-12%	52%
50 - unità coronarica	34.210.574	1.464.527	29.049.488	790.139	-15%	-46%
56 - recupero e riabilitazione funzionale	7.444.785	44.206	8.332.145	59.281	12%	34%
58 - gastroenterologia	5.332.098	999.668	3.896.826	823.739	-27%	-18%
60 - lungodegenti	3.310.723	3.359	2.359.372	5.746	-29%	71%
64 - oncologia	7.176.049	4.762.596	4.732.358	3.216.878	-34%	-32%
94 - terapia semintensiva	0	0	3.528.913	0	0%	0%
	277.533.164	65.802.442	217.316.984	40.392.715	-22%	-39%

DISCIPLINE MEDICHE

Disciplina	Asl Puglia		Asl BT						Performance Rispetto A Media Asl Regione Puglia	
	22 / 19 Var. %		2019		2022		22 / 19 Var. %		Ricoveri	Amb/day s
	Ricoveri	Amb/day S	Ricoveri	Amb/day S	Ricoveri	Amb/day S	Ricoveri	Amb/day S	Ricoveri	Amb/day s
08 - cardiologia	-18%	-41%	3.453.006	210.055	1.536.944	202.426	-55%	-4%	Peggior	Miglior
18 - ematologia	-20%	-7%	2.012.566	271.072	1.792.150	706.706	-11%	161%	Miglior	Miglior
21 - geriatria	-42%	-77%	557.878	26.219	0	0	-100%	-100%	Peggior	Peggior
24 - malattie infettive e tropicali	-5%	-51%	1.671.774	99.725	1.295.899	88.278	-22%	-11%	Peggior	Miglior
26 - medicina generale	-28%	8%	7.617.139	404.139	6.043.610	86.330	-21%	-79%	Miglior	Peggior
29 - nefrologia	-31%	-51%	2.087.028	4.788.075	1.422.978	3.316.347	-32%	-31%	Peggior	Miglior
31 - nido	-35%	-26%	2.579.859	82.048	937.726	81.369	-64%	-1%	Peggior	Miglior
32 - neurologia	-22%	-23%	2.255.744	261.101	2.438.021	250.984	8%	-4%	Miglior	Miglior
39 - pediatria	-28%	-11%	1.346.704	28.511	1.053.631	30.193	-22%	6%	Miglior	Miglior
40 - psichiatria	-29%	11%	698.943	0	677.358	21	-3%	0%	Miglior	Peggior
49 - terapia intensiva	-12%	52%	3.830.582	293.895	4.629.136	671.707	21%	129%	Miglior	Miglior
50 - unità coronarica	-15%	-46%	5.083.242	162.634	4.054.368	108.906	-20%	-33%	Peggior	Miglior
56 - recupero e riabilitazione funzionale	12%	34%	0	0	466.251	0	0%	0%	Peggior	Peggior
58 - gastroenterologia	-27%	-18%	991.112	33.372	1.521.661	161.446	54%	384%	Miglior	Miglior
60 - lungodegenti	-29%	71%	145.992	0	169.092	0	16%	0%	Miglior	Peggior
64 - oncologia	-34%	-32%	1.184.238	92.868	1.139.833	44.448	-4%	-52%	Miglior	Peggior
94 - terapia semintensiva	0%	0%	0	0	421.074	0	0%	0%	Miglior	Miglior
	-22%	-39%	35.515.806	6.753.715	29.599.732	5.749.161	-17%	-15%	Miglior	Miglior

ALTRE DISCIPLINE

In ultimo per le restanti discipline e con riferimento alla sola attività ambulatoriale, si registra un risultato eccellente se si considera che, a fronte di una **riduzione media a livello regionale del -18% del valore delle prestazioni ambulatoriali e di day service**, si registra per l'Asl Bt in controtendenza un incremento del 9% con un delta % del 27%. Uniche eccezioni le attività riabilitazione territoriale (il cui dato comunque non contempla le restanti attività di sicuro piu' significative e quelle di P.S. che si ritiene possano essere correlate agli ex "Codici Bianchi" il cui dato in controtendenza potrebbe non essere del tutto negativo.

Si riporta di seguito il report per singola disciplina:

Disciplina	Asl Regione Puglia				Asl Puglia	
	2019		2022		22 / 19 Var. %	
	Ricoveri	Amb/day S	Ricoveri	Amb/day S	Ricoveri	Amb/day S
70 - radioterapia	0	7.749.145	0	10.919.665	0%	41%
200 - Specialistica Distretti	0	60.723.227	0	44.026.287	0%	-27%
201 - radiologia	0	25.320.124	0	17.417.066	0%	-31%
202 - laboratorio di analisi	0	33.811.826	0	34.930.374	0%	3%
203 - medicina nucleare	0	9.874.311	0	8.687.845	0%	-12%
205 - anatomia patologica	0	1.499.099	0	1.353.455	0%	-10%
206 - pronto soccorso	0	31.299.434	0	21.100.102	0%	-33%
207 - trasfusionale	0	3.588.861	0	2.823.209	0%	-21%
210 - endoscopia digestiva	0	253.367	0	683.974	0%	170%
211 - Pneumologia territoriale	0	1.030.367	0	797.114	0%	-23%
212 - Riabilitazione Territoriale	0	256.718	0	232.046	0%	-10%
	0	175.406.480	0	142.971.138	0%	-18%

Disciplina	Asl Puglia		Asl BT						Performance Rispetto A Media Asl Regione Puglia	
	22 / 19 Var. %		2019		2022		22 / 19 Var. %		Ricoveri	Amb/day S
	Ricoveri	Amb/day S	Ricoveri	Amb/day S	Ricoveri	Amb/day S	Ricoveri	Amb/day S	Ricoveri	Amb/day S
70 - radioterapia	0%	41%	0	1.675.317	0	3.582.454	0%	114%		Migliore
200 - Specialistica Distretti	0%	-27%	0	6.611.089	0	8.375.496	0%	27%		Migliore
201 - radiologia	0%	-31%	0	2.793.296	0	2.588.670	0%	-7%		Migliore
202 - laboratorio di analisi	0%	3%	0	1.540.257	0	2.115.470	0%	37%		Migliore
203 - medicina nucleare	0%	-12%	0	2.889.314	0	2.712.194	0%	-6%		Migliore
205 - anatomia patologica	0%	-10%	0	378.107	0	382.681	0%	1%		Migliore
206 - pronto soccorso	0%	-33%	0	3.684.386	0	1.631.429	0%	-56%		Peggior
207 - trasfusionale	0%	-21%	0	632.748	0	517.478	0%	-18%		Migliore
210 - endoscopia digestiva	0%	170%	0	150.322	0	412.796	0%	175%		Migliore
211 - Pneumologia territoriale	0%	-23%	0	461.421	0	434.043	0%	-6%		Migliore
212 - Riabilitazione Territoriale	0%	-10%	0	228.214	0	183.581	0%	-20%		Peggior
	0%	-18%	0	21.044.472	0	22.936.292	0%	9%		Migliore

ANALISI DEI PRINCIPALI INDICATORI DI ATTIVITÀ PER DISCIPLINA CONFRONTATI CON L'ANDAMENTO MEDIO DELLE MEDESIME DISCIPLINE PRESENTI NELLE RESTANTI ASL REGIONALI.

Ultimata l'analisi sul valore della produzione, si riporta di seguito, per singola disciplina, una analisi dei principali indicatori di attività che confronta i primi 9 mesi del 2022 con analogo periodo 2021 evidenziando altresì, per ciascun indicatore, il posizionamento rispetto alle U.O. afferenti alle restanti Asl Pugliesi. Oltre alla posizione rispetto alle altre Asl Pugliesi, la colorazione riportata nelle celle sta

ad indicare con il colore verde, che la struttura si colloca nel 25% delle strutture più performanti, con il colore giallo, che la struttura si colloca fra il 25% e il 50% delle strutture regionali, ed infine con il **colore rosso**, sotto il 50% e dunque al di sotto del dato medio regionale.

REPARTI CHIRURGICI

CHIRURGIE

09 - chirurgia generale - Gennaio - Settembre Anno 2022			Chirurgia Generale - Asl Regione Puglia	Chirurgia Generale - Asl Regione Puglia	Chirurgia Generale - Stabilimento Andria	Chirurgia Generale - Stabilimento Andria	Chirurgia Generale - Stabilimento Barletta	Chirurgia Generale - Stabilimento Barletta	Chirurgia Generale - Stabilimento Bisceglie	Chirurgia Generale - Stabilimento Bisceglie
D0	DATI ECONOMICI		2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021
RF1	Ricoveri ordinari (Valore)	Euro	52.222.759	48.281.330	4.107.602	5.140.180	2.194.226	1.046.243	977.573	54.776
RF2	Day Hospital (Valore)	Euro	432.715	365.403	0	0	200.154	34.619	0	0
RF3	Day Service e/o Prest. Magg.	Euro	4.468.334	2.724.308	308.776	3.441	104.363	82.448	157.065	139.016
RF4	Prestazioni ambulatoriali	Euro	1.520.440	1.782.290	25.254	40.046	25.182	30.667	39.914	36.806
D3	INDICATORI			0,00						
D3-2.1	Drg Medio	Euro	3.828	3.902	4.838	5.451	3.757	3.684	3.418	4.565
			Drg Medio Asl Regione Puglia	Drg Medio Asl Regione Puglia	Performance eccellente	Performance eccellente	Performance insufficiente	Performance insufficiente	Performance insufficiente	Performance buona
D3-1a1	DegenzaMedia	N.ro gg	6,2	6,5	7,4	7,4	8,5	7,4	5,9	4,8
			DegenzaMedia Asl Regione Puglia	DegenzaMedia Asl Regione Puglia	Performance insufficiente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al
D3-1a2	Peso Medio Ricoveri	N.ro	1,263	1,277	1,470	1,607	1,177	1,174	1,157	1,300
			Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia	Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia	Performance eccellente posizionata al	Performance eccellente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance buona posizionata al
D3-1a3	Degenza media pre-operatoria	N.ro gg	1,6	1,7	2,0	2,2	2,1	1,4	1,4	0,3
			Degenza media pre-operatoria Asl Regione Puglia	Degenza media pre-operatoria Asl Regione Puglia	Performance insufficiente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance buona posizionata al	Performance buona posizionata al	Performance eccellente posizionata al
D3-1a4	Appropriatezza Chirurgica (Drg Chir / Ricoveri)	%	67,4%	64,5%	74,6%	78,6%	73,5%	57,0%	81,5%	91,7%
			Appropriatezza Chirurgica (Drg Chir / Ricoveri) Asl Regione Puglia	Appropriatezza Chirurgica (Drg Chir / Ricoveri) Asl Regione Puglia	Performance buona posizionata al	Performance eccellente posizionata al	Performance buona posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance eccellente posizionata al	Performance eccellente posizionata al
D3-1a5	Appropriatezza DRG Lea/Drg	%	27,7%	27,1%	17,9%	14,7%	34,1%	22,5%	35,3%	0,0%
			Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia	Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia	Performance eccellente	Performance eccellente	Performance insufficiente	Performance buona	Performance insufficiente	
D3-1a6	Dimissioni Volont./Ricoveri	%	3,4%	3,5%	4,5%	4,9%	3,6%	3,5%	0,7%	0,0%
			Dimissioni Volont./Ricoveri Asl Regione Puglia	Dimissioni Volont./Ricoveri Asl Regione Puglia	Performance insufficiente	Performance insufficiente	Performance insufficiente	Performance insufficiente	Performance eccellente	Performance eccellente
D3-1a9	Indice di mobilità attiva ric. Ord.	%	11,4%	11,0%	19,7%	17,5%	13,0%	7,4%	5,9%	8,3%
			Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl Regione Puglia	Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl Regione Puglia	Performance eccellente	Performance eccellente	Performance buona	Performance insufficiente	Performance insufficiente	Performance buona
D3-1a10	Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari	%	0,836%	0,760%	0,707%	0,318%	0,514%	0,352%	0,350%	0,000%
			Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia	Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia	Performance buona	Performance eccellente	Performance buona	Performance buona	Performance eccellente	Performance eccellente

NEUROCHIRURGIA

30 - neurochirurgia - Gennaio - Settembre Anno 2022			Neurochirurgia - Asl Regione Puglia	Neurochirurgia - Asl Regione Puglia	Neurochirurgia - Stabilimento Andria	Neurochirurgia - Stabilimento Andria
D0	DATI ECONOMICI		2022	2021	2022	2021
RF1	Ricoveri ordinari (Valore)	Euro	13.490.110	15.317.056	3.307.392	3.287.962
RF2	Day Hospital (Valore)	Euro	24.078	7.926	0	235
RF3	Day Service e/o Prest. Magg.	Euro	45.118	32.084	650	0
RF4	Prestazioni ambulatoriali	Euro	82.675	86.499	14.867	15.889
D3	INDICATORI			0,00		
D3-2.1	Drg Medio	Euro	6.997 Drg Medio Asl Regione Puglia	7.215 Drg Medio Asl Regione Puglia	8.187 Performance eccellente	8.324 Performance eccellente
D3-1a1	DegenzaMedia	N.ro gg	9,5 DegenzaMedia Asl Regione Puglia	10,1 DegenzaMedia Asl Regione Puglia	8,3 Performance insufficiente posizionata al	9,0 Performance buona posizionata al
D3-1a2	Peso Medio Ricoveri	N.ro	1,957 Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia	1,990 Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia	2,237 Performance eccellente posizionata al	2,262 Performance eccellente posizionata al
D3-1a3	Degenza media pre- operatoria	N.ro gg	3,1 Degenza media pre-operatoria Asl Regione Puglia	3,1 Degenza media pre- operatoria Asl Regione Puglia	3,6 Performance insufficiente posizionata al	3,8 Performance insufficiente posizionata al
D3-1a4	Appropriatezza Chirurgica (Drg Chir / Ricoveri)	%	61,1% Appropriatezza Chirurgica (Drg Chir / Ricoveri)	59,3% Appropriatezza Chirurgica (Drg Chir / Ricoveri) Asl	83,9% Performance eccellente posizionata al	77,7% Performance eccellente posizionata al
D3-1a5	Appropriatezza DRG Lea/Drg	%	9,1% Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia	7,6% Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia	5,2% Performance eccellente	6,3% Performance insufficiente
D3-1a6	Dimissioni Volont./Ricoveri	%	3,4% Dimissioni Volont. /Ricoveri Asl Regione Puglia	4,1% Dimissioni Volont./ Ricoveri Asl Regione Puglia	1,7% Performance buona	2,8% Performance buona
D3-1a9	Indice di mobilità attiva ric. Ord.	%	17,3% Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl	13,6% Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl	33,4% Performance eccellente	23,0% Performance eccellente
D3-1a10	Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari	%	1,037% Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia	0,801% Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia	0,990% Performance insufficiente posizionata al	1,013% Performance insufficiente posizionata al

OCULISTICA

34 - oculistica - Gennaio - Settembre Anno 2022			Oculistica - Asl Regione Puglia	Oculistica - Asl Regione Puglia	Oculistica - Stabilimento Barletta	Oculistica - Stabilimento Barletta
D0	DATI ECONOMICI		2022	2021	2022	2021
RF1	Ricoveri ordinari (Valore)	Euro	1.361.018	1.490.460	180.129	80.597
RF2	Day Hospital (Valore)	Euro	162.075	326.849	23.885	15.011
RF3	Day Service e/o Prest. Magg.	Euro	7.172.565	4.429.593	526.631	158.785
RF4	Prestazioni ambulatoriali	Euro	2.224.084	1.905.666	84.278	25.066
D3	INDICATORI			0,00		
D3-2.1	Drg Medio	Euro	2.050 Drg Medio Asl Regione Puglia	1.987 Drg Medio Asl Regione Puglia	1.896 Performance insufficiente	1.966 Performance buona
D3-1a1	DegenzaMedia	N.ro gg	5,7 DegenzaMedia Asl Regione Puglia	5,9 DegenzaMedia Asl Regione Puglia	5,4 Performance insufficiente posizionata al	6,0 Performance insufficiente posizionata al
D3-1a2	Peso Medio Ricoveri	N.ro	0,896 Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia	0,886 Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia	0,834 Performance insufficiente posizionata al	0,821 Performance insufficiente posizionata al
D3-1a3	Degenza media pre-operatoria	N.ro gg	1,9 Degenza media pre-operatoria Asl Regione Puglia	2,2 Degenza media pre-operatoria Asl Regione Puglia	1,1 Performance buona posizionata al	0,8 Performance buona posizionata al
D3-1a4	Appropriatezza Chirurgica (Drg Chir / Ricoveri)	%	73,9% Appropriatezza Chirurgica (Drg Chir / Ricoveri) Asl Regione Puglia	72,0% Appropriatezza Chirurgica (Drg Chir / Ricoveri) Asl Regione Puglia	67,4% Performance insufficiente posizionata al	58,5% Performance insufficiente posizionata al
D3-1a5	Appropriatezza DRG Lea/Drg	%	73,7% Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia	79,8% Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia	72,1% Performance insufficiente	64,7% Performance buona
D3-1a6	Dimissioni Volont./Ricoveri	%	4,2% Dimissioni Volont./Ricoveri Asl Regione Puglia	2,9% Dimissioni Volont./Ricoveri Asl Regione Puglia	3,2% Performance buona	9,8% Performance insufficiente
D3-1a9	Indice di mobilità attiva ric. Ord.	%	14,8% Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl Regione Puglia	18,8% Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl Regione Puglia	23,2% Performance buona	9,8% Performance insufficiente
D3-1a10	Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari	%	0,452% Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia	1,067% Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia	1,053% Performance insufficiente	0,000% Performance eccellente

ORTOPEDIA

36 - ortopedia e traumatologia - Gennaio - Settembre Anno 2022			Ortopedia E Traumatologia - Asl Regione Puglia	Ortopedia E Traumatologia - Asl Regione Puglia	Ortopedia E Traumatologia - Stabilimento Andria	Ortopedia E Traumatologia - Stabilimento Andria	Ortopedia E Traumatologia - Stabilimento Barletta	Ortopedia E Traumatologia - Stabilimento Barletta	Ortopedia E Traumatologia - Stabilimento Bisceglie	Ortopedia E Traumatologia - Stabilimento Bisceglie
D0	DATI ECONOMICI		2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021
RF1	Ricoveri ordinari (Valore)	Euro	56.636.290	52.686.765	3.078.041	3.657.958	3.250.848	1.560.594	245.702	0
RF2	Day Hospital (Valore)	Euro	470.538	408.683	0	0	0	0	0	0
RF3	Day Service e/o Prest. Magg.	Euro	1.943.565	1.522.700	134.950	133.329	70.523	19.804	117.178	88.429
RF4	Prestazioni ambulatoriali	Euro	899.950	956.069	27.745	26.560	34.938	26.811	34.006	29.933
D3	INDICATORI			0,00						
D3-2.1	Drg Medio	Euro	5.260	5.186	6.577	6.509	5.815	5.067	5.850	0
			Drg Medio Asl Regione Puglia	Drg Medio Asl Regione Puglia	Performance eccellente	Performance eccellente	Performance buona	Performance insufficiente	Performance buona	
D3-1a1	DegenzaMedia	N.ro gg	6,8	6,7	6,5	6,6	7,6	7,1	5,0	0,0
			DegenzaMedia Asl Regione Puglia	DegenzaMedia Asl Regione Puglia	Performance insufficiente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance buona posizionata al	
D3-1a2	Peso Medio Ricoveri	N.ro	1,489	1,475	1,771	1,765	1,575	1,438	1,544	0,000
			Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia	Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia	Performance eccellente posizionata al	Performance eccellente posizionata al	Performance buona posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance buona posizionata al	
D3-1a3	Degenza media pre-operatoria	N.ro gg	2,2	2,3	2,2	2,5	2,2	2,4	0,7	0,0
			Degenza media pre-operatoria Asl Regione Puglia	Degenza media pre-operatoria Asl Regione Puglia	Performance insufficiente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance eccellente posizionata al	
D3-1a4	Appropriatezza Chirurgica (Drg Chir / Ricoveri)	%	88,0%	88,8%	94,0%	92,7%	89,1%	83,4%	97,6%	0,0%
			Appropriatezza Chirurgica (Drg Chir / Ricoveri) Asl Regione Puglia	Appropriatezza Chirurgica (Drg Chir / Ricoveri) Asl Regione Puglia	Performance buona posizionata al	Performance buona posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance eccellente posizionata al	
D3-1a5	Appropriatezza DRG Lea/Drg	%	19,1%	19,5%	2,1%	1,8%	13,1%	16,2%	23,8%	0,0%
			Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia	Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia	Performance eccellente	Performance eccellente	Performance buona	Performance insufficiente	Performance insufficiente	
D3-1a6	Dimissioni Volont./Ricoveri	%	2,1%	2,2%	0,2%	1,1%	0,7%	1,3%	2,4%	0,0%
			Dimissioni volont./Ricoveri Asl Regione Puglia	Dimissioni volont./Ricoveri Asl Regione Puglia	Performance buona	Performance buona	Performance buona	Performance buona	Performance insufficiente	
D3-1a9	Indice di mobilità attiva ric. Ord.	%	11,3%	11,4%	20,7%	9,8%	9,1%	11,4%	38,1%	0,0%
			Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl Regione Puglia	Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl Regione Puglia	Performance eccellente	Performance insufficiente	Performance insufficiente	Performance buona	Performance eccellente	
D3-1a10	Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari	%	0,483%	0,482%	1,068%	0,178%	0,358%	0,649%	2,381%	0,000%
			Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia	Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia	Performance insufficiente	Performance buona	Performance insufficiente	Performance insufficiente	Performance insufficiente	

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

37 - ostetricia e ginecologia - Gennaio - Settembre Anno 2022			Ostetricia E Ginecologia - Asl Regione Puglia	Ostetricia E Ginecologia - Asl Regione Puglia	Ostetricia E Ginecologia - Stabilimento Andria	Ostetricia E Ginecologia - Stabilimento Andria	Ostetricia E Ginecologia - Stabilimento Barletta	Ostetricia E Ginecologia - Stabilimento Barletta	Ostetricia E Ginecologia - Stabilimento Bisceglie	Ostetricia E Ginecologia - Stabilimento Bisceglie
D0	DATI ECONOMICI		2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021
RF1	Ricoveri ordinari (Valore)	Euro	29.364.855	31.436.515	1.062.487	1.185.446	964.881	1.031.412	0	0
RF2	Day Hospital (Valore)	Euro	2.154.183	1.923.235	1.914	8.190	256.716	239.327	0	0
RF3	Day Service e/o Prest. Magg.	Euro	2.920.331	2.644.440	113.074	55.710	125.786	56.704	0	0
RF4	Prestazioni ambulatoriali	Euro	1.912.282	1.853.483	98.796	72.387	67.492	46.732	17.392	18.814
D3	INDICATORI			0,00						
D3-2.1	Drg Medio	Euro	1.764	1.739	1.730	1.698	1.451	1.407	0	0
			Drg Medio Asl Regione Puglia	Drg Medio Asl Regione Puglia	Performance insufficiente	Performance insufficiente	Performance insufficiente	Performance insufficiente		
D3-1a1	DegenzaMedia	N.ro gg	3,8	3,8	3,2	3,2	3,8	3,9	0,0	0,0
			DegenzaMedia Asl Regione Puglia	DegenzaMedia Asl Regione Puglia	Performance eccellente posizionata al	Performance eccellente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al		
D3-1a2	Peso Medio Ricoveri	N.ro	0,622	0,614	0,614	0,601	0,536	0,516	0,000	0,000
			Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia	Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia	Performance insufficiente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al		
D3-1a3	Degenza media pre-operatoria	N.ro gg	0,9	0,9	0,5	0,5	0,7	0,8	0,0	0,0
			Degenza media pre-operatoria Asl Regione Puglia	Degenza media pre-operatoria Asl Regione Puglia	Performance eccellente posizionata al	Performance eccellente posizionata al	Performance buona posizionata al	Performance insufficiente posizionata al		
D3-1a4	Appropriatezza Chirurgica (Drg Chir / Ricoveri)	%	45,7%	45,6%	43,7%	41,8%	27,7%	23,4%	0,0%	0,0%
			Appropriatezza Chirurgica (Drg Chir / Ricoveri) Asl Regione Puglia	Appropriatezza Chirurgica (Drg Chir / Ricoveri) Asl Regione Puglia	Performance insufficiente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al		
D3-1a5	Appropriatezza DRG Lea/Drg	%	12,3%	12,2%	2,9%	3,5%	13,9%	10,0%	0,0%	0,0%
			Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia	Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia	Performance eccellente	Performance eccellente	Performance insufficiente	Performance buona		
D3-1a6	Dimissioni Volont./Ricoveri	%	4,1%	3,8%	1,0%	0,4%	4,4%	5,2%	0,0%	0,0%
			Dimissioni volont./Ricoveri Asl Regione Puglia	Dimissioni volont./Ricoveri Asl Regione Puglia	Performance buona	Performance eccellente	Performance insufficiente	Performance insufficiente		
D3-1a9	Indice di mobilità attiva ric. Ord.	%	19,3%	19,8%	10,1%	10,2%	13,2%	12,0%	0,0%	0,0%
			Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl Regione Puglia	Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl Regione Puglia	Performance insufficiente	Performance insufficiente	Performance insufficiente	Performance insufficiente		
D3-1a10	Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari	%	0,408%	0,559%	0,651%	0,287%	0,602%	0,546%	0,000%	0,000%
			Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia	Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia	Performance insufficiente	Performance eccellente	Performance insufficiente	Performance insufficiente		

OTORINOLARINGOIATRIA

38 - otorinolaringoiatria - Gennaio - Settembre Anno 2022			Otorinolaringoiatria - Asl Regione Puglia	Otorinolaringoiatria - Asl Regione Puglia	Otorinolaringoiatria - Stabilimento Barletta	Otorinolaringoiatria - Stabilimento Barletta
D0	DATI ECONOMICI		2022	2021	2022	2021
RF1	Ricoveri ordinari (Valore)	Euro	8.574.163	7.086.254	2.241.617	1.864.110
RF2	Day Hospital (Valore)	Euro	151.368	172.842	11.273	32.354
RF3	Day Service e/o Prest. Magg.	Euro	833.089	501.692	269.819	296.989
RF4	Prestazioni ambulatoriali	Euro	651.603	620.418	183.217	154.485
D3	INDICATORI			0,00		
D3-2.1	Drg Medio	Euro	3.278 Drg Medio Asl Regione Puglia	3.255 Drg Medio Asl Regione Puglia	4.237 Performance eccellente	4.731 Performance eccellente
D3-1a1	DegenzaMedia	N.ro gg	4,8 DegenzaMedia Asl Regione Puglia	5,5 DegenzaMedia Asl Regione Puglia	6,0 Performance insufficiente posizionata al	6,4 Performance insufficiente posizionata al
D3-1a2	Peso Medio Ricoveri	N.ro	1,101 Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia	1,112 Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia	1,295 Performance eccellente posizionata al	1,433 Performance eccellente posizionata al
D3-1a3	Degenza media pre-operatoria	N.ro gg	0,9 Degenza media pre-operatoria Asl Regione Puglia	1,3 Degenza media pre-operatoria Asl Regione Puglia	1,1 Performance insufficiente posizionata al	1,4 Performance insufficiente posizionata al
D3-1a4	Appropriatezza Chirurgica (Drg Chir / Ricoveri)	%	70,2% Appropriatezza Chirurgica (Drg Chir / Ricoveri)	65,8% Appropriatezza Chirurgica (Drg Chir / Ricoveri) Asl	81,5% Performance buona posizionata al	81,0% Performance eccellente posizionata al
D3-1a5	Appropriatezza DRG Lea/Drg	%	41,0% Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia	43,0% Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia	9,3% Performance eccellente	5,3% Performance eccellente
D3-1a6	Dimissioni Volont./Ricoveri	%	4,3% Dimissioni Volont./Ricoveri Asl Regione Puglia	5,1% Dimissioni Volont./Ricoveri Asl Regione Puglia	1,9% Performance insufficiente	1,8% Performance insufficiente
D3-1a9	Indice di mobilità attiva ric. Ord.	%	20,0% Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl	18,7% Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl	29,9% Performance eccellente	31,5% Performance eccellente
D3-1a10	Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari	%	0,497% Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia	1,102% Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia	0,189% Performance buona	0,761% Performance buona

UROLOGIA

43 - urologia - Gennaio - Settembre Anno 2022			Urologia - Asl Regione Puglia	Urologia - Asl Regione Puglia	Urologia - Stabilimento Andria	Urologia - Stabilimento Andria
D0	DATI ECONOMICI		2022	2021	2022	2021
RF1	Ricoveri ordinari (Valore)	Euro	18.584.305	17.826.086	3.987.325	4.133.687
RF2	Day Hospital (Valore)	Euro	134.154	264.484	0	0
RF3	Day Service e/o Prest. Magg.	Euro	1.078.623	1.091.144	192.750	240.234
RF4	Prestazioni ambulatoriali	Euro	1.474.132	1.555.364	137.807	105.677
D3	INDICATORI			0,00		
D3-2.1	Drg Medio	Euro	3.597 Drg Medio Asl Regione Puglia	3.651 Drg Medio Asl Regione Puglia	6.023 Performance eccellente	5.839 Performance eccellente
D3-1a1	DegenzaMedia	N.ro gg	5,1 DegenzaMedia Asl Regione Puglia	5,4 DegenzaMedia Asl Regione Puglia	5,7 Performance insufficiente posizionata al	5,9 Performance insufficiente posizionata al
D3-1a2	Peso Medio Ricoveri	N.ro	1,108 Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia	1,120 Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia	1,722 Performance eccellente posizionata al	1,666 Performance eccellente posizionata al
D3-1a3	Degenza media pre-operatoria	N.ro gg	1,3 Degenza media pre-operatoria Asl Regione Puglia	1,6 Degenza media pre-operatoria Asl Regione Puglia	1,3 Performance insufficiente posizionata al	1,5 Performance insufficiente posizionata al
D3-1a4	Appropriatezza Chirurgica (Drg Chir / Ricoveri)	%	78,7% Appropriatezza Chirurgica (Drg Chir / Ricoveri) Asl Regione Puglia	75,9% Appropriatezza Chirurgica (Drg Chir / Ricoveri) Asl Regione Puglia	89,7% Performance eccellente posizionata al	87,9% Performance eccellente posizionata al
D3-1a5	Appropriatezza DRG Lea/Drg	%	17,2% Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia	20,5% Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia	2,4% Performance eccellente	4,2% Performance eccellente
D3-1a6	Dimissioni Volont./Ricoveri	%	1,2% Dimissioni Volont./Ricoveri Asl Regione Puglia	1,3% Dimissioni Volont./Ricoveri Asl Regione Puglia	0,9% Performance insufficiente	0,7% Performance buona
D3-1a9	Indice di mobilità attiva ric. Ord.	%	18,5% Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl Regione Puglia	18,1% Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl Regione Puglia	35,5% Performance eccellente	30,8% Performance eccellente
D3-1a10	Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari	%	0,426% Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia	0,635% Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia	0,302% Performance insufficiente	0,565% Performance insufficiente

REPARTI MEDICI
CARDIOLOGIA

08 - cardiologia - Gennaio - Settembre Anno 2022			Cardiologia e Utic Asl Regione Puglia	Cardiologia e Utic - Asl Regione Puglia	Cardiologia e Utic Stabilimento Andria	Cardiologia e Utic Stabilimento Andria	Cardiologia e Utic Stabilimento Barletta	Cardiologia e Utic Stabilimento Barletta	Cardiologia e Utic Stabilimento Bisceglie	Cardiologia e Utic Stabilimento Bisceglie
D0	DATI ECONOMICI		2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021
RF1	Ricoveri ordinari (Valore)	Euro	55.133.165	54.182.495	4.054.368	4.619.800	1.134.674	503.939	402.270	18.916
RF2	Day Hospital (Valore)	Euro	107.485	0	0	0	0	0	0	0
RF3	Day Service e/o Prest. Magg.	Euro	0	0	0	0	0	0	0	0
RF4	Prestazioni ambulatoriali	Euro	2.473.826	2.208.765	108.906	113.123	45.046	44.482	41.804	17.762
D3	INDICATORI			0,00						
D3-2.1	Drg Medio	Euro	4.492	4.582	5.100	4.753	3.261	2.724	3.691	3.153
			Drg Medio Asl Regione Puglia	Drg Medio Asl Regione Puglia	Performance eccellente	Performance buona	Performance insufficiente	Performance insufficiente	Performance buona	Performance insufficiente
D3-1a1	DegenzaMedia	N.ro gg	5,7	5,8	3,9	3,8	8,3	6,2	5,7	7,0
			DegenzaMedia Asl Regione Puglia	DegenzaMedia Asl Regione Puglia	Performance eccellente posizionata al	Performance eccellente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance eccellente posizionata al	Performance eccellente posizionata al
D3-1a2	Peso Medio Ricoveri	N.ro	1,435	1,456	1,623	1,555	1,122	1,085	1,267	1,037
			Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia	Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia	Performance eccellente posizionata al	Performance buona posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance buona posizionata al	Performance insufficiente posizionata al
D3-1a5	Appropriatezza DRG Lea/Drg	%	4,8%	5,2%	1,6%	1,7%	6,0%	7,6%	1,8%	0,0%
			Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia	Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia	Performance eccellente	Performance eccellente	Performance insufficiente	Performance insufficiente	Performance eccellente	
D3-1a6	Dimissioni Volont./Ricoveri	%	2,4%	2,7%	1,0%	0,6%	3,7%	5,9%	1,8%	0,0%
			Dimissioni volont./ Ricoveri Asl Regione Puglia	Dimissioni volont./ Ricoveri Asl Regione Puglia	Performance eccellente	Performance eccellente	Performance insufficiente	Performance insufficiente	Performance buona	Performance eccellente
D3-1a9	Indice di mobilità attiva ric. Ord.	%	7,9%	7,9%	13,1%	10,8%	4,6%	4,3%	19,3%	16,7%
			Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl Regione Puglia	Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl Regione Puglia	Performance eccellente	Performance buona	Performance insufficiente	Performance insufficiente	Performance eccellente	Performance eccellente
D3-1a10	Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari	%	1,084%	1,074%	0,881%	0,514%	0,000%	2,162%	0,000%	0,000%
			Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia	Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia	Performance buona	Performance eccellente	Performance eccellente	Performance insufficiente	Performance eccellente	Performance eccellente

EMATOLOGIA

18 - ematologia - Gennaio - Settembre Anno 2022			Ematologia - Asl Regione Puglia	Ematologia - Asl Regione Puglia	Ematologia - Stabilimento Barletta	Ematologia - Stabilimento Barletta
D0	DATI ECONOMICI		2022	2021	2022	2021
RF1	Ricoveri ordinari (Valore)	Euro	9.349.647	10.314.184	1.792.150	2.263.092
RF2	Day Hospital (Valore)	Euro	153.970	397.621	0	0
RF3	Day Service e/o Prest. Magg.	Euro	1.004.176	1.979.952	525.949	584.910
RF4	Prestazioni ambulatoriali	Euro	1.619.430	1.843.845	180.757	145.687
D3	INDICATORI			0,00		
D3-2.1	Drg Medio	Euro	12.254 Drg Medio Asl Regione Puglia	13.039 Drg Medio Asl Regione Puglia	10.928 Performance insufficiente	13.884 Performance eccellente
D3-1a1	DegenzaMedia	N.ro gg	14,7 DegenzaMedia Asl Regione Puglia	14,7 DegenzaMedia Asl Regione Puglia	15,0 Performance insufficiente posizionata al	16,7 Performance insufficiente posizionata al
D3-1a2	Peso Medio Ricoveri	N.ro	3,795 Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia	4,042 Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia	3,205 Performance insufficiente posizionata al	4,053 Performance insufficiente posizionata al
D3-1a5	Appropriatezza DRG Lea/Drg	%	30,5% Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia	33,9% Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia	9,8% Performance eccellente	1,2% Performance eccellente
D3-1a6	Dimissioni Volont./Ricoveri	%	2,5% Dimissioni Volont./Ricoveri Asl Regione Puglia	2,5% Dimissioni Volont./Ricoveri Asl Regione Puglia	4,3% Performance insufficiente	2,5% Performance buona
D3-1a9	Indice di mobilità attiva ric. Ord.	%	16,6% Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl Regione Puglia	19,2% Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl Regione Puglia	17,7% Performance buona	19,6% Performance buona
D3-1a10	Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari	%	6,291% Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia	6,068% Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia	7,317% Performance insufficiente posizionata al	6,748% Performance insufficiente posizionata al

MALATTIE INFETTIVE

24 - malattie infettive e tropicali - Gennaio - Settembre Anno 2022			Malattie Infettive E Tropicali - Asl Regione Puglia	Malattie Infettive E Tropicali - Asl Regione Puglia	Malattie Infettive E Tropicali - Stabilimento Bisceglie	Malattie Infettive E Tropicali - Stabilimento Bisceglie
D0	DATI ECONOMICI		2022	2021	2022	2021
RF1	Ricoveri ordinari (Valore)	Euro	7.020.964	10.851.972	1.295.899	2.024.109
RF2	Day Hospital (Valore)	Euro	6.669	10.747	0	0
RF3	Day Service e/o Prest. Magg.	Euro	32.670	56.037	0	0
RF4	Prestazioni ambulatoriali	Euro	202.058	213.641	88.278	42.670
D3	INDICATORI			0,00		
D3-2.1	Drg Medio	Euro	4.577 Drg Medio Asl Regione Puglia	4.996 Drg Medio Asl Regione Puglia	5.268 Performance eccellente	5.702 Performance buona
D3-1a1	DegenzaMedia	N.ro gg	14,8 DegenzaMedia Asl Regione Puglia	16,1 DegenzaMedia Asl Regione Puglia	15,1 Performance insufficiente posizionata al	16,9 Performance insufficiente posizionata al
D3-1a2	Peso Medio Ricoveri	N.ro	1,382 Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia	1,488 Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia	1,618 Performance eccellente posizionata al	1,705 Performance eccellente posizionata al
D3-1a5	Appropriatezza DRG Lea/Drg	%	5,6% Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia	1,9% Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia	1,6% Performance eccellente	0,0%
D3-1a6	Dimissioni Volont./Ricoveri	%	2,3% Dimissioni Volont./Ricoveri Asl Regione Puglia	0,9% Dimissioni Volont./Ricoveri Asl Regione Puglia	1,2% Performance buona	0,0% Performance eccellente
D3-1a9	Indice di mobilità attiva ric. Ord.	%	9,1% Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl Regione Puglia	10,6% Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl Regione Puglia	13,8% Performance eccellente	24,5% Performance eccellente
D3-1a10	Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari	%	1,760% Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia	1,381% Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia	2,439% Performance insufficiente posizionata al	1,127% Performance buona

MEDICINA

26 - medicina generale - Gennaio - Settembre Anno 2022			Medicina Generale - Asl Regione Puglia	Medicina Generale - Asl Regione Puglia	Medicina Generale - Stabilimento Andria	Medicina Generale - Stabilimento Andria	Medicina Generale - Stabilimento Barletta	Medicina Generale - Stabilimento Barletta	Medicina Generale - Stabilimento Bisceglie	Medicina Generale - Stabilimento Bisceglie
D0	DATI ECONOMICI		2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021
RF1	Ricoveri ordinari (Valore)	Euro	51.647.419	60.384.300	2.153.212	2.536.422	2.472.639	5.148.647	1.416.159	1.204.134
RF2	Day Hospital (Valore)	Euro	154.368	209.831	1.116	13.808	485	525	0	0
RF3	Day Service e/o Prest. Magg.	Euro	1.244.702	1.381.983	0	0	0	0	0	0
RF4	Prestazioni ambulatoriali	Euro	5.332.529	5.426.307	27.440	28.319	17.792	27.119	41.097	36.339
D3	INDICATORI			0,00						
D3-2.1	Drg Medio	Euro	3.795	3.958	4.272	4.013	3.615	4.189	3.505	3.823
			Drg Medio Asl Regione Puglia	Drg Medio Asl Regione Puglia	Performance eccellente	Performance buona	Performance insufficiente	Performance buona	Performance insufficiente	Performance insufficiente
D3-1a1	DegenzaMedia	N.ro gg	11,2	11,8	7,4	7,5	10,8	13,4	9,8	12,0
			DegenzaMedia Asl Regione Puglia	DegenzaMedia Asl Regione Puglia	Performance eccellente posizionata al	Performance eccellente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance eccellente posizionata al	Performance eccellente posizionata al
D3-1a2	Peso Medio Ricoveri	N.ro	1,229	1,268	1,366	1,284	1,209	1,348	1,119	1,265
			Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia	Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia	Performance eccellente posizionata al	Performance buona posizionata al	Performance buona posizionata al	Performance buona posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance buona posizionata al
D3-1a5	Appropriatezza DRG Lea/Drg	%	7,2%	5,9%	1,2%	2,6%	0,6%	1,1%	4,7%	0,6%
			Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia	Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia	Performance eccellente	Performance buona	Performance eccellente	Performance eccellente	Performance buona	Performance eccellente
D3-1a6	Dimissioni Volont./Ricoveri	%	6,0%	4,3%	4,6%	6,8%	7,9%	3,1%	2,0%	0,6%
			Dimissioni Volont./Ricoveri Asl Regione Puglia	Dimissioni Volont./Ricoveri Asl Regione Puglia	Performance buona	Performance insufficiente	Performance insufficiente	Performance buona	Performance eccellente	Performance eccellente
D3-1a9	Indice di mobilità attiva ric. Ord.	%	7,6%	7,4%	14,1%	8,2%	4,5%	7,2%	16,3%	25,7%
			Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl Regione Puglia	Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl Regione Puglia	Performance eccellente	Performance buona	Performance insufficiente	Performance buona	Performance eccellente	Performance eccellente
D3-1a10	Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari	%	1,528%	1,573%	1,389%	1,424%	1,901%	2,116%	1,238%	0,952%
			Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia	Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia	Performance buona	Performance insufficiente	Performance insufficiente	Performance insufficiente	Performance eccellente	Performance eccellente

NEFROLOGIA

29 - nefrologia - Gennaio - Settembre Anno 2022			Nefrologia - Asl Regione Puglia	Nefrologia - Asl Regione Puglia	Nefrologia - Stabilimento Andria	Nefrologia - Stabilimento Andria	Nefrologia - Stabilimento Barletta	Nefrologia - Stabilimento Barletta
D0	DATI ECONOMICI		2022	2021	2022	2021	2022	2021
RF1	Ricoveri ordinari (Valore)	Euro	9.632.725	10.070.422	366.401	579.557	1.056.577	698.613
RF2	Day Hospital (Valore)	Euro	272.862	645.058	0	0	0	0
RF3	Day Service e/o Prest. Magg.	Euro	319.351	296.991	0	0	0	0
RF4	Prestazioni ambulatoriali	Euro	20.755.692	31.720.588	1.437.060	2.254.296	1.879.287	1.826.419
D3	INDICATORI			0,00				
D3-2.1	Drg Medio	Euro	3.842	3.912	4.580	4.358	3.499	3.620
			Drg Medio Asl Regione Puglia	Drg Medio Asl Regione Puglia	Performance eccellente	Performance eccellente	Performance insufficiente	Performance insufficiente
D3-1a1	DegenzaMedia	N.ro gg	10,3	10,3	8,7	9,7	11,6	11,1
			DegenzaMedia Asl Regione Puglia	DegenzaMedia Asl Regione Puglia	Performance eccellente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al
D3-1a2	Peso Medio Ricoveri	N.ro	1,213	1,231	1,370	1,349	1,082	1,139
			Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia	Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia	Performance eccellente posizionata al	Performance eccellente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al
D3-1a5	Appropriatezza DRG Lea/Drg	%	2,5%	2,4%	1,3%	2,3%	0,3%	2,6%
			Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia	Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia	Performance buona	Performance insufficiente	Performance eccellente	Performance insufficiente
D3-1a6	Dimissioni Volont./Ricoveri	%	4,3%	6,1%	0,0%	5,3%	7,3%	8,3%
			Dimissioni Volont./Ricoveri Asl Regione Puglia	Dimissioni Volont./Ricoveri Asl Regione Puglia	Performance eccellente	Performance buona	Performance insufficiente	Performance insufficiente
D3-1a9	Indice di mobilità attiva ric. Ord.	%	9,2%	9,4%	6,3%	9,0%	8,3%	6,2%
			Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl Regione Puglia	Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl Regione Puglia	Performance insufficiente	Performance buona	Performance buona	Performance insufficiente
D3-1a10	Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari	%	3,111%	3,730%	1,250%	1,504%	4,967%	4,663%
			Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia	Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia	Performance eccellente posizionata al	Performance eccellente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al

NEUROLOGIA

32 - neurologia - Gennaio - Settembre Anno 2022			Neurologia - Asl Regione Puglia	Neurologia - Asl Regione Puglia	Neurologia - Stabilimento Andria	Neurologia - Stabilimento Andria	Neurologia - Stabilimento Barletta	Neurologia - Stabilimento Barletta
D0	DATI ECONOMICI		2022	2021	2022	2021	2022	2021
RF1	Ricoveri ordinari (Valore)	Euro	12.942.946	15.240.913	1.204.157	1.620.603	1.233.864	214.284
RF2	Day Hospital (Valore)	Euro	1.831	764	0	0	0	0
RF3	Day Service e/o Prest. Magg.	Euro	263.843	175.710	659	11.195	165.284	153.431
RF4	Prestazioni ambulatoriali	Euro	717.571	775.436	48.465	30.763	36.576	18.966
D3	INDICATORI			0,00				
D3-2.1	Drg Medio	Euro	3.721	3.861	4.527	4.242	3.380	2.935
			Drg Medio Asl Regione Puglia	Drg Medio Asl Regione Puglia	Performance eccellente	Performance eccellente	Performance insufficiente	Performance insufficiente
D3-1a1	DegenzaMedia	N.ro gg	9,0	8,8	9,6	9,2	7,7	5,7
			DegenzaMedia Asl Regione Puglia	DegenzaMedia Asl Regione Puglia	Performance insufficiente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance eccellente posizionata al	Performance eccellente posizionata al
D3-1a2	Peso Medio Ricoveri	N.ro	1,203	1,226	1,336	1,310	1,148	1,052
			Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia	Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia	Performance eccellente posizionata al	Performance buona posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al
D3-1a5	Appropriatezza DRG Lea/Drg	%	11,5%	10,3%	1,5%	2,1%	16,2%	15,1%
			Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia	Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia	Performance eccellente	Performance eccellente	Performance insufficiente	Performance insufficiente
D3-1a6	Dimissioni Volont./Ricoveri	%	3,2%	3,7%	0,8%	1,3%	1,9%	2,7%
			Dimissioni Volont./Ricoveri Asl Regione Puglia	Dimissioni Volont./Ricoveri Asl Regione Puglia	Performance buona	Performance eccellente	Performance insufficiente	Performance buona
D3-1a9	Indice di mobilità attiva ric. Ord.	%	10,7%	9,6%	31,2%	19,6%	9,6%	11,0%
			Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl Regione Puglia	Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl Regione Puglia	Performance eccellente	Performance eccellente	Performance insufficiente	Performance buona
D3-1a10	Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari	%	0,891%	0,887%	0,376%	1,047%	0,822%	0,000%
			Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia	Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia	Performance eccellente	Performance insufficiente	Performance buona	Performance eccellente

PEDIATRIA

39 - pediatria - Gennaio - Settembre Anno 2022			Pediatrie - Asl Regione Puglia	Pediatrie - Asl Regione Puglia	Pediatria Stabilimento Barletta	Pediatria Stabilimento Barletta	Pediatria Stabilimento Andria	Pediatria Stabilimento Andria	Pediatria Stabilimento Bisceglie	Pediatria Stabilimento Bisceglie
D0	DATI ECONOMICI		2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021
RF1	Ricoveri ordinari (Valore)	Euro	27.214.585	26.518.398	931.344	675.152	1.052.778	1.030.991	6.382	0
RF2	Day Hospital (Valore)	Euro	81.118	153.952	0	0	853	235	0	0
RF3	Day Service e/o Prest. Magg.	Euro	27.549	5.177	0	0	0	0	17.549	1.884
RF4	Prestazioni ambulatoriali	Euro	727.074	690.554	45.118	13.666	30.193	17.759	18.702	22.155
D3	INDICATORI			0,00						
D3-2.1	Drg Medio	Euro	1.655	1.651	1.203	1.098	1.259	1.330	1.064	0
			Drg Medio Asl Regione Puglia	Drg Medio Asl Regione Puglia	Performance insufficiente	Performance insufficiente	Performance insufficiente	Performance insufficiente	Performance insufficiente	
D3-1a1	DegenzaMedia	N.ro gg	3,8	4,0	3,6	3,6	3,2	3,4	3,2	0,0
			DegenzaMedia Asl Regione Puglia	DegenzaMedia Asl Regione Puglia	Performance insufficiente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance buona posizionata al	Performance buona posizionata al	Performance buona posizionata al	
D3-1a2	Peso Medio Ricoveri	N.ro	0,435	0,423	0,325	0,272	0,325	0,332	0,217	0,000
			Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia	Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia	Performance insufficiente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	
D3-1a5	Appropriatezza DRG Lea/Drg	%	7,3%	7,0%	2,3%	1,0%	2,0%	0,1%	16,7%	0,0%
			Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia	Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia	Performance buona	Performance eccellente	Performance eccellente	Performance eccellente	Performance insufficiente	
D3-1a6	Dimissioni Volont./Ricoveri	%	2,1%	1,8%	1,7%	0,3%	1,0%	2,1%	0,0%	0,0%
			Dimissioni Volont./Ricoveri Asl Regione Puglia	Dimissioni Volont./Ricoveri Asl Regione Puglia	Performance buona	Performance eccellente	Performance buona	Performance insufficiente	Performance eccellente	
D3-1a9	Indice di mobilità attiva ric. Ord.	%	16,0%	15,4%	9,0%	6,3%	6,5%	7,1%	0,0%	0,0%
			Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl Regione Puglia	Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl Regione Puglia	Performance buona	Performance insufficiente	Performance insufficiente	Performance insufficiente	Performance insufficiente	
D3-1a10	Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari	%	0,347%	0,374%	0,388%	0,325%	0,359%	0,258%	0,000%	0,000%
			Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia	Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia	Performance insufficiente	Performance insufficiente	Performance insufficiente	Performance insufficiente	Performance eccellente	

PSICHIATRIA

40 - psichiatria - Gennaio - Settembre Anno 2022			Psichiatria - Asl Regione Puglia	Psichiatria - Asl Regione Puglia	Psichiatria - Stabilimento Barletta	Psichiatria - Stabilimento Barletta
D0	DATI ECONOMICI		2022	2021	2022	2021
RF1	Ricoveri ordinari (Valore)	Euro	4.177.757	3.843.225	677.358	625.961
RF2	Day Hospital (Valore)	Euro	236.117	142.474	0	0
RF3	Day Service e/o Prest. Magg.	Euro	30.800	550	0	0
RF4	Prestazioni ambulatoriali	Euro	35.497	30.115	21	19
D3	INDICATORI			0,00		
D3-2.1	Drg Medio	Euro	1.853 Drg Medio Asl Regione Puglia	1.849 Drg Medio Asl Regione Puglia	1.769 Performance insufficiente	1.794 Performance insufficiente
D3-1a1	DegenzaMedia	N.ro gg	12,3 DegenzaMedia Asl Regione Puglia	12,5 DegenzaMedia Asl Regione Puglia	8,9 Performance eccellente posizionata al	9,0 Performance eccellente posizionata al
D3-1a2	Peso Medio Ricoveri	N.ro	0,720 Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia	0,720 Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia	0,700 Performance insufficiente posizionata al	0,696 Performance insufficiente posizionata al
D3-1a5	Appropriatezza DRG Lea/Drg	%	7,8% Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia	6,9% Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia	1,3% Performance eccellente	0,3% Performance eccellente
D3-1a6	Dimissioni Volont./Ricoveri	%	7,6% Dimissioni Volont./Ricoveri Asl Regione Puglia	7,7% Dimissioni Volont./Ricoveri Asl Regione Puglia	18,5% Performance insufficiente	19,8% Performance insufficiente
D3-1a9	Indice di mobilità attiva ric. Ord.	%	9,8% Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl Regione Puglia	9,7% Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl Regione Puglia	11,0% Performance buona	15,5% Performance eccellente
D3-1a10	Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari	%	8,027% Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia	6,109% Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia	5,483% Performance eccellente	4,298% Performance eccellente

RECUPERO E RIABILITAZIONE

56 - recupero e riabilitazione funzionale - Gennaio - Settembre Anno 2022			Recupero E Riabilitazione Funzionale - Asl Regione Puglia	Recupero E Riabilitazione Funzionale - Asl Regione Puglia	Recupero E Riabilitazione Funzionale - Stabilimento - Canosa Di Puglia	Recupero E Riabilitazione Funzionale - Stabilimento - Canosa Di Puglia
D0	DATI ECONOMICI		2022	2021	2022	2021
RF1	Ricoveri ordinari (Valore)	Euro	6.771.473	6.436.666	466.251	644.759
RF2	Day Hospital (Valore)	Euro	785.532	560.837	0	0
RF3	Day Service e/o Prest. Magg.	Euro	0	0	0	0
RF4	Prestazioni ambulatoriali	Euro	59.281	36.222	0	0
D3	INDICATORI			0,00		
D3-2.1	Drg Medio	Euro	7.150 Drg Medio Asl Regione Puglia	6.021 Drg Medio Asl Regione Puglia	5.422 Performance buona	3.273 Performance insufficiente
D3-1a1	DegenzaMedia	N.ro gg	29,2 DegenzaMedia Asl Regione Puglia	25,3 DegenzaMedia Asl Regione Puglia	23,1 Performance insufficiente posizionata al	14,5 Performance buona posizionata al
D3-1a2	Peso Medio Ricoveri	N.ro	0,930 Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia	0,995 Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia	1,141 Performance eccellente posizionata al	1,668 Performance eccellente posizionata al
D3-1a5	Appropriatezza DRG Lea/Drg	%	13,0% Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia	7,7% Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia	0,0%	1,0% Performance eccellente
D3-1a6	Dimissioni Volont./Ricoveri	%	6,8% Dimissioni Volont. /Ricoveri Asl Regione Puglia	4,3% Dimissioni Volont./ Ricoveri Asl Regione Puglia	4,7% Performance insufficiente	0,5% Performance buona
D3-1a9	Indice di mobilità attiva ric. Ord.	%	22,6% Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl	17,3% Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl	17,4% Performance buona	21,3% Performance buona
D3-1a10	Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari	%	4,646% Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia	15,341% Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia	8,140% Performance insufficiente posizionata al	66,497% Performance insufficiente posizionata al

GASTROENTEROLOGIA

58 - gastroenterologia - Gennaio - Settembre Anno 2022			Gastroenterologia - Asl Regione Puglia	Gastroenterologia - Asl Regione Puglia	Gastroenterologia - Stabilimento Barletta	Gastroenterologia - Stabilimento Barletta
D0	DATI ECONOMICI		2022	2021	2022	2021
RF1	Ricoveri ordinari (Valore)	Euro	3.881.335	2.189.460	1.521.661	533.199
RF2	Day Hospital (Valore)	Euro	15.491	14.999	0	0
RF3	Day Service e/o Prest. Magg.	Euro	219.811	163.463	29.748	4.907
RF4	Prestazioni ambulatoriali	Euro	603.927	822.566	131.698	79.617
D3	INDICATORI			0,00		
D3-2.1	Drg Medio	Euro	3.035 Drg Medio Asl Regione Puglia	2.931 Drg Medio Asl Regione Puglia	3.144 Performance eccellente	2.914 Performance insufficiente
D3-1a1	DegenzaMedia	N.ro gg	7,9 DegenzaMedia Asl Regione Puglia	7,5 DegenzaMedia Asl Regione Puglia	9,2 Performance insufficiente posizionata al	9,7 Performance insufficiente posizionata al
D3-1a2	Peso Medio Ricoveri	N.ro	1,012 Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia	0,992 Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia	1,020 Performance insufficiente posizionata al	0,962 Performance insufficiente posizionata al
D3-1a5	Appropriatezza DRG Lea/Drg	%	11,6% Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia	12,4% Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia	6,0% Performance eccellente	15,3% Performance insufficiente
D3-1a6	Dimissioni Volont./Ricoveri	%	4,2% Dimissioni Volont./ Ricoveri Asl Regione Puglia	4,0% Dimissioni Volont./ Ricoveri Asl Regione Puglia	5,4% Performance insufficiente	7,7% Performance insufficiente
D3-1a9	Indice di mobilità attiva ric. Ord.	%	7,0% Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl	6,3% Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl	10,3% Performance eccellente	9,8% Performance eccellente
D3-1a10	Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari	%	1,876% Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia	1,205% Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia	1,860% Performance insufficiente posizionata al	1,093% Performance insufficiente posizionata al

LUNGODEGENZA

60 - lungodegenti - Gennaio - Settembre Anno 2022			Lungodegenti - Asl Regione Puglia	Lungodegenti - Asl Regione Puglia	Lungodegenti - Stabilimento - Canosa Di Puglia	Lungodegenti - Stabilimento - Canosa Di Puglia
D0	DATI ECONOMICI		2022	2021	2022	2021
RF1	Ricoveri ordinari (Valore)	Euro	2.359.372	3.250.940	169.092	12.012
RF2	Day Hospital (Valore)	Euro	0	0	0	0
RF3	Day Service e/o Prest. Magg.	Euro	0	0	0	0
RF4	Prestazioni ambulatoriali	Euro	5.746	5.513	0	0
D3	INDICATORI			0,00		
D3-2.1	Drg Medio	Euro	2.731 Drg Medio Asl Regione Puglia	2.401 Drg Medio Asl Regione Puglia	2.196 Performance insufficiente	12.012 Performance eccellente
D3-1a1	DegenzaMedia	N.ro gg	18,0 DegenzaMedia Asl Regione Puglia	15,7 DegenzaMedia Asl Regione Puglia	14,3 Performance buona posizionata al	90,0 Performance insufficiente posizionata al
D3-1a2	Peso Medio Ricoveri	N.ro	1,094 Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia	1,222 Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia	1,113 Performance insufficiente posizionata al	1,643 Performance eccellente posizionata al
D3-1a5	Appropriatezza DRG Lea/Drg	%	18,3% Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia	4,7% Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia	20,8% Performance insufficiente	0,0%
D3-1a6	Dimissioni Volont./Ricoveri	%	3,9% Dimissioni Volont./Ricoveri Asl Regione Puglia	1,1% Dimissioni Volont./Ricoveri Asl Regione Puglia	0,0% Performance eccellente	0,0% Performance eccellente
D3-1a9	Indice di mobilità attiva ric. Ord.	%	8,7% Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl Regione Puglia	10,1% Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl Regione Puglia	11,7% Performance buona	100,0% Performance eccellente
D3-1a10	Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari	%	12,153% Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia	17,725% Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia	14,286% Performance insufficiente	0,000% Performance eccellente

ONCOLOGIA

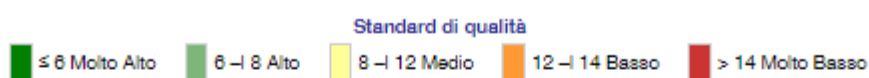
64 - oncologia - Gennaio - Settembre Anno 2022			Oncologia - Asl Regione Puglia	Oncologia - Asl Regione Puglia	Oncologia - Stabilimento Barletta	Oncologia - Stabilimento Barletta
D0	DATI ECONOMICI		2022	2021	2022	2021
RF1	Ricoveri ordinari (Valore)	Euro	4.729.605	4.785.546	1.139.833	1.130.229
RF2	Day Hospital (Valore)	Euro	2.753	211.818	0	0
RF3	Day Service e/o Prest. Magg.	Euro	162.286	149.560	0	0
RF4	Prestazioni ambulatoriali	Euro	3.054.592	5.049.258	44.448	113.361
D3	INDICATORI			0,00		
D3-2.1	Drg Medio	Euro	3.405 Drg Medio Asl Regione Puglia	3.537 Drg Medio Asl Regione Puglia	2.915 Performance insufficiente	2.920 Performance insufficiente
D3-1a1	DegenzaMedia	N.ro gg	8,9 DegenzaMedia Asl Regione Puglia	9,2 DegenzaMedia Asl Regione Puglia	6,4 Performance eccellente posizionata al	6,7 Performance eccellente posizionata al
D3-1a2	Peso Medio Ricoveri	N.ro	1,157 Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia	1,196 Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia	1,106 Performance insufficiente posizionata al	1,096 Performance insufficiente posizionata al
D3-1a5	Appropriatezza DRG Lea/Drg	%	23,4% Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia	23,6% Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia	40,9% Performance insufficiente	43,4% Performance insufficiente
D3-1a6	Dimissioni Volont./Ricoveri	%	4,2% Dimissioni Volont./Ricoveri Asl Regione Puglia	4,6% Dimissioni Volont./Ricoveri Asl Regione Puglia	0,3% Performance eccellente	0,0% Performance eccellente
D3-1a9	Indice di mobilità attiva ric. Ord.	%	17,3% Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl Regione Puglia	20,0% Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl Regione Puglia	40,7% Performance eccellente	43,4% Performance eccellente
D3-1a10	Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari	%	2,880% Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia	4,804% Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia	1,790% Performance buona	1,550% Performance eccellente

TERAPIA SEMINTENSIVA

94 - terapia semintensiva - Gennaio - Settembre Anno 2022			Terapia Semintensiva Media Asl Regione Puglia	Terapia Semintensiva Media Asl Regione Puglia	Terapia Semintensiva stabilimento barletta	Terapia Semintensiva stabilimento barletta	Terapia Semintensiva stabilimento bisceglie	Terapia Semintensiva stabilimento bisceglie
D0	DATI ECONOMICI		2022	2021	2022	2021	2022	2021
RF1	Ricoveri ordinari (Valore)	Euro	3.528.913	6.703.009	0	392.173	421.074	973.318
RF2	Day Hospital (Valore)	Euro	0	0	0	0	0	0
RF3	Day Service e/o Prest. Magg.	Euro	0	0	0	0	0	0
RF4	Prestazioni ambulatoriali	Euro	0	0	0	0	0	0
D3	INDICATORI			0,00				
D3-2.1	Drg Medio	Euro	7.187	6.750	0	6.033	4.480	5.692
			Drg Medio Asl Regione Puglia	Drg Medio Asl Regione Puglia		Performance buona	Performance insufficiente	Performance insufficiente
D3-1a1	DegenzaMedia	N.ro gg	15,3	17,5	0,0	18,1	14,7	16,0
			DegenzaMedia Asl Regione Puglia	DegenzaMedia Asl Regione Puglia		Performance insufficiente posizionata al	Performance buona posizionata al	Performance buona posizionata al
D3-1a2	Peso Medio Ricoveri	N.ro	2,090	1,959	0,000	1,827	1,453	1,748
			Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia	Peso Medio Ricoveri Asl Regione Puglia		Performance buona posizionata al	Performance insufficiente posizionata al	Performance insufficiente posizionata al
D3-1a5	Appropriatezza DRG Lea/Drg	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
			Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia	Appropriatezza DRG Lea/Drg Asl Regione Puglia				
D3-1a6	Dimissioni Volont./Ricoveri	%	3,1%	0,8%	0,0%	1,5%	4,3%	0,6%
			Dimissioni Volont. /Ricoveri Asl Regione Puglia	Dimissioni Volont./ Ricoveri Asl Regione Puglia		Performance insufficiente	Performance insufficiente	Performance insufficiente
D3-1a9	Indice di mobilità attiva ric. Ord.	%	7,5%	14,4%	0,0%	9,2%	7,4%	36,8%
			Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl	Indice di mobilità attiva ric. Ord. Asl		Performance insufficiente	Performance insufficiente	Performance eccellente
D3-1a10	Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari	%	2,444%	1,208%	0,000%	0,000%	3,191%	1,754%
			Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia	Ricoveri ripetuti / Ricoveri Ordinari Asl Regione Puglia		Performance eccellente	Performance insufficiente	Performance insufficiente

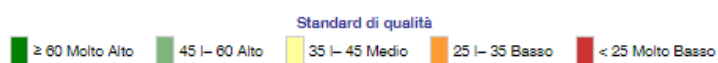
Nelle tabelle seguenti sono indicati i principali indicatori TREEMAP di Edotto Direzionale relativi al Piano Nazionale Esiti (P.N.E.) di Agenas, che raffrontano le performance relative al quadriennio 2019 – 2022 (2021 sono ancora dati provvisori).

PNE N.001 - Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni Cardiocircolatorio



Anno Dimissione▲▼	Azienda Sanitaria	N. Decessi 30 GG	N. Episodi IMA	Proporzione decessi a 30 GG
2022	bt (160113)	36	311	11,58%
2021	bt (160113)	50	432	11,57%
2020	bt (160113)	74	500	14,80%
2019	bt (160113)	50	596	8,39%

PNE N.006 - Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni Cardiocircolatorio



Anno Dimissione▲▼	Azienda Sanitaria	N. Episodi IMA con PTCA entro 2 GG	N. Episodi IMA	Proporzione IMA trattati con PTCA entro 2 GG
2022	bt (160113)	182	323	56,35%
2021	bt (160113)	225	432	52,08%
2020	bt (160113)	228	496	45,97%
2019	bt (160113)	259	593	43,68%

PNE N.015 - Scoppio cardiaco congestizio: mortalita' a 30 giorni
Cardiocircolatorio

Standard di qualità

■ ≤ 6 Molto Alto
 ■ 6 - 9 Alto
 ■ 9 - 14 Medio
 ■ 14 - 18 Basso
 ■ > 18 Molto Basso

Anno Dimissione▲▼	Azienda Sanitaria	N. Decessi 30 GG	N. Ricoveri SCC	Proporzione decessi a 30 GG
2022	bt (160113)	18	188	9,57%
2021	bt (160113)	20	213	9,39%
2020	bt (160113)	29	359	8,08%
2019	bt (160113)	57	694	8,21%

AREA CLINICA CEREBROVASCOLARE

PNE N.018 - Ictus ischemico: mortalita' a 30 giorni
Nervoso

Standard di qualità

■ ≤ 8 Molto Alto
 ■ 8 - 10 Alto
 ■ 10 - 14 Medio
 ■ 14 - 16 Basso
 ■ > 16 Molto Basso

Anno Dimissione▲▼	N. Decessi 30 GG	N. Ricoveri Ictus Ischemico	Proporzione decessi a 30 GG
2022	195	2.031	9,60%
2021	322	2.790	11,54%
2020	330	2.826	11,68%
2019	348	3.345	10,40%



ASL BT

PugliaSalute

PNE N.601 - Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalita' a 30 giorni dall'intervento di craniotomia Nervoso

Standard di qualità

■ ≤ 1.5 Molto Alto
 ■ 1.5 - 3.5 Medio
 ■ 3.5 - 5 Basso
 ■ > 5 Molto Basso

Anno Dimissione	N. Decessi 30 GG	N. Ricoveri Intervento Craniotomia	Proporzione Decessi a 30 GG
2022	27	397	6,80%
2021	23	581	3,96%
2020	22	550	4,00%
2019	19	483	3,93%

AREA CLINICA MUSCOLOSCHLETRICA

PNE N.068 - Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico Osteomuscolare

Standard di qualità

■ < 2 Molto Alto
 ■ 2 - 4 Alto
 ■ 4 - 6 Medio
 ■ 6 - 8 Basso
 ■ ≥ 8 Molto Basso

Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Ricoveri Intervento Tibia Perone	Mediana N. Giorni Attesa Intervento Tibia Perone
2022	bt (160113)	48	4,00
2021	bt (160113)	52	4,00
2020	bt (160113)	45	4,00
2019	bt (160113)	48	5,00

PNE N.042 - Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni
Osteomuscolare

Standard di qualità

■ ≥ 70 Molto Alto
 ■ 60 - 70 Alto
 ■ 50 - 60 Medio
 ■ 40 - 50 Basso
 ■ < 40 Molto Basso

Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Ricoveri Frattura Collo Femore Operati 0-2 GG	N. Ricoveri Diagnosi Frattura Collo Femore	Pazienti Operati Entro 2 Giorni
2022	bt (160113)	274	356	76,97%
2021	bt (160113)	309	408	75,74%
2020	bt (160113)	315	450	70,00%
2019	bt (160113)	308	463	66,52%

AREA CLINICA PERINATALE

PNE N.037 - Proporzione di parti con taglio cesareo primario
Gravidanza e Parto

Standard di qualità

■ ≤ 15 Molto Alto
 ■ 15 - 25 Alto
 ■ 25 - 30 Medio
 ■ 30 - 35 Basso
 ■ > 35 Molto Basso

Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Parti Cesarei Primari	N. Parti No Progresso Cesareo	% Parti Cesarei Primari
2022	bt (160113)	185	821	22,53%
2021	bt (160113)	246	1.146	21,47%
2020	bt (160113)	333	1.344	24,78%
2019	bt (160113)	344	1.718	20,02%

PNE N.203 - Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio
Gravidanza e Parto

Standard di qualità

■ ≤ 0,20 Molto Alto
 ■ 0,20 - 0,70 Medio
 ■ > 0,70 Molto Basso

Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Parti Naturali con Complicanze Severe	N. Parti Naturali	% Complicanze Severe entro 42 gg Parto Naturale
2022	bt (160113)	2	498	0,40%
2021	bt (160113)	2	901	0,22%
2020	bt (160113)	4	1.019	0,39%
2019	bt (160113)	9	1.378	0,65%

PNE N.317 - Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio
Gravidanza e Parto

Standard di qualità

■ ≤ 0.30 Molto Alto
 ■ 0.30 – 1.2 Medio
 ■ > 1.2 Molto Basso

Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Parti Cesarei con Complicanze Severe	N. Parti Cesarei	% Complicanze Severe entro 42 gg Parto Cesareo
2022	bt (160113)	4	291	1,37%
2021	bt (160113)	1	485	0,21%
2020	bt (160113)	1	594	0,17%
2019	bt (160113)	2	678	0,29%

AREA CLINICA INTERVENTI CHIRURGICI

PNE N.302 - Colectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni
 Chirurgia Generale

Standard di qualità

■ ≥ 80 Molto Alto
 ■ 70 – 80 Alto
 ■ 60 – 70 Medio
 ■ 50 – 60 Basso
 ■ < 50 Molto Basso

Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Ricoveri Intervento Colectomia Laparoscopica	N. Ricoveri Intervento Colect.Lapar.Degenza Post-Oper. < 3 GG	% Colectomie Lap. con degenza post-operatoria < 3 gg
2022	bt (160113)	174	124	71,26%
2021	bt (160113)	167	113	67,66%
2020	bt (160113)	178	98	55,06%
2019	bt (160113)	291	168	57,73%

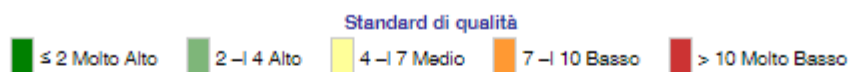
PNE N.999 - Colectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi
 Chirurgia Generale

Standard di qualità

■ = 100 Molto Alto
 ■ 80 – 100 Alto
 ■ 50 – 80 Medio
 ■ 30 – 50 Basso
 ■ < 30 Molto Basso

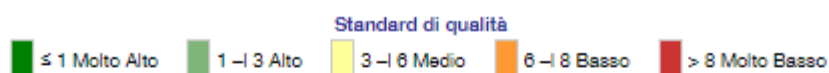
Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Colectomie Rep > 90 Int. Anno	N. Colectomie	Proporzione Colectomie in Reparti > 90 Interventi Anno
2022	bt (160113)	268	272	98,53%
2021	bt (160113)	189	272	69,49%
2020	bt (160113)	168	276	60,87%
2019	bt (160113)	306	378	80,95%

PNE N.082 - Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalita' a 30 giorni
Chirurgia Oncologica



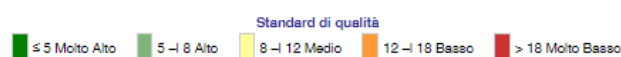
Anno Dimissione▲▼	Azienda Sanitaria	N. Decessi 30 GG	N. Ricoveri TM Gastrico	Proporzione decessi a 30 GG
2022	bt (160113)	2	12	16,67%
2021	bt (160113)	1	21	4,76%
2020	bt (160113)	4	24	16,67%
2019	bt (160113)	0	22	0,00%

PNE N.083 - Intervento chirurgico per TM colon: mortalita' a 30 giorni
Chirurgia Oncologica



Anno Dimissione▲▼	Azienda Sanitaria	N. Decessi 30 GG	N. Ricoveri TM Colon	Proporzione decessi a 30 GG
2022	bt (160113)	5	73	6,85%
2021	bt (160113)	14	94	14,89%
2020	bt (160113)	7	95	7,37%
2019	bt (160113)	10	101	9,90%

PNE N.605 - Proporzioe di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno
Chirurgia Oncologica



Anno Dimissione▲▼	Azienda Sanitaria	N. Ricoveri Nuovo Interv. Resez. 120 GG	N. Ricoveri Resez. Mammella TM	Proporzioe Nuovo Intervento Resezione a 120 GG
2022	bt (160113)	1	50	2,00%
2021	bt (160113)	4	91	4,40%
2020	bt (160113)	2	76	2,63%
2019	bt (160113)	2	73	2,74%



ASL BT

PugliaSalute

**PNE N.555 - Intervento chirurgico per TM mammella: %
interventi in reparti con volume di attivita' > 135 casi
Chirurgia Oncologica**

Standard di qualità
■ = 100 Molto Alto ■ 80 - 100 Alto ■ 50 - 80 Medio ■ 30 - 50 Basso ■ < 30 Molto Basso

Anno Dimissione▲▼	Azienda Sanitaria	N. Interventi In Reparti > 135	Interventi Anno	N. Interventi Tumore Mammella	Quota Interventi Eseguiti In Reparti Con Volume Attività > 135
2022	bt (160113)		0	103	0,00%
2021	bt (160113)		0	126	0,00%
2020	bt (160113)		0	122	0,00%
2019	bt (160113)		0	130	0,00%

AREA CLINICA RESPIRATORIO

**PNE N.021 - BPCO riacutizzata: mortalita' a 30 giorni
Respiratorio**

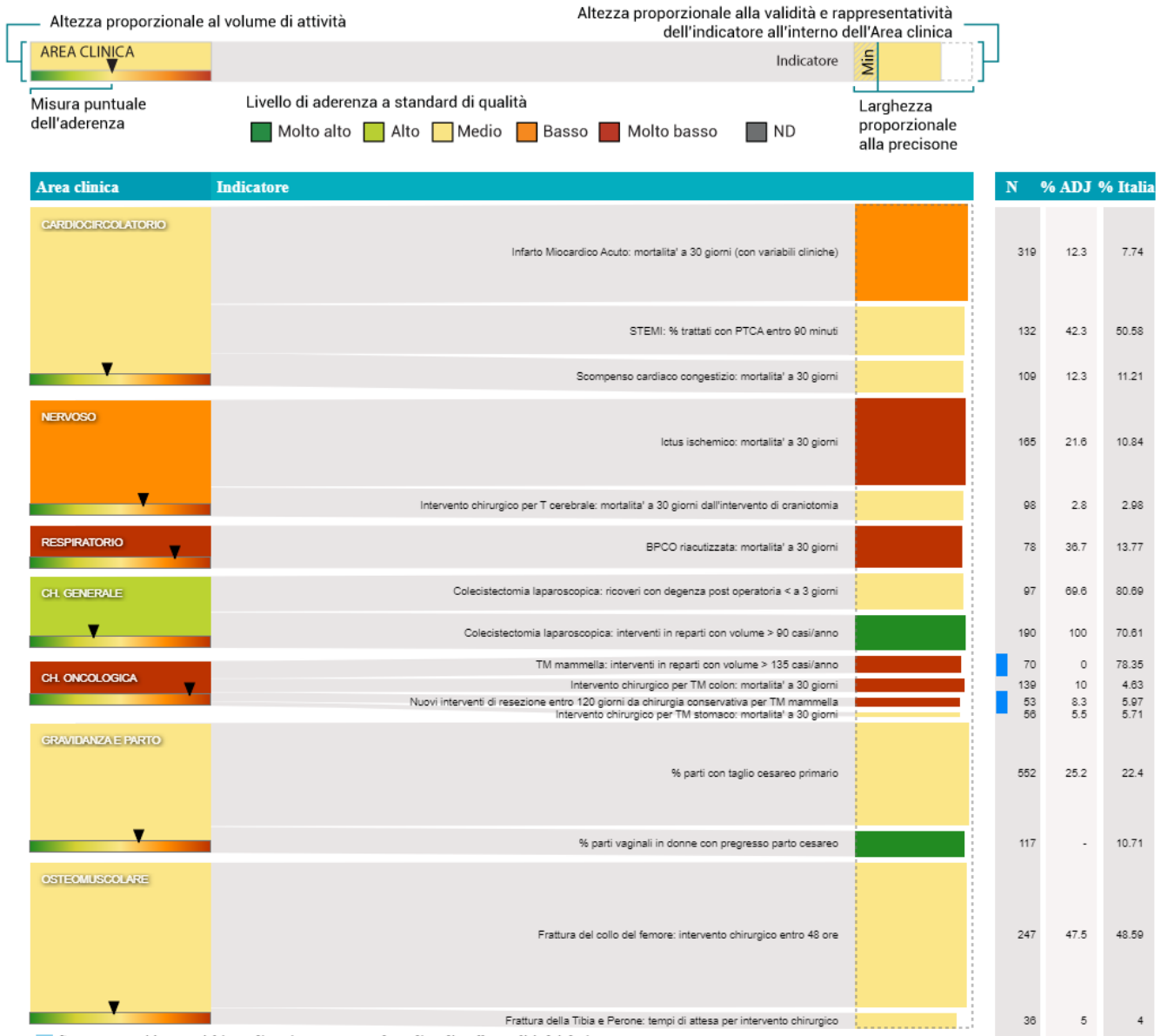
Standard di qualità
■ ≤ 5 Molto Alto ■ 5 - 7 Alto ■ 7 - 12 Medio ■ 12 - 16 Basso ■ > 16 Molto Basso

Anno Dimissione▲▼	Azienda Sanitaria	N. Decessi 30 GG	N. Ricoveri BPCO Riacutizzata	Proporzione decessi a 30 GG
2022	bt (160113)	28	255	10,98%
2021	bt (160113)	64	302	21,19%
2020	bt (160113)	82	358	22,91%
2019	bt (160113)	77	428	17,99%

PIANO NAZIONALE ESITI AGENAS – EDIZIONE 2022

OSPEDALE DI ANDRIA

Aree Cliniche Proporzionali ai Volumi di Attività della Struttura



Strutture a cui è stato richiesto di avviare una procedura di audit sulla qualità dei dati

Volume di attività inferiore alla soglia fissata dal Regolamento riguardante la Definizione degli standard ospedalieri del 05/08/2014 (tolleranza del 10%) nel 2014



ASL BT

PugliaSalute

OSPEDALE DI BARLETTA

Aree Cliniche Proporzionali ai Volumi di Attività della Struttura



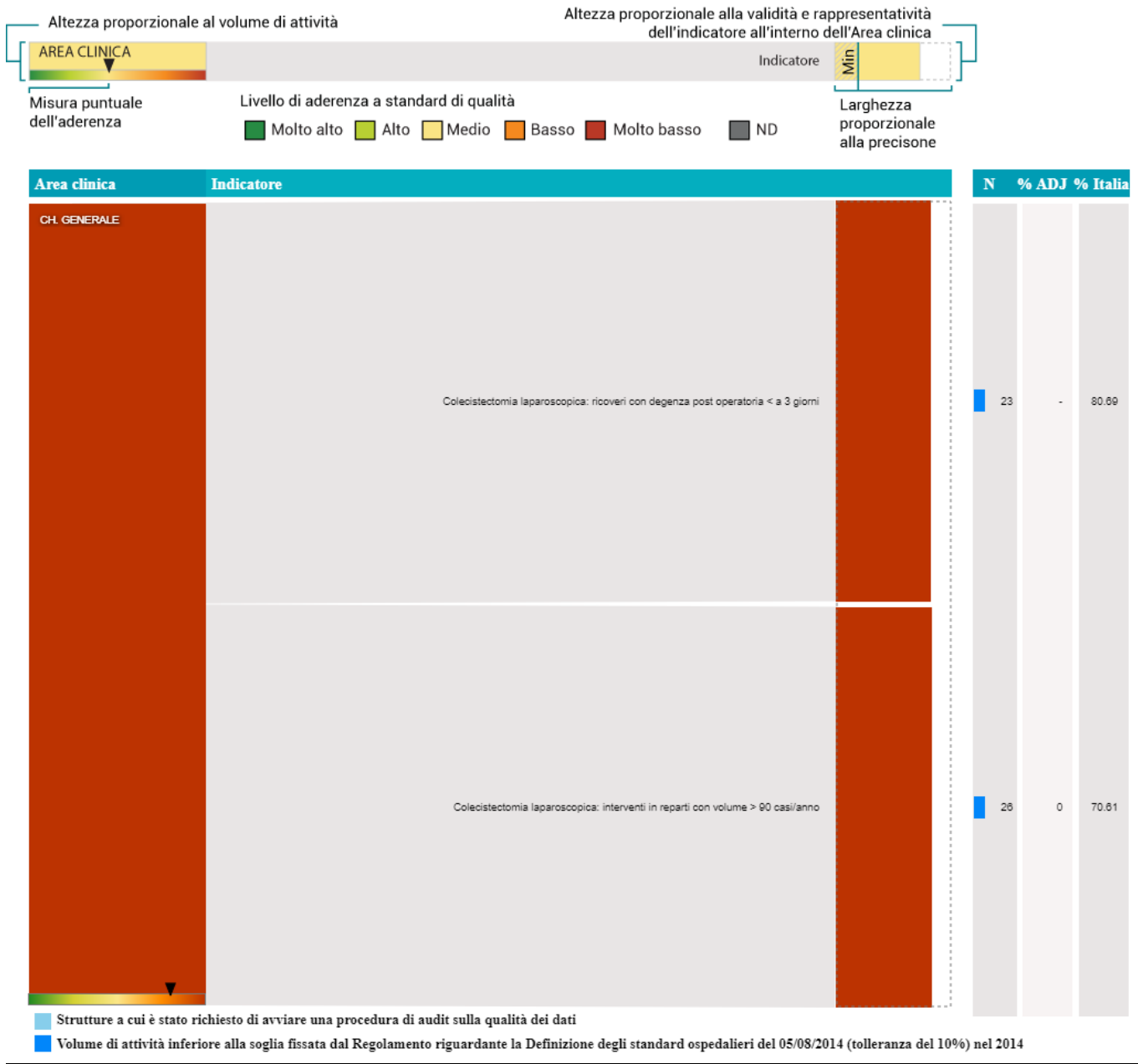


ASL BT

PugliaSalute

OSPEDALE DI BISCEGLIE

Aree Cliniche Proporzionali ai Volumi di Attività della Struttura



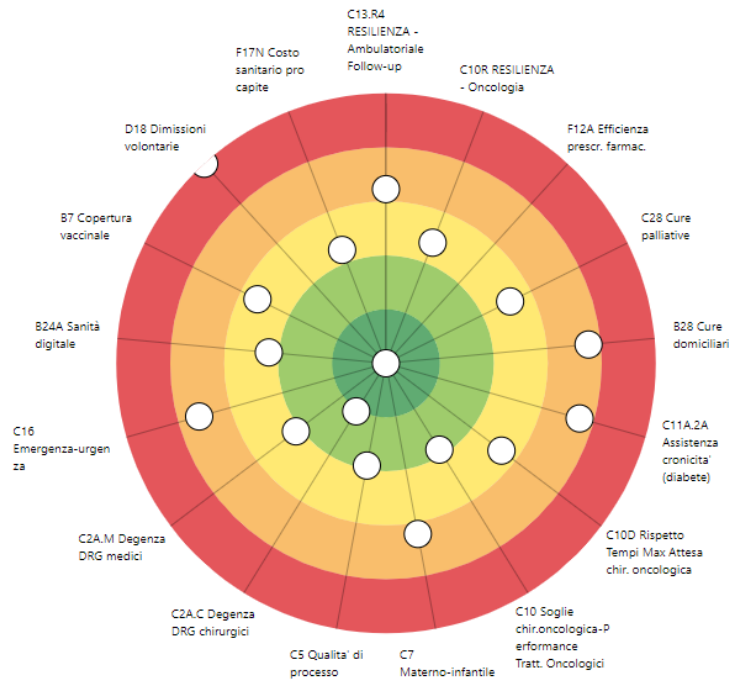


ASL BT

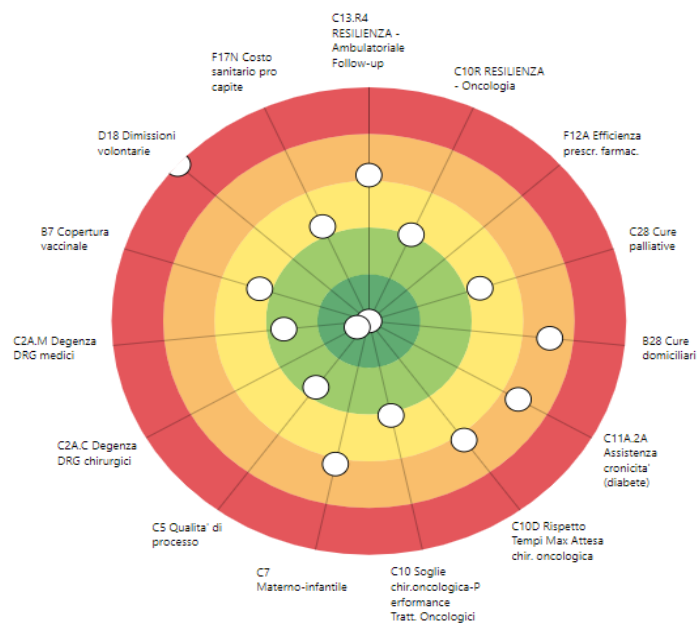
PugliaSalute

NETWORK REGIONI S.ANNA PISA- EDIZIONE 2021

Bersaglio 2021 - Puglia



Bersaglio 2021 - ASL Barletta-Andria-Trani



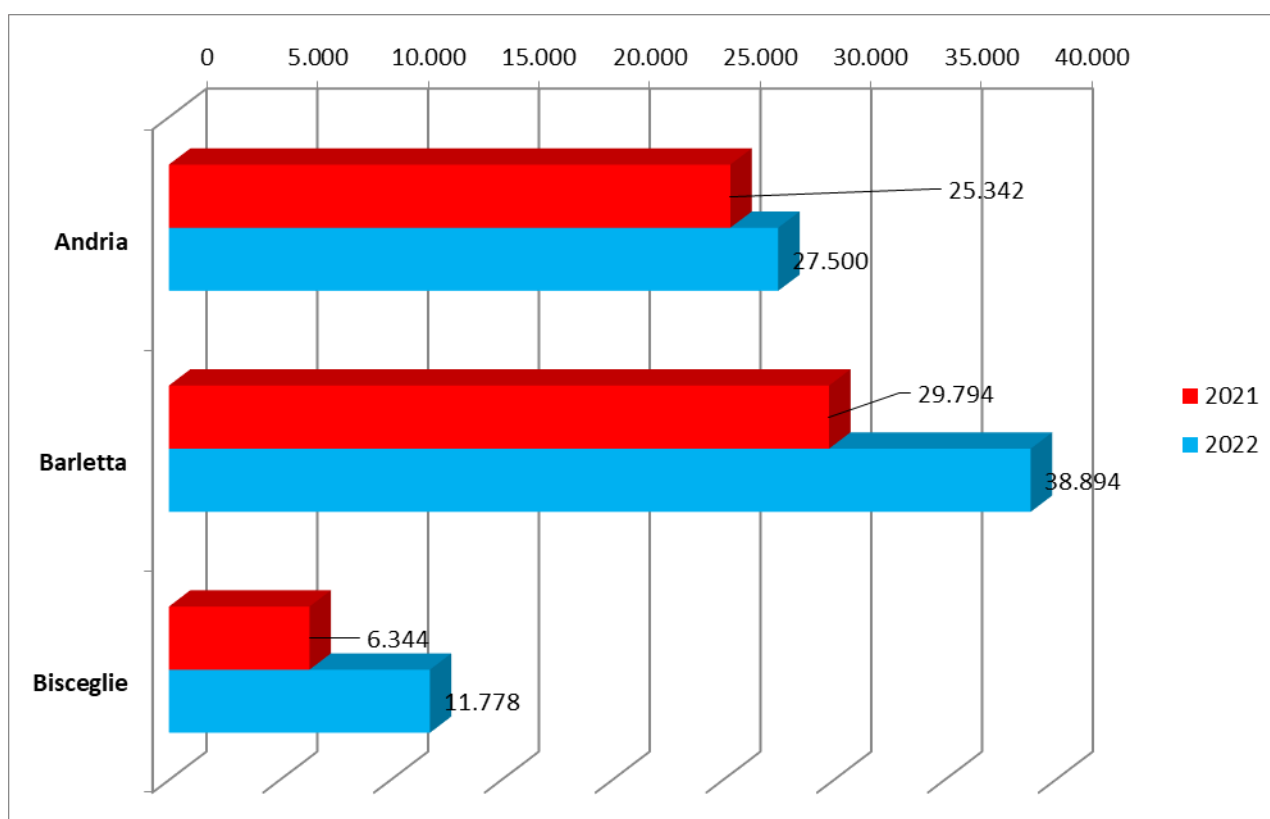
Nella tabella di seguito riportata, sono invece analizzati volumi e tempi medi di attesa relativi all'attività chirurgia oncologica programmata per classi di priorità "A" e relativa al biennio 2021 - 2022 (n. totale ricoveri chirurgici prevalenti > = 5 nel biennio).

Cod e Diagnosi	2021 (Consolidato)		2022 (temporaneo)	
	Nr. Totale Ricoveri	Media di GG Liste di Attesa x Ricovero	Nr. Totale Ricoveri	Media di GG Liste di Attesa x Ricovero
A - Ricoveri entro 30 GG				
1882 - TUMORI MALIGNI DELLA PARETE LATERALE DELLA VESCICA	151	34	114	70
185 - TUMORI MALIGNI DELLA PROSTATA	86	38	103	57
1744 - TUMORI MALIGNI DEL QUADRANTE SUPERO-ESTERNO DELLA MAMMELLA DELLA DONNA	54	24	56	16
1541 - TUMORI MALIGNI DEL RETTO	35	46	40	33
2181 - LEIOMIOMA INTRAMURALE DELL'UTERO	42	19	26	16
2356 - TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO DELLA LARINGE	6	66	23	23
1536 - TUMORI MALIGNI DEL COLON ASCENDENTE	16	17	21	18
1890 - TUMORI MALIGNI DEL RENE, ECCETTO LA PELVI	33	23	20	43
1748 - TUMORI MALIGNI DELLA ALTRE SEDI SPECIFICATE DELLA MAMMELLA DELLA DONNA	11	30	16	14
1749 - TUMORI MALIGNI DELLA MAMMELLA (DELLA DONNA), NON SPECIFICATA	9	18	16	7
2350 - TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO DELLE GHIANDOLE SALIVARI MAGGIORI	12	57	15	21
1533 - TUMORI MALIGNI DEL SIGMA	20	23	14	27
1743 - TUMORI MALIGNI DEL QUADRANTE INFERO-INTERNO DELLA MAMMELLA DELLA DONNA	3	22	13	38
1880 - TUMORI MALIGNI DEL TRIGONO VESCICALE	4	35	13	72
1619 - TUMORI MALIGNI DELLA LARINGE, NON SPECIFICATA	16	30	12	15
1742 - TUMORI MALIGNI DEL QUADRANTE SUPERO-INTERNO DELLA MAMMELLA DELLA DONNA	19	24	12	11
2337 - CARCINOMI IN SITU DELLA VESCICA	8	42	11	112
2367 - TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO DELLA VESCICA	24	48	11	62
2383 - TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO DELLA MAMMELLA	3	17	10	23
V1051 - ANAMNESI PERSONALE DI TUMORE MALIGNO DELLA VESCICA	1	8	10	88
1540 - TUMORI MALIGNI DELLA GIUNZIONE RETTOSIGMOIDEA	13	17	9	25
1869 - TUMORI MALIGNI DEL TESTICOLO: ALTRO E NON SPECIFICATO	3	10	9	24
1891 - TUMORI MALIGNI DELLA PELVI RENALE	13	34	9	34
2352 - TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO DI STOMACO, INTESTINO E RETTO	2	16	9	60
193 - TUMORI MALIGNI DELLA GHIANDOLA TIROIDE	6	15	8	15
1977 - TUMORI MALIGNI SECONDARI DEL FEGATO, SPECIFICATI COME METASTATICI	14	36	8	50
2390 - TUMORI DI NATURA NON SPECIFICATA DELL'APPARATO DIGERENTE	5	81	8	30
2391 - TUMORI DI NATURA NON SPECIFICATA DELL'APPARATO RESPIRATORIO			8	51
1622 - TUMORI MALIGNI DEL BRONCO PRINCIPALE	14		7	7
1881 - TUMORI MALIGNI DELLA CUPOLA VESCICALE	5	54	7	91
1983 - TUMORI MALIGNI SECONDARI DI ENCEFALO E MIDOLLO SPINALE	4	17	7	12
1512 - TUMORI MALIGNI DELL'ANTRO PILORICO	3	24	6	17
1534 - TUMORI MALIGNI DEL CECO	1	1	6	18
1550 - TUMORI MALIGNI PRIMITIVI DEL FEGATO			6	11
1618 - TUMORI MALIGNI DI ALTRE SEDI SPECIFICATE DELLA LARINGE	1	8	6	11
1741 - TUMORI MALIGNI DELLA PARTE CENTRALE DELLA MAMMELLA DELLA DONNA	8	17	6	15
1745 - TUMORI MALIGNI DEL QUADRANTE INFERO-ESTERNO DELLA MAMMELLA DELLA DONNA	18	15	6	13
1532 - TUMORI MALIGNI DEL COLON DISCENDENTE	7	16	5	17
1883 - TUMORI MALIGNI DELLA PARETE ANTERIORE DELLA VESCICA	3	10	5	104
1884 - TUMORI MALIGNI DELLA PARETE POSTERIORE DELLA VESCICA			5	89
1976 - TUMORI MALIGNI SECONDARI DI RETROPERITONEO E PERITONEO	4	12	5	138
2252 - TUMORI BENIGNI DELLE MENINGI CEREBRALI	6	22	5	33
2303 - CARCINOMI IN SITU DEL COLON	7	30	5	26
1569 - TUMORI MALIGNI DELLE VIE BILIARI, NON SPECIFICATE	3		4	
1892 - TUMORI MALIGNI DELL'URETERE	2	58	4	53
1912 - TUMORI MALIGNI DEL LOBO TEMPORALE	2	7	4	13
2182 - LEIOMIOMA SOTTOSIEROSO DELL'UTERO	1	4	4	14
2189 - LEIOMIOMA DELL'UTERO, NON SPECIFICATO	2	8	4	11
1519 - TUMORI MALIGNI DELLO STOMACO, NON SPECIFICATO	2	2	3	20
1539 - TUMORI MALIGNI DEL COLON, NON SPECIFICATO			3	41
1548 - ALTRI TUMORI MALIGNI DEL RETTO, DELLA GIUNZIONE RETTOSIGMOIDEA E DELL'ANO	3	25	3	12
1552 - TUMORI MALIGNI DEL FEGATO, NON SPECIFICATO SE PRIMITIVI O SECONDARI	1		3	30
1985 - TUMORI MALIGNI SECONDARI DI OSSO E MIDOLLO OSSEO	16	19	3	8
2180 - LEIOMIOMA SOTTOMUCOSO DELL'UTERO	6	10	3	6
2330 - CARCINOMI IN SITU DELLA MAMMELLA	4	23	3	22
2359 - TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO DI ALTRI E NON SPECIFICATI ORGANI RESPIRATORI	1	97	3	18
2362 - TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO DELL'OVAIO	2	4	3	2
2375 - TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO DI ENCEFALO E MIDOLLO SPINALE			3	18
2388 - TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO DI ALTRE SEDI SPECIFICATE	3	22	3	20
1420 - TUMORI MALIGNI DELLA GHIANDOLA PAROTIDE	2	26	2	11
1428 - TUMORI MALIGNI DI ALTRE GHIANDOLE SALIVARI MAGGIORI			2	4
1514 - TUMORI MALIGNI DEL CORPO DELLO STOMACO	2	14	2	7
1518 - TUMORI MALIGNI DI ALTRE SEDI (SPECIFICATE) DELLO STOMACO			2	20
1530 - TUMORI MALIGNI DEL FLESSURA EPATICA	5	10	2	12
1531 - TUMORI MALIGNI DEL COLON TRASVERSO	4	7	2	12
1579 - TUMORI MALIGNI DEL PANCREAS, PARTE NON SPECIFICATA			2	9
1759 - TUMORI MALIGNI DI ALTRE E NON SPECIFICATE SEDI DELLA MAMMELLA DELL'UOMO	1	19	2	26
1830 - TUMORI MALIGNI DELL'OVAIO			2	27
1872 - TUMORI MALIGNI DEL GLANDE			2	28
1889 - TUMORI MALIGNI DI PARTE NON SPECIFICATA DELLA VESCICA			2	17
1893 - TUMORI MALIGNI DELL'URETRA	3	82	2	119
1982 - TUMORI MALIGNI SECONDARI DELLA CUTI	3	32	2	1
1984 - TUMORI MALIGNI SECONDARI DI ALTRE PARTI DEL SISTEMA NERVOSO			2	14
2254 - TUMORI BENIGNI DELLE MENINGI SPINALI			2	11
2302 - CARCINOMI IN SITU DELLO STOMACO			2	45
2351 - TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO DI LABBRA, CAVITÀ ORALE E FARINGE	2	41	2	3
2353 - TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO DI FEGATO E VIE BILIARI	1	15	2	28
2355 - TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO DI ALTRI E NON SPECIFICATI ORGANI DIGERENTI			2	18
23691 - TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO DI RENE E URETERE	8	40	2	60
2376 - TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO DELLE MENINGI	1	17	2	23
Altri	104	27	50	20

L'ultima analisi riguarda il numero di accessi registrati nei Pronto Soccorso aziendali, confrontati rispetto al 2021. L'analisi del dato evidenzia un significativo aumento del numero di accessi per Barletta e Bisceglie che di fatto lascia intendere come in condizioni di "normalità" aumenti il numero di accessi inappropriati che, con una migliore organizzazione dell'offerta territoriale, potrebbero essere gestiti diversamente:

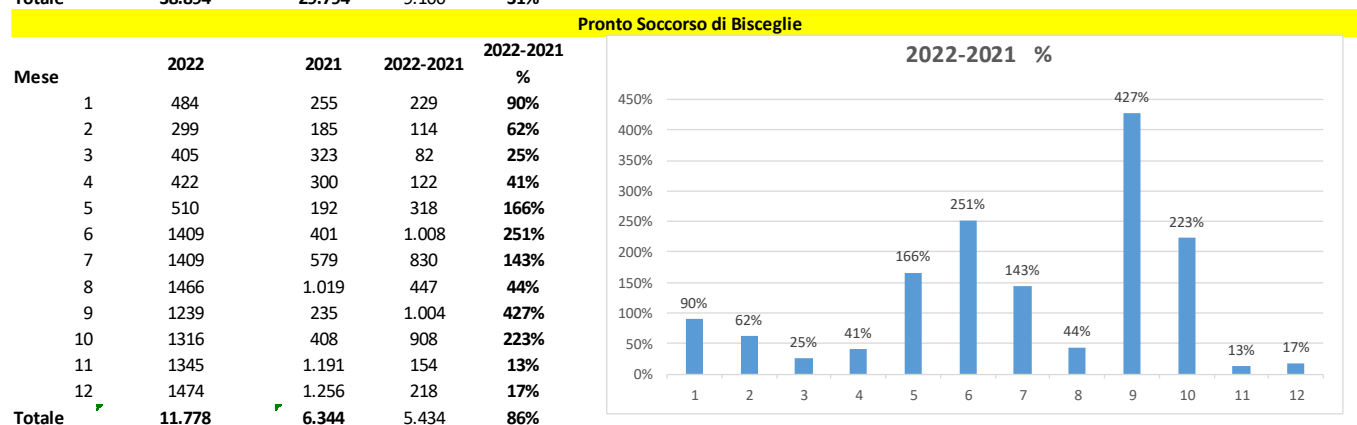
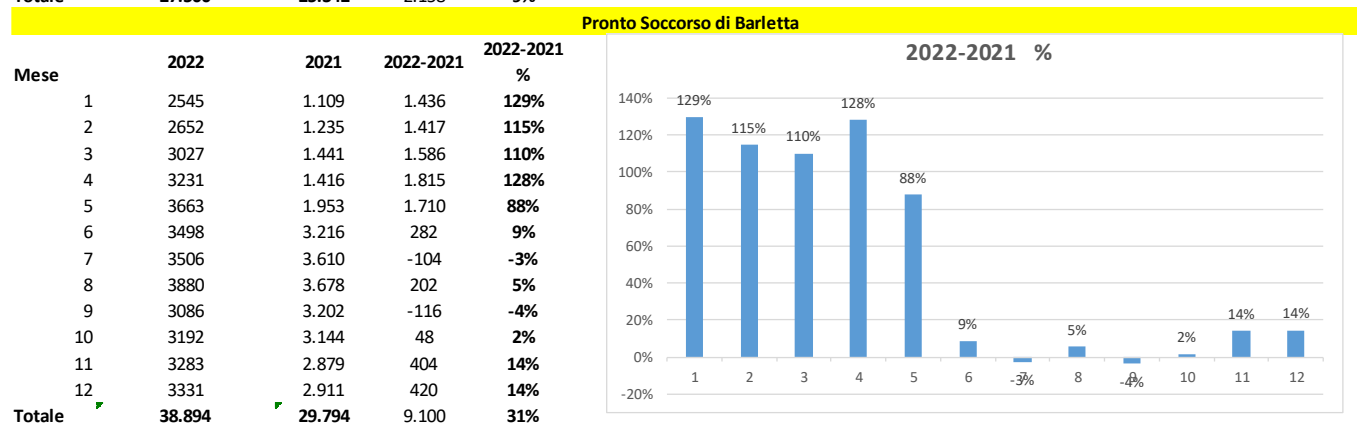
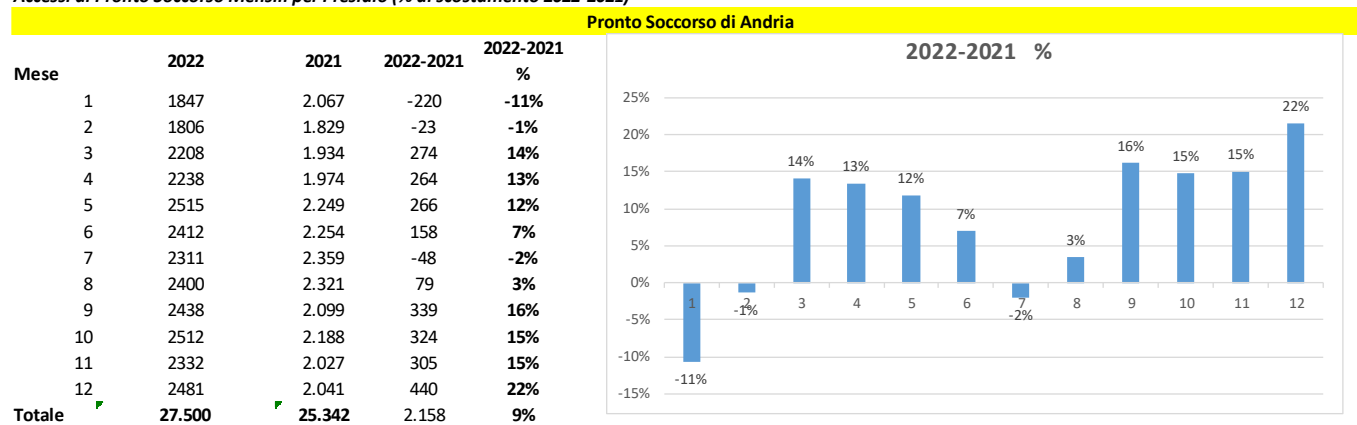
Numero Accessi di Pronto Soccorso per Presidio

Struttura	2022	2021
Andria	27.500	25.342
Barletta	38.894	29.794
Bisceglie	11.778	6.344
Totale complessivo	78.172	61.480



Le tabelle di seguito riportate, evidenziano gli scostamenti mensili del 2022 rispetto al 2021.

Accessi di Pronto Soccorso Mensili per Presidio (% di scostamento 2022-2021)



La seguente tabella, evidenzia invece i tempi medi di attesa per codice di accesso, come modificati con D.G.R. n. 1726 del 23/09/2019.

Tabella per Struttura d'Urgenza

TEMPI MEDI DI ATTESA									
TRIAGE	Andria			Barletta			Bisceglie		
	2021	2022	% 2020-2021	2021	2022	% 2020-2021	2021	2022	% 2020-2021
ARANCIONE - URGENZA	101,43	76,37	-25%	34,4	44,57	30%	12,09	18,43	52%
AZZURRO - URGENZA DIFFERIBILE	102,65	75,67	-26%	47,92	59,45	24%	16,25	24,56	51%
BIANCO - NON URGENZA	72,37	85,2	18%	54,22	87,5	61%	21,71	27,32	26%
NERO - DECEDUTO								2	
NON RILEVATO PER ACCESSO DIRETTO	483	206	-57%	44,5	30,75	-31%	12	8	-33%
ROSSO - EMERGENZA	11,26	8,41	-25%	7,28	5,53	-24%	8,03	6,88	-14%
VERDE - URGENZA MINORE	86,28	64,87	-25%	55,54	61,82	11%	18,37	25,85	41%

Tabella Aziendale con evidenza Numero Episodi Tempi Medi di Attesa

ASLBT Triage	2021		2022	
	N. Episodi	TEMPI MEDI DI ATTESA	N. Episodi	TEMPI MEDI DI ATTESA
ARANCIONE - URGENZA	13.592	49,31	15.166	46,46
AZZURRO - URGENZA DIFFERIBILE	21.291	55,61	30.979	53,23
BIANCO - NON URGENZA	232	49,43	356	66,67
NERO - DECEDUTO			2	2,00
NON RILEVATO PER ACCESSO DIRETTO	15	179,83	16	81,58
ROSSO - EMERGENZA	2.560	8,86	2.626	6,94
VERDE - URGENZA MINORE	21.932	53,40	26.582	50,85
Totale complessivo	59.622	66,07	75.727	48,38

Attività Sanitaria Ambulatoriale

Le direttive nazionali e regionali, emanate negli ultimi anni, sono state tutte convergenti verso il potenziamento dell'offerta di prestazioni ambulatoriali come forma di assistenza alternative al ricovero ospedaliero ordinario.

L'assistenza specialistica ambulatoriale rappresenta, pertanto, la più diffusa modalità di accesso del cittadino al Sistema Sanitario Regionale.

L'attività specialistica ambulatoriale erogata agli assistiti del territorio dagli ambulatori ospedalieri negli anni 2021 e 2020 è così riassunta:

OSPEDALI						
2021			Andria (Canosa)	Bisceglie	Barletta	Totale
Fatturato	€/mgl		8.909	1.141	16.412	26.462
Prestaz.	N.ro		412.114	110.169	325.422	847.705
- di cui visite specialistiche	n.ro		32.565	6.294	58.792	97.651
- di cui diagn. per immagini	n.ro		36.882	4.232	45.067	86.181
- di cui prestaz. di patol. clinica	n.ro		311.220	94.734	112.982	518.936
- di cui altre prestazioni	n.ro		31.447	4.909	108.581	144.937
Fatturato medio prestaz.	€		21,6	10,4	50,4	31,2

OSPEDALI						
2020			Andria (Canosa)	Bisceglie	Barletta	Totale
Fatturato	€/mgl		7.679	1.435	14.666	23.780
Prestaz.	N.ro		321.723	105.565	297.471	724.759
- di cui visite specialistiche	n.ro		33.711	6.795	56.557	97.063
- di cui diagn. per immagini	n.ro		28.641	5.744	28.876	63.261
- di cui prestaz. di patol. clinica	n.ro		228.567	84.974	135.365	448.906
- di cui altre prestazioni	n.ro		30.804	8.052	76.673	115.529
Fatturato medio prestaz.	€		23,9	13,6	49,3	32,8

OSPEDALI						
2021 Vs 2020			Andria	Bisceglie	Barletta	Totale
Fatturato	€/mgl		1.230	-294	1.746	2.682
Prestaz.	N.ro		90.391	4.604	27.951	122.946
- di cui visite specialistiche	n.ro		-1.146	-501	2.235	588
- di cui diagn. per immagini	n.ro		8.241	-1.512	16.191	22.920
- di cui prestaz. di patol. clinica	n.ro		82.653	9.760	-22.383	70.030
- di cui altre prestazioni	n.ro		643	-3.143	31.908	29.408
Fatturato medio prestaz.	€		-2,2	-3,2	1,1	-1,6

Si precisa che i dati relativi alle prestazioni di patologia clinica e di diagnostica per immagini sono stati rilevati dai rispettivi software gestionali in quanto più completi rispetto a quelli presenti nel Sistema di Prenotazione delle prestazioni specialistiche ed ambulatoriali (CUP).

Anche se l'attività specialistica ambulatoriale è stata fortemente condizionata dalla pandemia per Covid-19, nel 2021 c'è stato un segnale di ripresa con un aumento di fatturato di circa il 10% e un aumento di numero di prestazioni di circa il 15%

Inoltre, si evidenzia l'andamento degli Accertamenti diagnostici strumentali e consulenze in Pronto Soccorso per accessi non seguiti da ricovero anno 2019-2022 (Fonte Disar Modello LA - 3A120)

Anno Accettazioni PS	Distretto Istituto Ricovero Struttura Accettazione Urgenza	N. Prestazioni erogate in PS	N. Consulenza Episodio PS	Imp. Tariffa Nomenclatore	Tipo Data Warehouse
2019	P.S. - Andria	79.716	35.533	2.167.978	Consolidato
2019	P.S. - Barletta	48.999	57.744	2.665.902	Consolidato
2019	P.S. - Bisceglie	31.754	24.978	1.319.505	Consolidato
2020	P.S. - Andria	43.067	71.928	1.281.864	Consolidato
2020	P.S. - Barletta	36.486	103.850	1.637.161	Consolidato
2020	P.S. - Bisceglie	18.352	56.338	793.686	Consolidato
2021	P.S. - Andria	37.940	68.022	1.242.065	Consolidato
2021	P.S. - Barletta	27.616	69.161	1.304.551	Consolidato
2021	P.S. - Bisceglie	8.800	23.611	365.639	Consolidato
2022	P.S. - Andria	22.391	24.578	798.319	Temporaneo
2022	P.S. - Barletta	33.451	59.593	1.409.751	Temporaneo
2022	P.S. - Bisceglie	14.752	36.949	599.113	Temporaneo

Si precisa che i dati relativi alle prestazioni di patologia clinica e di diagnostica per immagini sono stati rilevati dai rispettivi software gestionali in quanto più completi rispetto a quelli presenti nel Sistema di Prenotazione delle prestazioni specialistiche ed ambulatoriali (CUP).

Prestazioni ambulatoriali (fonte: CUPNET/SW gestionali)

Nel 2021 l'organico medio impiegato nei 5 Distretti incluso il PTA di Trani e il PTA di Canosa è stato pari a 504 unità così distribuite:

	Ruolo sanitario			Ruolo prof.le			Ruolo tecnico			Ruolo amm.vo			TOTALE		
	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale
PTA - Trani	15	40	55			0	6	6			0	15	47	62	
PTA - Canosa	10	29	39			0	12	12		4	4	10	45	55	
Distretti	60	198	258	0	0	0	0	64	64	4	61	65	64	323	387
D.S.S. 1	6	26	32			0	7	7		11	11	6	44	50	
D.S.S. 2	9	29	37			0	12	12	1	14	15	9	55	64	
D.S.S. 3	7	42	49			0	20	20	1	9	10	8	71	80	
D.S.S. 4	17	35	52			0	12	12	1	10	11	18	57	75	
D.S.S. 5	22	66	88			0	13	13	1	17	18	23	96	119	

I dati relativi alle prestazioni ambulatoriali erogate nel 2021 e nel 2020 dai poliambulatori distrettuali (fonte CUP) sono di seguito riassunti:

Anno 2021

2021		PTA - Trani	PTA - Canosa	DSS 1	DSS 2	DSS 3	DSS 4	DSS 5	Totale
Fatturato	€/mgl	4.879	2.052	780	449	2.147	936	2.018	13.259
Prestaz.	N.ro	237.883	286.536	46.938	26.032	52.843	61.042	95.184	806.458
- di cui visite specialistiche	n.ro	8.212	1.768	19.497	18.563	17.164	25.602	36.217	127.023
- di cui diagn. per immagini	n.ro	27.624	20.482	6.680	3.069	9.090	3.895	13.311	84.151
- di cui prestaz. di patol. clinica	n.ro	187.911	264.044	9.972	255	7.530	5.147	4.094	478.953
- di cui altre prestazioni	n.ro	14.136	242	10.789	4.145	19.059	26.398	41.562	116.331
Fatturato medio prestaz.	€	20,5	7,2	16,6	17,2	40,6	15,3	21,2	16,4

Anno 2020

2020		PTA - Trani	PTA - Canosa	DSS 1	DSS 2	DSS 3	DSS 4	DSS 5	Totale
Fatturato	€/mgl	4.389	1.806	646	488	2.093	839	1.021	11.282
Prestaz.	N.ro	204.733	237.573	43.340	26.109	47.190	55.346	49.611	663.902
- di cui visite specialistiche	n.ro	6.541	3.476	16.691	16.812	14.468	21.544	24.924	104.456
- di cui diagn. per immagini	n.ro	24.329	16.169	4.635	2.952	8.299	3.564	7.929	67.877
- di cui prestaz. di patol. clinica	n.ro	160.345	216.892	9.164	986	7.142	4.935	2.931	402.395
- di cui altre prestazioni	n.ro	13.518	1.036	12.850	5.359	17.281	25.303	13.827	89.174
Fatturato medio prestaz.	€	21,4	7,6	14,9	18,7	44,3	15,2	20,6	17,0

Differenza 2021 vs. 2020

2021 Vs 2020		PTA - Trani	PTA - Canosa	DSS 1	DSS 2	DSS 3	DSS 4	DSS 5	Totale
Fatturato	€/mgl	490	246	134	-40	54	97	997	1.977
Prestaz.	N.ro	33.150	48.963	3.598	-77	5.653	5.696	45.573	142.556
- di cui visite specialistiche	n.ro	1.671	-1.708	2.806	1.751	2.696	4.058	11.293	22.567
- di cui diagn. per immagini	n.ro	3.295	4.313	2.045	117	791	331	5.382	16.274
- di cui prestaz. di patol. clinica	n.ro	27.566	47.152	808	-731	388	212	1.163	76.558
- di cui altre prestazioni	n.ro	618	-794	-2.061	-1.214	1.778	1.095	27.735	27.157
Fatturato medio prestaz.	€	-0,9	-0,4	1,7	-1,5	-3,7	0,2	0,6	-0,6

i dati sopra riportati nonostante la pandemia riportano un aumento sia in termini di fatturato 15% che di numero di prestazioni 18%.

i dati sopra riportati riportano un aumento in quanto le prestazioni effettuate dall'ex Ospedale di andria plesso di Canosa sono passate nell'assistenza territoriale come PTA Canosa (Day Service Multidisciplinare) .

Altri dati di attività (fonte: NSIS FLS. 21)

Tra gli altri dati di attività disponibili si riepilogano, di seguito, relativamente agli anni 2021 e 2020, quelli concernenti l'assistenza di Guardia Medica (Quadro F), Assistenza Farmaceutica Convenzionata (Quadro G), Assistenza Domiciliare Integrata (Quadro H), Assistenza Programmata (Quadro I):

FLS 21 Attività di assistenza sanitaria di base

F: Guardia Medica	2021	2020
Punti	17	11
Medici Titolari	66	72
Ore Totali	75236	80292
Contatti Effettuati	34763	35515
Ricoveri Presscritti	400	418
Medici con disponibilità domiciliare	0	75
Ore di apertura del servizio	62507	58127

G: Assistenza Farmaceutica Convenzionata	2021		2020	
	Numero	Importo	Numero	Importo
Ricette di specialità Medicinali e Galenici	3.739.529	51.637.664	3.717.407	51.939.129
Assistenza Integrativa		4.365.150		4.476.875
Ticket e Quote Fisse		11.325.905		11.229.667
Ricette Esenti		0	1.666.171	

H: Assistenza Domiciliare Integrata 2021

Casi Trattati	4.812	Utenti in Lista di Attesa	152
di cui anziani	3.444		
di cui malati terminali	651		
Accessi del Personale Medico	26.412	di cui ad anziani	13.807
		di cui a malati terminali	9.320

	Terapisti della Riabilitazione	Infermieri Professionali	Altri Operatori	Totale
Ore di Assistenza Erogata	73.347	79.979	57.097	210.423
di cui ad anziani	59.099	54.090	33.525	146.714
di cui a malati terminali	913	8.380	849	10.142
Accessi degli operatori	78.992	94.493	38.480	211.965
di cui ad anziani	64.786	66.748	25.230	156.764
di cui a malati terminali	908	12.195	2.049	15.152

H: Assistenza Domiciliare Integrata 2020

Casi Trattati	4.169	Utenti in Lista di Attesa	10.583
di cui anziani	2.872		
di cui malati terminali	624		
Accessi del Personale Medico	23.105	di cui ad anziani	10.583
		di cui a malati terminali	9.682

	Terapisti della Riabilitazione	Infermieri Professionali	Altri Operatori	Totale
Ore di Assistenza Erogata	39.918	69.163	48.701	157.782
di cui ad anziani	31.265	43.271	29.856	104.392
di cui a malati terminali	403	8.047	921	9.371
Accessi degli operatori	45.754	110.473	36.310	192.537
di cui ad anziani	36.416	79.788	24.124	140.328
di cui a malati terminali	425	11.509	1.712	13.646

I: Assistenza Programmata
2021
2020

Numero di Medici	264	275
Numero di Autorizzazioni Concesse	5.404	6.038

Il **Servizio Sovradistrettuale di Riabilitazione** garantisce prevalentemente l'assistenza riabilitativa, di cui all'art. 26 L.833/78, sia attraverso strutture a gestione diretta, sia attraverso strutture convenzionate. Nel 2021 l'organico medio impiegato nel S.S.R. è stato pari a 125 unità.

Ruolo sanitario			Ruolo prof.le			Ruolo tecnico			Ruolo amm.vo			TOTALE		
Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale
13	88	101			0	21		21	3		3	13	112	125

I principali dati relativi all'attività svolta nel 2021 e nel 2020 dal S.S.R. sono riassunti nella seguente tabella:

	2021	2020
Utenti e attività a gestione diretta		
Utenti in regime ambulat.	731	856
Utenti in trattamento domiciliare	2579	602
Utenti centri semiresidenziali	18	22
Utenti centri residenziali	0	0
Trattamenti in regime ambulat.	25.307	17.995
Trattamenti in regime domiciliare	14.657	10.908
Trattamenti in regime semiresid.	2743	1.964
Trattamenti in regime residenziale	0	0
Accessi ambulatoriali :		
Accessi amb. riabilitazione neurologica	11.190	9.544
Accessi amb. riabilitazione motoria	1.720	829
Accessi amb. riabilitazione psico-sensoriale	277	83
Accessi amb. riabilitazione neuropsichiatrica infantile	11.308	6.959
Utenti strutture convenzionate*		
Utenti centri semiresidenziali	86	92
Utenti centri residenziali	254	687
Altri dati di attività*		
gg di degenza in strutture semiresid.	18820	11.647
gg di degenza in strutture residenziali	18665	39.029

* comprendono l'assistenza erogata ad utenti residenti nel territorio della ASL BT presso strutture del territorio aziendale, regionale ed extraregionale non sono compresi i dati relativi agli utenti ricoverati presso l'Istituto Ortofrenico di Bisceglie

Il **Dipartimento delle Dipendenze Patologiche** si occupa della prevenzione e dell'assistenza delle dipendenze da sostanze legali e illegali (alcol, droghe), ma anche delle dipendenze comportamentali (gioco d'azzardo, internet, cellulari). Il D.D.P. svolge la sua attività sia attraverso i sei Ser.T. ubicati nei comuni di Margherita di S., Andria, Canosa, Barletta, Trani e Bisceglie, sia attraverso strutture in convenzione per l'assistenza residenziale e semiresidenziale ai tossicodipendenti. L'organico medio nel 2021 è stato di 34 unità.

Ruolo sanitario			Ruolo prof.le			Ruolo tecnico			Ruolo amm.vo			TOTALE		
Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale
10	17	26			0	7		7			0	10	24	34

I principali dati che hanno caratterizzato l'attività del Dipartimento nel corso del 2021, confrontati con i dati dell'anno precedente, sono riassunti nella tabella che segue:

	2021	2020
Utenti e attività a gestione diretta		
Utenti in regime ambulat.	1.749	1.850
Utenti in trattamento domiciliare	1	1
Prestazioni in regime ambulat.	189.756	166.233
Prestazioni in regime domiciliare	5	5
Utenti strutture convenzionate		
Utenti centri semiresidenziali	0	2
Utenti centri residenziali	134	111
Altri dati di attività		
gg di degenza in comunità semiresid.	0	115
gg di degenza in comunità residenziali	20.469	19.454

I dati sopra riportati evidenziano un incremento dei Trattamenti e un decremento degli utenti in regime ambulatoriale a gestione diretta.

Va precisato che l'afflusso di tali utenti, è spesso indotto anche dai provvedimenti dell'autorità giudiziaria e ingenera un incremento dei costi per l'Azienda, difficilmente prevedibile e governabile.

Inoltre, a decorrere dall'anno 2016 il Sistema Informativo della Regione Puglia conteggia più volte il numero dei trattamenti anche se riferiti al medesimo utente; fino al 2015 ogni utente veniva conteggiato una sola volta anche se beneficiava di più trattamenti. Le rivalutazioni periodiche condotte hanno consentito di convertire numerose attività in regime residenziale in regime semi-residenziale con beneficio per i pazienti e per i costi.

Il **Dipartimento di Salute Mentale** svolge la sua attività di assistenza e cura dei soggetti affetti da patologie psichiatriche avvalendosi di strutture e risorse proprie, oltre che di strutture convenzionate. Fanno capo al D.S.M. i servizi di Neuropsichiatria Infantile, Psicologia Clinica ed il reparto di Psichiatria ubicato presso l'ospedale di Barletta.

Il personale dipendente impiegato nel Dipartimento, nel 2021, è stato pari a 184 unità (organico medio):

Ruolo sanitario			Ruolo prof.le			Ruolo tecnico			Ruolo amm.vo			TOTALE		
Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale
58	86	145			0		36	36		3	3	58	126	184

I principali dati che hanno caratterizzato l'attività del Dipartimento nel corso del 2021, confrontati con i dati degli anni precedenti, sono riassunti nella tabella che segue:

	D.S.M.	D.S.M.
	2021	2020
Utenti e attività a gestione diretta		
Utenti in regime ambulat. / domiciliare(1)	4.758	4.574
Utenti centri semiresidenziali	54	34
Utenti centri residenziali (2)	27	32
Trattamenti in regime ambulat. (3)	61.803	56.823
Trattamenti in regime domiciliare	11.594	8.368
Trattamenti in regime semiresid.	11.254	6.782
Trattamenti in regime residenziale (4)	11.223	11.223
Utenti Ambulatorio NPIA	1.864	1.635
Utenti Centri Residenziali NPIA	26	20
Trattamenti in regime ambulatoriale NPIA	590	530
Trattamenti in regime domiciliare NPIA	15	//
Integrazione Scolastica NPIA	1.538	1.667
Utenti Centro Autismo Territoriale NPIA	1.200	1.094
Utenti Centro di Riferimento Regionale ADHD NPIA	129	140
Visite Collegiali (DPCM 185/06) NPIA	579	490
Utenti in trattamento Riabilitativo NPIA	55	20
Utenti strutture convenzionate		
Utenti centri semiresidenziali	63	63
Utenti centri residenziali (5)	95	92
Utenti Centro Semires. Terap. Min. "IRIS" (convenzionato)	20	20
Altri dati di attività (6)		
gg di degenza in comunità semiresid.	10.200	12.160
gg di degenza in comunità residenziali	31.250	31.250

Come premesso, fa capo al Dipartimento il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) di Barletta. L'attività di ricovero del D.S.M. è di seguito riassunta:

		2021	2020
		Barletta	Barletta
Posti letto (medi)	n.ro	10	11
Ricoveri ordinari	n.ro	472	480
Giornate di deg.	gg	4.216	4.017
Deg. media	gg	8,9	8,4
Utilizzo p.l.	%	115,5	100,0
Case mix		0,69	0,71

L'assistenza collettiva

A) Stato dell'arte

L'attività di assistenza collettiva è svolta dal Dipartimento di Prevenzione attraverso i propri Servizi organizzati in base alle seguenti aree di attività:

- Igiene e sanità pubblica,
- Igiene degli alimenti e della nutrizione,
- Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro,
- Sanità animale,
- Igiene degli alimenti di origine animale,
- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

Il personale dipendente impiegato nel Dipartimento, nel 2021, è stato pari a 198 unità (organico medio):

Ruolo sanitario			Ruolo prof.le			Ruolo tecnico			Ruolo amm.vo			TOTALE		
Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale
58	97	155	1		1		9	9		33	33	59	139	198

B) Obiettivi dell'esercizio relativi alla struttura e all'organizzazione dei servizi

I principali dati relativi all'attività svolta dal Dipartimento di Prevenzione dell'A.S.L. BT, nel 2021, sono di seguito riportati. Per quanto attiene il Servizio di Igiene Pubblica non è possibile effettuare un confronto con il 2020 in quanto a causa della prima ondata pandemica il servizio è stato impegnato quasi esclusivamente in una intensa attività di contact tracing.



DIP. PREV. (Igiene e Sanità Pubblica)	ANNO 2021	ANNO 2020
Certificazioni medico-legali	1.255	n.d.
Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate	1.069.100	n.d.
Certificati di vaccinazione	435.000	n.d.
Counseling medicina del turismo	101	n.d.
Indagine epidemiologiche	28.000	n.d.
Notifiche malattie infettive (SIMI)	83	n.d.
Idoneità igienico-sanitarie attività sanit. e socio-sanit.	87	n.d.
Idoneità scuole private e pubbliche	25	n.d.
Idoneità palestre, piscine, centri sportivi e stab. baln.	3	n.d.
Idoneità attività artigianali e commerciali	123	n.d.
Idoneità parrucchieri, estetiste e tatuatori/piercing	10	n.d.
Idoneità alberghi, Bed & Breakfast	15	n.d.
Certificazione conformità scarichi e vasche imhoff	7	n.d.
Certificati antigenicità ambienti di vita	5	n.d.
Numero istanze invalidi civili pervenute	12.589	n.d.
Numero pratiche invalici civili evase	12.105	n.d.
Partecipazione conferenze di servizio	122	n.d.
Partecipaz. commiss. pubblico spettacolo...	0	n.d.
Inconvenienti igienico-sanitari	159	n.d.
Pareri edilizi	0	n.d.
Certificazioni necroscopiche (più scheda ISTAT)	1.205	n.d.
Nulla osta sanitario per trasporto salme	25	n.d.
Traslazioni ed esumazioni straord. di salme	1	n.d.
Autorizzaz. autorimesse e idoneità carri funebri	3	n.d.
Attività di vigilanza igienico-sanitaria	336	n.d.
Attività di sorveglianza Legionella	42	n.d.

DIP. PREV. (SIAN)	ANNO 2021	ANNO 2020
Controlli sui produttori	112	227
Controlli sulla distribuzione degli alimenti	566	489
Controlli sui trasporti degli alimenti	21	38
Controlli sulla ristorazione pubblica	123	289
Controlli sulla ristorazione collettiva	32	20
Controlli su confezionatori	112	212
Controlli sui prodotti fitosanitari	161	161
Controlli ispettorato micologico	15	14
Controlli sulle acque	296	267
Controlli nelle mense	32	20
Controlli sulla sicurezza alimentare e sulle tossi infez.	2	2
Corsi di formazione	94	86

**ASL BT****PugliaSalute**

DIP. PREV. (SPESAL)	ANNO 2021	ANNO 2020
Nr lavoratori controllati o comunque esaminati per accertamento o certificazioni sanitarie: di cui apprendisti minori:	13	24
Numero di indagini effettuate per infortuni sul lavoro:	45	34
Numero di indagini effettuate per malattie professionali:	46	18
Numero di aziende interessate da atti autorizzativi, esame progetti, piani di lavoro e notifiche	190	38
Numero di Aziende in cui sono stati effettuati interventi di vigilanza e di polizia giudiziaria	707	610

DIP. PREV. (Serv. Veterinario Area "A")	ANNO 2021	ANNO 2020
Catture cani randagi	879	950
Sterilizzazioni cani randagi	421	1.163
Controlli sulla popolaz. canina randagia	6.153	7.730
Controlli sulla popolaz. canina di proprietà	8.484	9.200
Programmi di eradicazione e controllo brucellosi	15.854	22.000
Piani di controllo mal. infet. best. lista "A" O.I.E.	5.718	5.500
Piani di controllo mal. infet. best. lista "B" O.I.E. escl. BRC	864	6.200
Anagrafe Zootecnica - SUMMA -SANAN - ACIR -SIMAN	62.000	62.000

DIP. PREV. (Serv. Veterinario Area "B")	ANNO 2021	ANNO 2020
n. ispezione su strutture riconosciute	413	509
n. ispezioni con non conformità	37	26
n. ispezione su strutture registrate	354	407
n. ispezioni con non conformità	80	32
n. audit	41	45
n. campioni totali	305	363
n. campioni non conformi	22	17
n. provvedimenti amministrativi	122	68
n. provvedimenti penali	6	5

DIP. PREV. (Serv. Veterinario Area "C")	ANNO 2021	ANNO 2020
Controlli sui residui come da PNR e PNAA ↓	88	94
a) programmati	81	87
b) non programmati (<i>ad hoc</i>)	1	0
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)	6	7
Controlli BSE ↓	0	0
a) programmati	0	0
b) non programmati (<i>ad hoc</i>)	0	0
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)	0	0
Interventi di farmacovigilanza: ↓	30.750	24.380
1) controlli sul campo ↓	321	433
a) programmati	300	317
b) non programmati (<i>ad hoc</i>)	9	3
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)	12	113
2) verifica ricette (Scorte, Animali DPA)	1.509	1.362
3) verifica appropriatezza farmaci prescritti (Scorte, Animali DPA)	3.970	3.760
4) verifica REV Pet-NDPA*	11.121	8.416
5) verifica appropriatezza farmaci prescritti REV Pet-NDPA*	13.829	9.976
Interventi di farmacovigilanza	0	0
Controlli sul benessere animale ↓	69	87
1) In allevamento ↓	58	55
a) programmati	34	36
b) non programmati (<i>ad hoc</i>)	21	6
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)	3	13
2) Idoneità Mezzi di Trasporto ↓	11	32
a) programmati	10	22
b) non programmati (<i>ad hoc</i>)	0	1
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)	1	9
Controlli produz. zootecniche primarie (O.S.A.) ↓	10	22
a) programmati	7	19
b) non programmati (<i>ad hoc</i>)	2	0
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)	1	3
Controlli sottoprodotti di O.A. ↓	27	34
a) programmati	18	20
b) non programmati (<i>ad hoc</i>)	6	10
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)	3	4
Controlli alimentazione animale (O.S.M.) ↓	202	347
a) programmati	172	228
b) non programmati (<i>ad hoc</i>)	0	58
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)	30	61
Controlli attività commerciali diverse ↓	35	37
a) programmati	24	19
b) non programmati (<i>ad hoc</i>)	7	6
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)	4	12
Controlli Igiene ambientale	1	1
Controlli sulla riproduz. animale	0	0
Pratiche istruite (autorizzaz., registraz., vidimaz., protocollo etc.)	1.054	1034

* In applicazione delle note Regione Puglia prot. n. AOO/152/1897 del 02/05/2019 e prot. n. AOO/152/3654 del 10/09/2019

OBIETTIVI GENERALI

Obiettivi Generali - Piano della Performance – Ciclo di Budget ASL BT 2023-2025

La pianificazione degli obiettivi generali deve possedere caratteristiche intrinseche che la rendano uno strumento capace di incidere con reale e misurabile efficacia sulla organizzazione e sul funzionamento dell'Azienda. Pertanto essa deve:

- risultare critica per il perseguimento delle finalità istituzionali, incidendo nel determinare cambiamenti organizzativi e/o operativi, a loro volta decisivi per raggiungere gli obiettivi;
- essere coerente con il posizionamento strategico dell'Azienda ed orientarne la postura rispetto al contesto circostante;
- essere capace di incidere in maniera diffusa e pervasiva all'interno di tutta la struttura aziendale;
- possedere una scarsa reversibilità.

Dall'analisi dei fattori di contesto esterni ed interni all'Azienda, precedentemente esposta, emerge uno spazio strategico ben definito per la ASL BT, i cui obiettivi posti al centro del piano di performance aziendale sono riconducibili alle più significative fonti normative di seguito indicate, hanno diverso grado di vincolo, ma tutti ugualmente convergenti nell'orientare la strategia aziendale per il triennio di riferimento 2023-2025:

- **Obiettivi di Mandato** contenuti nell'incarico conferito al Direttore Generale Deliberazione n. 2073 del 6 dicembre 2021.
- **Obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi** assegnati ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere-Universitarie del S.S.R. pugliese per gli anni dal 2020 al 2022 con D.G.R. n. 684/2022;
- **Nuovo Sistema di Garanzie (NSG) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria** di cui al Decreto Ministero della Salute del 12 marzo 2019 (Gazzetta Ufficiale n. 138 del 14 giugno 2019) e **D.G.R. n. 167 del 17 febbraio 2020** recante "Monitoraggio dell'attività della rete ospedaliera (di cui al R.R. n. 23/2019) secondo gli indicatori del D.M. n. 70/2015 e del Decreto del Ministero della Salute del 12 marzo 2019 (Nuovo Sistema di Garanzia)";
- **Programma Nazionale Esiti (AGENAS) e Network delle Regioni** (Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa).
- **Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR; in inglese National Recovery and Resilience Plan, abbreviato in Recovery Plan o NRRP)** approvato con Decreto [del Ministero dell'economia e finanze, 6 agosto 2021](#), recante "Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e ripartizione

di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione” [1] e [il decreto del Ministero dell’economia e finanze, 23 novembre 2021](#).

Rispetto a tali fonti, la pianificazione della performance aziendale 2023-2025 prevede i seguenti **Obiettivi Generali Strategici**:

- 1) Attività di contrasto, contenimento e monitoraggio della pandemia per Covid-19, sia a livello territoriale che ospedaliero;
- 2) Implementazione delle attività connesse alla sanità digitale e del lavoro agile;
- 3) Garanzia della correttezza, trasparenza, efficacia ed efficienza della azione amministrativa aziendale (pre-condizione e requisito necessario per l’intera azione amministrativa).
- 4) Attuazione della programmazione regionale in materia di rete dei servizi, rapporti con gli erogatori accreditati, dotazione di personale, rispetto della tempistica per l’invio dei flussi informativi.
- 5) Utilizzo e sviluppo del sistema di contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, con particolare riferimento all’analisi dei costi e dei consumi.
- 6) Revisione della spesa mediante la eliminazione delle inapproprietezze e la riallocazione delle risorse in direzione delle aree emergenti di bisogno assistenziale.
- 7) Miglioramento della qualità globale da sostenere mediante una politica della formazione aziendale adeguata a sviluppare le competenze professionali del personale, nonché mediante una crescente integrazione reticolare con il sistema della formazione universitaria.
- 8) Potenziamento delle attività di prevenzione a tutela della salute della persona e della comunità, con particolare attenzione alle relazioni tra salute umana e salute dell’ambiente, anche con particolare riferimento agli screening oncologici.
- 9) Riqualficazione della assistenza ospedaliera, in termini di qualità, sicurezza, equità di accesso alle cure, appropriatezza clinica ed organizzativa, anche mediante un potenziamento della organizzazione dipartimentale.
- 10) Riqualficazione della assistenza territoriale, in termini di adeguamento della rete secondo criteri di appropriatezza, di equità di accesso ai fini dell’abbattimento delle liste di attesa, di potenziamento delle cure intermedie e domiciliare secondo i modelli organizzativi regionali, di capacità di presa in carico della cronicità e della fragilità ad ogni livello del bisogno sanitario, socio-sanitario, socio-assistenziale .
- 11) Rispetto dei tetti spesa per acquisto farmaci, dispositivi medici, protesi e dei costi per il personale dipendente e degli specialisti ambulatoriali.
- 12) Monitoraggio e rispetto degli accordi di programma per l’utilizzo dei fondi previsti dal PNRR, e altre fonti di finanziamento.

Il piano della performance viene quindi costituito in relazione agli obiettivi generali di carattere strategico della ASL BT in base ai quali le attività aziendali vengono valutate bilanciando misure ed azioni interne ed esterne sulla base delle seguenti prospettive multidimensionali:

- 1) la prospettiva del paziente/utente ai fini del miglioramento dell'offerta assistenziale nel rispetto dell'equità dell'accesso alle cure, l'umanizzazione delle stesse e la trasparenza dei processi aziendali con particolare riferimento alla garanzia della tempestività delle risposte ai bisogni di salute espressi;
- 2) la prospettiva dei processi interni all'azienda al fine di ottimizzare i processi già in essere ed individuare quei nuovi processi attraverso i quali l'azienda possa migliorare per tendere all'eccellenza;
- 3) la prospettiva di innovazione e della qualità al fine di sviluppare l'organizzazione, la crescita globale dell'azienda, del personale e degli operatori, il miglioramento delle tecniche di misurazione della qualità (percepita e conseguita), implementare l'innovazione tecnologica, l'individuazione e la valorizzazione delle eccellenze;
- 4) la prospettiva economico – finanziaria e di efficienza operativa al fine di migliorare i tradizionali indicatori di redditività e commisurando, quando possibile, i costi sostenuti ai valori della produzione in relazione l'ottimizzazione delle risorse disponibili.

Tali azioni intendono connettere strettamente la gestione del piano della performance aziendale alla valutazione del personale, sia sotto il profilo organizzativo che sotto il profilo individuale, secondo criteri di valutazione concertati nelle sedi competenti.

La pianificazione viene, infine, declinata in obiettivi specifici - operativi – azioni – indicatori, assegnati alle Strutture aziendali in funzione della specifica competenza e viene di seguito rappresentata.

Dagli Obiettivi Generali agli Obiettivi Specifici

Nella costruzione del Piano della Performance sono state di fatto individuate cinque diverse **Aree strategiche di attività** all'interno delle quali confluiscono i vari obiettivi:

- 1. Area della Prevenzione;**
- 2. Area dell'Assistenza Ospedaliera**
- 3. Area dell'Assistenza Territoriale**
- 4. Area dell'Assistenza Ospedaliera/Territoriale**
- 5. Area Amministrativa, Tecnica e Funzioni di Supporto.**

Le Aree strategiche costituiscono le prospettive in cui vengono idealmente scomposti e specificati il mandato istituzionale e la missione dell'Azienda. Rispetto alle Aree strategiche sono definiti gli obiettivi generali e specifici da conseguire.

La declinazione in obiettivi delle Aree strategiche è parte fondamentale del presente Piano della Performance. La metodologia seguita consiste nella definizione delle aree strategiche secondo le priorità di intervento aziendali, dalle quali derivano gli obiettivi generali, gli obiettivi specifici e le conseguenti azioni operative.

Al fine di rendere il Piano della Performance uno strumento integrato con l'effettivo andamento della gestione aziendale occorre prevedere un collegamento fra gli obiettivi generali presentati, il processo di budget e il processo di valutazione delle performance organizzative ed individuali.

A questo scopo sono stati definiti gli obiettivi specifici e le azioni operative ad essi collegati, che descrivono ciò che l'organizzazione deve realizzare o perseguire, e si è formulato un collegamento con gli obiettivi generali riportati nell'albero della Performance, dando risalto alle strutture o ai servizi assegnatari di tali obiettivi.

Per quanto riguarda l'esame degli obiettivi per area strategica, dei soggetti assegnatari e dei risultati attesi nel triennio 2023-2025 si rimanda all'Allegato "Performance Organizzativa 2023 - 2025" parte integrante del presente Piano.

La definizione degli obiettivi specifici e delle azioni operative è negoziata dalla Direzione con i Direttori dei Dipartimenti Aziendali alla presenza dei Dirigenti Responsabili di UOC e UOSVD. Durante la fase negoziale ogni Responsabile di U.O. Complessa e U.O. a Valenza Dipartimentale, Struttura è stato invitato a formulare, proposte di azione per il conseguimento degli obiettivi strategici individuati all'interno di una o più aree strategiche che unitamente agli obiettivi strategici individuati dalla Direzione Strategica, concorreranno alla definizione degli obiettivi di budget assegnati alle U.O. aziendali.

Gli obiettivi generali ai sensi dell'art. 5 del Decreto Legislativo n.150/2009 devono essere:

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della Collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'Amministrazione;
- specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- riferibili ad un arco temporale determinato;
- commisurati ai valori di riferimento derivanti da *standard* definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con Amministrazioni omologhe;
- confrontabili con le tendenze della produttività dell'Amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

L'orizzonte temporale di riferimento del presente Piano è triennale e ciò consente di monitorare anno per anno l'andamento di tali obiettivi attraverso un Sistema di indicatori qualitativi e quantitativi, che alimenteranno le Relazioni che seguiranno al Piano.

Le successive attività di attribuzione degli obiettivi operativi e di budget (avvio del ciclo della performance) alle diverse articolazioni aziendali nonché il loro periodico monitoraggio verranno svolte dall'Unità Controllo di Gestione con il supporto trasversale degli uffici e/o degli attori coinvolti nel processo di budget (Comitato di Budget, Direttori di Dipartimento, Direttori di U.O.C., ecc.).

Il monitoraggio degli obiettivi operativi e delle azioni inseriti nel Piano della Performance, consentirà alla Direzione aziendale di verificare l'orientamento dell'organizzazione, capire se la linea strategica tracciata ad inizio triennio è ancora valida alla luce delle misurazioni effettuate, ed eventualmente rivederla nell'ottica del miglioramento continuo, ma effettivamente raggiungibile, dell'organizzazione.

In tal senso, quindi, gli obiettivi assegnati dalla Direzione strategica costituiscono la base di partenza per l'elaborazione dell'Albero della Performance che a sua volta dimostra come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura, nell'ambito di un disegno strategico complessivo e coerente, contribuiscono al conseguimento del mandato istituzionale ed alla mission aziendale.

Coerenza del Piano della Performance con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

La necessaria coerenza e l'integrazione tra il ciclo della performance e la programmazione economico-finanziaria viene assicurata attraverso l'attività di valutazione dell'impatto economico degli obiettivi strategici ed operativi, svolta contestualmente alla fase istruttoria di redazione del Piano. Tale valutazione si realizza attraverso l'analisi tecnica dello Staff del Controllo di Gestione e dell'Area Economico Finanziario, qualora le attività periodiche di monitoraggio e di controllo evidenzino scostamenti di rilievo nel consumo dei fattori produttivi rispetto ai livelli attesi di produzione vengono conseguentemente identificate e adottate specifiche azioni correttive volte al rispetto del Bilancio economico preventivo.

In tal senso il conto economico preventivo 2023, adottato con deliberazione aziendale n. 1913 del 30/12/2022, ha tenuto conto delle prodromiche attività di valutazione e di coerenza, rispetto alle specifiche indicazioni/linee operative regionali a tale riguardo.

Il Piano della Performance è integrato con il processo di budget, costituendo l'uno la base degli indirizzi della programmazione aziendale e l'altro il vincolo alle risorse da assegnare nel rispetto dell'equilibrio economico di bilancio.

La Direzione Strategica, pertanto, con la definizione degli obiettivi avvia il processo di budget che rappresenta lo strumento del sistema di controllo di gestione con il quale vengono assegnate a ciascun Centro di Responsabilità le risorse umane, strumentali e finanziarie finalizzate al raggiungimento degli obiettivi da conseguire.

Azioni per il miglioramento del Ciclo della Gestione delle Performance

Le principali aree di miglioramento per lo sviluppo del Ciclo della Performance (CdP) dell'Azienda sono di seguito sinteticamente indicate:

- Promozione della cultura aziendale della partecipazione e del coinvolgimento del personale nella definizione degli obiettivi e nell'individuazione del contributo atteso delle strutture e dei singoli professionisti;
- Formazione dei valutatori per la gestione dei colloqui di valutazione e del feedback, l'individuazione di azioni di miglioramento e sviluppo dei collaboratori, gestione del conflitto;
- Miglioramento dell'integrazione del ciclo della performance organizzativa e della performance individuale;
- Adozione di un adeguato sistema informativo direzionale a supporto del CdP, tale da permettere la definizione del contributo atteso agli obiettivi organizzativi e degli obiettivi individuali, nonché

la valutazione a fine esercizio. La piattaforma software dovrà prevedere il necessario livello di integrazione con il sistema premiante aziendale e permettere la storicizzazione delle valutazioni che alimentano il fascicolo individuale del professionista;

- Miglioramento delle scadenze temporali riguardanti le diverse fasi operative collegate alla performance (definizione budget annuale aziendale; fase di istruttoria, negoziazione e formalizzazione schede di budget per le diverse unità operative ed articolazioni funzionali; audit interni al fine di rendere partecipe il personale interessato; monitoraggio e rendicontazione finale delle attività svolte).

Definizione di Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Applicazione dell'art. 1, comma 8, della L. 190/2012.

I processo di predisposizione del Piano/Sezione deve dare atto dell'integrazione dello stesso con gli strumenti programmatici propri di questa ASL e con gli obiettivi di *performance*.

Per quanto attiene agli obiettivi da considerare in materia di anticorruzione e trasparenza, con nota prot. n. 3145 del 13/01/2023, la Direzione Strategica ha individuato i seguenti obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza:

OBIETTIVO M23

Assegnato alla UOSVD Informazione, Comunicazione, Formazione e Polo Universitario

Formazione di tutto il personale dipendente (100%) in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, prevedendo una implementazione del personale da formare, rispetto alla percentuale prevista per il 2022, tenendo conto dei seguenti parametri:

anno 2023 – formazione del 40% del personale; la misura è implementata rispetto alla percentuale prevista per l'anno 2022 (ossia il 30%);

anno 2024 – attività di verifica dell'effettivo espletamento dell'attività formativa programmata ovvero conclusione del processo formativo; eventuale avvio dell'attività formativa del personale in servizio alla data del 31/12/2022;

anno 2025 - avvio di processi formativi del personale nella misura del 30%, anche in ragione di eventuali interventi normativi in materia di anticorruzione e trasparenza;

OBIETTIVO M24

Assegnato al RPCT

attività di verifica, monitoraggio e controllo delle Deliberazioni e Determinazioni dirigenziali, dei bandi di gara e di concorso ed avvisi pubblici, tenendo conto dei seguenti parametri:

nella misura dell'9% per l'anno 2023;

nella misura dell'10% per l'anno 2024;

nella misura del 11% per l'anno 2025;

OBIETTIVO M25

Assegnato all'Area Gestione del Personale

Controlli sulla disciplina del conflitto di interessi e controlli specifici richiesti dal RPCT.

In ordine al rispetto della disciplina sul conflitto di interessi rileva l'acquisizione delle dichiarazioni dei Dirigenti assunti nell'anno 2022, dei Direttori di Dipartimento (art. 6 del DPR 62/2013), dei Direttori di UOC, UOSVD e UOS, nonché attività di controllo aggiuntiva, da espletarsi entro il 30/07/2023; questo tipo di attività dovrà essere implementata negli anni 2024 e nel 2025 coinvolgendo i Dirigenti titolari di incarichi di natura professionale e di alta specializzazione ed il personale titolare di posizione organizzativa.

OBIETTIVO N1.1A

Assegnato a tutte le Strutture Aziendali

invio n. 2 relazioni infrannuali, nel rispetto delle indicazioni fornite dal RPCT e previste dal PTPCT, rispettivamente entro il 30/06 e 31/12 di ciascun anno;

OBIETTIVO N1.1B

Assegnato all'Area Gestione del Personale / Area Gestione del Patrimonio/UOSVD Informazione, comunicazione, Polo Universitario e Formazione / area Gestione Tecnica / UOSVD Appalti contratti e logistica / UOSVD Costruzioni Ristrutturazioni e manutenzioni / UOSVD Ingegneria clinica ed HTA / UOSVD Gestione amministrativa dei servizi tecnici e PNRR / UOSVD Information and Communication Technologies, UOSVD SBL

rispetto del cronoprogramma riferito all'anno 2023; pubblicazione di tutti gli atti di competenza. Trasmissione al RPCT, da parte di ciascuna Struttura, entro il 31 Gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento, della relazione afferente ciascun adempimento e/o atto da pubblicare, estremi e data dei documenti attestanti l'esecuzione delle attività richieste.

OBIETTIVO

Assegnato all'Area Gestione del Personale / Area Gestione del Patrimonio/UOSVD Informazione, comunicazione, Polo Universitario e Formazione / area Gestione Tecnica / UOSVD Appalti contratti e logistica / UOSVD Costruzioni Ristrutturazioni e manutenzioni / UOSVD Ingegneria clinica ed HTA / UOSVD Gestione amministrativa dei servizi tecnici e PNRR / UOSVD Information and Communication Technologies.

Al fine di assicurare il rispetto dell'istituto del pantouflage, appare necessaria l'acquisizione della dichiarazione, da parte del dipendente, all'atto della cessazione del rapporto di lavoro; trasmissione

di apposito elenco al RPCT al fine di consentire al Responsabile di effettuare l'attività di verifica nella misura del 3% per l'anno 2023 (percentuale da implementarsi negli anni successivi);

Al fine di assicurare il rispetto dell'istituto del pantouflage, appare necessaria l'acquisizione da parte dell'operatore economico concorrente di dichiarare di non aver stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi ad ex dipendenti pubblici in violazione del divieto, per quanto di conoscenza; trasmissione di apposito elenco al RPCT al fine di consentire al Responsabile di effettuare l'attività di verifica nella misura del 3% per l'anno 2023 (da implementarsi negli anni successivi);

OBIETTIVI IN MATERIA DI TRASPARENZA:

Assegnato a tutte le strutture Aziendali

rispetto del cronoprogramma indicato nel piano da adottarsi e obbligo di rendere apposita attestazione, con le due relazioni infra annuali, relativa all'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza.

In ragione delle indicazioni fornite dal PNA 2022 (ove dovesse essere approvato definitivamente col parere richiesto al Comitato interministeriale e della Conferenza Unificata Stato Regioni Autonomie locali) è necessario prevedere nel sito web una sezione, denominata "Attuazione Misure PNRR", con indicazione per le sotto – sezioni, degli atti legislativi adottati e degli atti amministrativi emanati per l'attuazione della misura di riferimento, specificando, per ogni atto riportato: a) la tipologia (legge, decreto legislativo, decreto-legge, decreto ministeriale, decreto interministeriale, avviso, ecc.) b) il numero e la data di emissione o di adozione dell'atto, con il link ipertestuale al documento c) la data di pubblicazione d) la data di entrata in vigore e) l'oggetto f) la eventuale documentazione approvata (programma, piano, regolamento, ...) con il link ipertestuale al documento g) le eventuali note informative.

Sistema di misurazione e valutazione delle performance

Premessa

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance è stato aggiornato nell'anno 2022 sulla base di richieste formulate dal Collegio Sindacale e dall'Organismo Indipendente di Valutazione. Il nuovo SMVP è stato oggetto di confronto con le OO.SS. della Dirigenza Area Sanità e Pta e del Comparto, che hanno approvato le integrazioni/modifiche apportate al SMVP.

Ad esito dei suddetti pareri, si è provveduto in data 22/06/2022 a trasmettere il suddetto documento all'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) che in data 29/06/2022, ha espresso parere favorevole, formalizzato nel Verbale n. 4 del 27 luglio 2022.

Tutto ciò premesso, il presente Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance ASL BT è redatto in conformità a quanto previsto dal D. Lgs. 150/2009, così come novellato dal D. Lgs. 74/2017, nonché degli indirizzi impartiti dal Dipartimento della Funzione Pubblica (Linee Guida n. 2/2017, n. 4/2019 e n. 5/2019).

L'oggetto del Sistema è la performance, inteso come il contributo che ciascun soggetto (singolo individuo, organizzazione) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'ASL e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali la stessa è stata costituita, esso è monitorato attraverso il Sistema di Misurazione e valutazione della Performance.

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance delle pubbliche amministrazioni (di seguito indicato SMVP) consente di migliorare l'allocazione delle risorse fra le diverse strutture, premiando quelle virtuose e di eccellenza e riducendo gli sprechi e le inefficienze. Va sottolineato inoltre che tale Sistema delle pubbliche amministrazioni deve essere orientato principalmente al cittadino, in quanto la sua soddisfazione ed il suo coinvolgimento costituiscono il vero motore dei processi di miglioramento e innovazione.

La misurazione della performance, così delineata, è un elemento fondamentale per il miglioramento dell'efficienza ed efficacia, perché può rendere l'organizzazione capace di:

- 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 sia i processi organizzativi;
- influenzare e valutare i comportamenti di gruppi e di individui;
- rafforzare l'accountability e le responsabilità a diversi livelli gerarchici;
- incoraggiare il miglioramento continuo e l'apprendimento organizzativo.

Misurare mette le organizzazioni e le persone di fronte ad una più netta percezione e comprensione di ciò che è problematico nelle loro performance, attiva il cambiamento, riduce la tendenza al satisficing, ed elimina la miopia che rende spesso mal gestito ciò che non è misurato. In poche parole, misurare bene le proprie performance può consentire all'azienda sanitaria di fare il salto dalla mediocrità all'eccellenza, dall'accontentarsi di risultati soddisfacenti alla ricerca continua del miglioramento.

Appare evidente come in questa prospettiva misurare le performance sia un elemento indispensabile per dare buoni obiettivi, valorizzare i contributi delle persone, mettere i dirigenti nelle condizioni di gestire. E quindi creare benessere organizzativo. E quando aumenta il benessere organizzativo aumenta la produttività e, di conseguenza, la performance complessiva aziendale.

Poiché il contributo alla performance può essere apportato da ogni soggetto del sistema o in modo individuale o come parte di una unità organizzativa, la performance viene distinta in due **livelli** strettamente correlati tra loro, la **performance organizzativa** e la **performance individuale**:

1) **il livello organizzativo, che considera sia l'Azienda nel suo complesso** (Dipartimenti e le relative strutture organizzative);

2) la **performance individuale** si rivolge a tutti i dipendenti, Dirigenza e Comparto, che vengono valutati, secondo il sistema che viene descritto di seguito, dai Loro diretti responsabili.

La formalizzazione del SMVP per l'Azienda assolve, quindi, ad una pluralità di scopi:

1. migliorare l'efficienza del sistema di programmazione e di attuazione degli obiettivi;
2. introdurre uno strumento di apprendimento organizzativo e di orientamento dei comportamenti a supporto dei processi decisionali;
3. rappresentare, misurare, rendere pubblica e trasparente l'efficacia organizzativa rispetto agli obiettivi istituzionali (accountability).

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.

Il SMVP non è sostitutivo degli strumenti di programmazione e controllo già esistenti, ma meglio vuole integrarli e includerli in un sistema più ampio, orientato non solo al presidio dell'efficienza, ma alla performance in senso lato, dove la soddisfazione del bisogno della collettività rappresenta la finalità principale. Il Sistema si basa sull'oggettività della misurazione e della valutazione, a partire dalla individuazione degli indicatori fino alla misurazione ed all'analisi degli scostamenti e individua le responsabilità dei soggetti coinvolti nel processo e prevede idonee modalità per assicurare la

trasparenza del processo di gestione della performance sia nei confronti del personale che nei confronti degli stakeholders.

Ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 150/09, così come novellato dal D. Lgs. 74/2017, la funzione di misurazione della performance, in aderenza agli indirizzi emanati dalla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche (ora A.N.AC.), è svolta:

- dall'**Organismo indipendenti di valutazione** (O.I.V.), cui compete la misurazione e valutazione della performance di ciascuna struttura amministrativa nel suo complesso (performance organizzativa);
- dai **dirigenti** dell'Azienda (performance individuale);
- dai **cittadini** e dagli altri **utenti** finali in rapporto alla qualità dei servizi resi dall'Azienda, partecipando alla valutazione della performance organizzativa dell'Azienda.

Per quanto concerne i principi generali di riferimento, l'articolo 3 del D.Lgs. 150/09 ne elenca molteplici, fortemente integrati tra di loro. Nel primo comma si fa riferimento al ruolo che la misurazione e valutazione della performance ha nel processo di miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche ma anche nel processo di apprendimento e di crescita delle competenze professionali degli operatori.

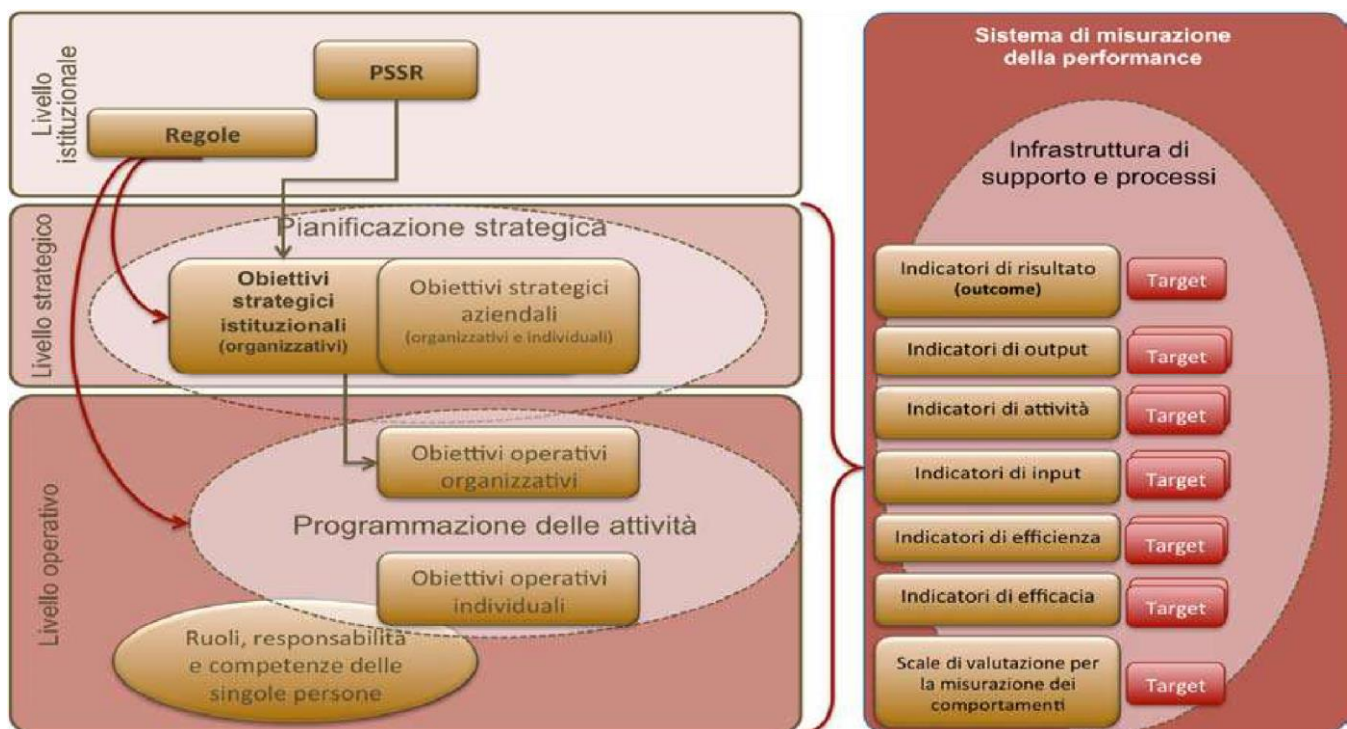
Per perseguire tale finalità il sistema di valutazione deve essere in linea con i seguenti principi:

- ❖ Valorizzazione del merito e erogazione dei premi per i risultati conseguiti dai singoli e dalle unità organizzative.
 - o Questo punto viene successivamente ripreso nel secondo comma sottolineando che il sistema deve garantire un'adeguata pervasività in tutti i livelli dell'organizzazione fino a raggiungere il singolo operatore;
- ❖ Garanzia di pari opportunità di diritti e di doveri: si sottolinea sia l'aspetto del diritto del dipendente sia quello della sua responsabilità nei confronti della collettività per il cui bene è chiamato ad operare;
- ❖ Trasparenza nei risultati conseguiti. Quest'ultimo punto viene ripreso nel terzo comma e successivamente in altri articoli del decreto. Il tema della trasparenza e della comunicazione dei risultati risulta essere uno dei perni fondamentali del sistema di valutazione; essa infatti è considerata quale leva determinante per l'accountability, ossia si ritiene che la misurazione dei risultati conseguiti possa tradursi in un processo di responsabilizzazione degli operatori nella misura in cui si lega alla pubblicazione dei dati e quindi ad un ritorno informativo sia alle pubbliche amministrazioni ed ai suoi operatori e sia ai cittadini. In questa prospettiva con il termine accountability si intende appunto il "rendere conto" del proprio operato con misurazioni oggettive, chiare e trasparenti.

L'adozione di un sistema di misurazione e valutazione della Performance in linea con le disposizioni contenute al Titolo II del D. Lgs. 150/2009 e ss.mm.ii. è condizione necessaria per l'erogazione dei premi e componenti del trattamento retributivo legati alla performance e rileva ai fini del riconoscimento delle progressioni economiche, dell'attribuzione degli incarichi di responsabilità al personale, nonché del conferimento degli incarichi dirigenziali (art. 3, comma 5 D. Lgs. 150/2009 e ss.mm.ii.).

Il processo di misurazione e valutazione della performance si concretizza nel **Ciclo di Gestione della Performance** ed è fondato sui seguenti elementi fondamentali: target, indicatori, infrastruttura di supporto, processo, ambiti di valutazione, criteri e scale di valutazione.

Grafico: Livelli di performance:



Indicatore

L'indicatore di performance è lo strumento che rende possibile l'acquisizione delle informazioni e la misurazione oggettiva del grado di raggiungimento dell'obiettivo.

L'indicatore deve possedere alcune caratteristiche fondamentali:



1. comprensibilità (chiaro, contestualizzato, concreto, intelligibile anche per i soggetti e gli stakeholder non appartenenti al settore)
2. rilevanza (riferibile all'obiettivo, utile e significativo, attribuibile alle attività chiave del processo identificate come: outcome, output, attività, efficienza, efficacia, comportamenti)
3. confrontabilità (comparabile nel tempo rispetto alla stessa organizzazione e/o rispetto ad organizzazioni simili e attività standard)
4. fattibilità (misurabile nei sistemi informativi aziendali, sostenibile dal punto di vista finanziario e rispetto all'arco temporale di riferimento)
5. affidabilità (valutazione qualitativa della capacità di rappresentazione e misurazione di un fenomeno).

Gli indicatori sono differenziati per i diversi livelli di performance, distinguendo i livelli di responsabilità tra il livello strategico istituzionale (indirizzi regionali), il livello strategico aziendale e il livello direzionale e operativo, interessato dai principali strumenti di programmazione di breve periodo (budget).

Target

Un target è il risultato che un soggetto si prefigge di ottenere, ovvero il valore desiderato in corrispondenza di un'attività o processo misurato su un indicatore. Il *target* rappresenta un meccanismo molto efficace per monitorare, valutare e modificare i comportamenti, dare un indirizzo ed uno stimolo al miglioramento. Affinché questo avvenga, però, è necessario che:

- il *target* sia ambizioso, sfidante ma realisticamente raggiungibile attraverso le risorse assegnate, l'abilità e le competenze del personale, l'adeguatezza dei processi;
- il *target* sia quantificabile e misurabile attraverso l'utilizzo di indicatori;
- siano presenti meccanismi di retroazione per dimostrare i progressi ottenuti rispetto al *target*;
- siano previste forme di riconoscimento (non necessariamente di tipo finanziario);
- ci sia supporto da parte di superiori e/o vertici organizzativi;
- il *target* sia accettato dall'individuo o dal gruppo incaricato di raggiungerlo;

Infrastruttura di supporto

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance deve possedere un'infrastruttura di supporto, intesa come l'insieme di mezzi e soggetti che rendono possibile l'acquisizione, la selezione, l'analisi, l'interpretazione e la diffusione dei dati, garantendone la tracciabilità.

È responsabilità del Controllo di Gestione sovrintendere all'intero sviluppo del ciclo di Programmazione e Controllo e alla valutazione delle performance organizzative.

Processo

Il processo di misurazione e valutazione si svolge secondo uno schema logico-temporale, il **ciclo di gestione della performance**, che prevede la successione di momenti distinti caratterizzati da attività e dalla partecipazione di soggetti diversi:

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

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance è collegato al sistema premiante definito dalla contrattazione integrativa decentrata.

Grafico "Il Ciclo di Gestione della Performance".



LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Ai sensi dell'art. 8 del **D.Lgs 150/2009** il Sistema di misurazione e valutazione della Performance Organizzativa concerne:

- a) L'attuazione delle politiche attivate sulla soddisfazione finale dei bisogni della collettività;
- b) L'attuazione dei piani e programmi, ovvero la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse;
- c) La rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;
- d) La modernizzazione ed il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi;
- e) Lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione;
- f) L'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi di erogazione delle prestazioni;
- g) La qualità e la quantità delle prestazioni e servizi erogati;
- h) Il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

La valutazione della **performance organizzativa** va distinta in due tipologie:

- **dell'Azienda** - valuta la capacità delle stessa di conseguire obiettivi, quanto più possibile, orientati alla soddisfazione dei bisogni dei destinatari dei servizi (*outcome*);
- **delle Unità Operative** - valuta l'effettivo raggiungimento nell'anno degli obiettivi strumentali (es. azioni da realizzare) al conseguimento degli obiettivi di outcome.

La valutazione della performance organizzativa opera nei confronti di tutte le articolazioni organizzative individuate quali Centri di Negoziazione del Budget dall'Azienda e a cui è attribuita una qualche misura di autonomia gestionale e conseguentemente responsabilità di budget; **oggetto della valutazione è infatti il grado di raggiungimento degli obiettivi attribuiti nell'ambito del Processo di budget.**

Il sistema degli obiettivi aziendali si riferisce ai Dipartimenti, alle Strutture Complesse e alle Strutture Semplici Dipartimentali e Aziendali: queste sono le unità organizzative a cui si attribuisce la responsabilità della performance organizzativa.

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa si pone i seguenti **obiettivi**:

- la comprensione e l'analisi del complessivo andamento della amministrazione;
- la comprensione e l'analisi dell'andamento delle diverse aree organizzative, anche attraverso processi di osservazione dal generale al particolare;
- la comprensione e l'analisi delle cause degli scostamenti dei risultati ottenuti rispetto a quanto programmato;
- il supporto alla definizione degli interventi di miglioramento delle performance, sulla base dei risultati dell'analisi degli scostamenti.

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa **si basa su**:

- l'effettivo e adeguato funzionamento del sistema informativo interno;
- la produzione di dati ed informazioni coerenti con i requisiti della validità, affidabilità, funzionalità, comprensibilità, rendicontabilità e trasparenza;
- la realizzazione del principio di correlazione tra obiettivi programmati, risorse assegnate e responsabilità organizzative.

L'**oggetto** della valutazione, pertanto, è il grado di raggiungimento degli obiettivi attribuiti dall'Azienda alle suddette strutture nell'ambito del processo di budget, che si realizza attraverso apposite schede in cui vengono assegnati gli **obiettivi (risultati di gestione)**, nel rispetto dei vincoli gestionali e di bilancio stabiliti dalla Regione.

Gli obiettivi di performance organizzativa sono assegnati ai responsabili delle strutture di cui sopra con cadenza di norma annuale.

Le verifiche periodiche dei risultati conseguiti e la rilevazione e misurazione finale degli scostamenti tra obiettivi e risultati sono organizzate dal **Controllo di Gestione**.

La valutazione finale dei risultati di performance organizzativa di tutte le articolazioni organizzative aziendali è deliberata dal Direttore Generale sulla base delle proposte formulate dall'**O.I.V.** che, ai sensi dell'art.14, comma 4, lett. c) del D.Lgs. 150/2009 e ss.mm.ii., è chiamato a validare la Relazione sulla Performance.

LE FASI RELATIVE AL CICLO DELLA PERFORMANCE

Ogni ciclo di valutazione comincia all'inizio dell'anno e termina con la fase di Valutazione di prima istanza da effettuarsi, di norma, entro il **mese di giugno** dell'anno successivo.

Per garantire la puntuale gestione del processo valutativo la Direzione Generale, o struttura interna delegata, definisce, le cadenze temporali di ogni singola fase del processo, dettagliate nel Piano Triennale della Performance, tenuto conto delle seguenti principali fasi di identificazione del Ciclo di gestione della Performance Organizzativa:

- 1) Pianificazione e Controllo Strategico in cui rientrano le attività di indirizzo e declinazione della strategia di medio e lungo periodo della ASL, che richiedono uno sforzo di lettura e analisi del contesto organizzativo di partenza;
- 2) Gli Obiettivi di Budget si baseranno su indicatori di *outcome*, *output ed esiti* attesi, coerenti con il piano pluriennale delle performance e con gli obiettivi generali emanati, a cadenza annuale dalla direzione strategica;
- 3) Programmazione e Controllo in cui rientrano le attività che la ASL pone in essere per definire e rilevare il rapporto tra risorse e risultati in corrispondenza dei propri obiettivi da conseguire. Nel processo di Programmazione e Controllo si colloca sia la Valutazione della Performance Organizzativa che della Performance individuale/collettiva (gestione delle risorse umane).
- 4) Rendicontazione e Trasparenza è la fase nella quale i risultati finali conseguiti saranno formalizzati e condivisi dalla Direzione Aziendale (Relazione sulla Performance) e validati dall'Organismo Indipendente di Valutazione. Il livello della performance organizzativa raggiunto durante il periodo di riferimento (anno solare) è portato a conoscenza degli interlocutori interni ed esterni con l'utilizzazione degli strumenti disponibili, a partire dal sito web istituzionale (pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente").

Per ciascuna delle fasi del Ciclo si procede alla misurazione "*ex ante*" (definizione dell'oggetto di misurazione — *outcome*, *output*, *esiti*, *attività*, *servizi*, *progetti*, *programmi strategici*, ecc.), "*in itinere*" (monitoraggio e verifica in corso d'anno dello scostamento tra obiettivi e risultati con l'avvio eventuale di azioni correttive, ritenute necessarie ed opportune per il rispetto del target atteso) ed "*ex post*" (verifica, a fine anno, dello scostamento tra obiettivi e risultati conseguiti).

L'ATTRIBUZIONE DEGLI OBIETTIVI

Preferibilmente entro il mese di dicembre dell'anno precedente a quello di riferimento del budget e comunque, **non oltre il primo trimestre dell'anno di riferimento del budget** a ogni Struttura Organizzativa sono assegnati obiettivi in relazione agli Obiettivi Strategici dell'ASL direttamente

connessi agli indirizzi di politica aziendale. Il processo di assegnazione degli obiettivi avviene in maniera dialettica e condivisa con i Responsabili delle Strutture Organizzative.

Definita questa prima fase del processo, successivamente il Dirigente Responsabile illustra gli obiettivi ricevuti **a tutto il personale della Struttura (dirigenza e comparto)** diretta, attraverso verbali di audit oppure di riunioni interne, distribuisce ed assegna gli obiettivi di lavoro, predisponendo il "PIANO OPERATIVO DELLE ATTIVITA" (ribaltamento/attribuzione dei singoli o specifici obiettivi di budget alle diverse articolazioni funzionali interne alla Struttura), quale atto dirigenziale di programmazione annuale. Tale documento è sottoscritto dal dirigente responsabile di struttura che sarà oggetto di valutazione e dal coordinatore del personale di comparto, ove individuato.

Qualsiasi variazione organizzativa (ridefinizione dell'obiettivo, revisione/modifica dell'assetto organizzativo, funzionale e/o strutturale, ecc.) che possa avere impatto sul processo di assegnazione e, quindi, sulla valutazione finale delle prestazioni/attività da conseguire, dovrà essere tempestivamente comunicata alla Direzione Strategica oltre che agli interessati. A tale riguardo è predisposto un apposito report di monitoraggio che, in relazione alle aree strategiche degli obiettivi attribuiti, evidenzia le principali azioni poste in essere e le eventuali criticità operative riscontrate nel corso dell'anno.

La documentazione riguardante la suddetta programmazione dirigenziale rientrante nel "PIANO OPERATIVO DELLE ATTIVITA" è trasmessa entro il mese successivo di ciascun anno alla Direzione Strategica e per essa al Controllo di Gestione nonché all'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) per informativa di coerenza agli indirizzi della ASL, oltre che per l'attivazione delle procedure di valutazione dei risultati conclusivi.

Il Controllo di Gestione, inoltre, dovrà effettuare apposita istruttoria al fine di determinare il grado di raggiungimento degli obiettivi concordati. La Struttura Tecnica Permanente (S.T.P.) dell'O.I.V. potrà effettuare ulteriori verifiche ed accertamenti che riterrà opportuno e/o necessari in merito, tenuto conto delle dimensioni organizzative dell'azienda sanitaria e delle diverse e peculiari attività assistenziali svolte (ospedaliera, territoriale, collettiva).

L'Area Gestione del Personale, in considerazione delle risorse disponibili, quantificherà successivamente i relativi compensi spettanti a ciascun dipendente.

LA MISURAZIONE DEGLI OBIETTIVI

La misurazione del livello di raggiungimento degli obiettivi si sviluppa in relazione a criteri generali che tengono conto della diversificazione e della tipologia dei risultati da conseguire, ed in particolare:

- a) Obiettivi riguardanti prestazioni:** la misurazione e la valutazione dei risultati di tali obiettivi, di tipo quantitativo, si avvale dei dati e delle verifiche effettuate da parte del Controllo di Gestione tramite il sistema informativo aziendale o regionale (Edotto). Pertanto, il Controllo di Gestione fornisce supporto documentale e comparativo dei risultati gestionali delle diverse strutture del sistema organizzativo aziendale, in riferimento alla efficienza ed efficacia delle attività svolte.

- b) Obiettivi riguardanti implementazione o attivazione di procedure nonché obiettivi di qualità dei servizi:** questi obiettivi non sono misurabili con i dati provenienti dai flussi informativi del Controllo di Gestione in quanto si riferiscono prevalentemente ad obiettivi qualitativi riguardanti l'adozione di procedure/percorsi di tipo clinico – assistenziali. Pertanto, la valutazione del risultato conseguito si baserà sulla relazione predisposta dal Dirigente della Struttura interessata, convalidata dalla Direzione Strategica oppure confermata da terzi sulla base di documentazione ed atti coerenti, che deve dimostrare, in relazione all'obiettivo assegnato, il risultato effettivamente raggiunto.

- c) Obiettivi riguardanti attivazione o implementazione di attività di supporto:** in tale ambito rientrano gli obiettivi relativi alle attività gestionali amministrative, tecniche e di staff per le funzioni comuni di carattere generale e di supporto. La valutazione dei risultati conseguiti si baserà sulla relazione predisposta dal Dirigente della Struttura interessata (Aree, Servizi Tecnici, ecc.), convalidata dalla Direzione Strategica oppure confermata da terzi sulla base di documentazione ed atti coerenti, che deve dimostrare, in relazione all'obiettivo assegnato, il risultato effettivamente raggiunto.

La corretta individuazione/definizione degli obiettivi costituisce il riferimento cruciale dell'intero processo di valutazione. A ogni obiettivo individuato ed assegnato deve corrispondere un *indicatore di esito* (con modalità di calcolo dell'indicatore di performance e fonte dati nonché il relativo target/esito atteso), che costituirà l'elemento oggettivo di raffronto per valutare il raggiungimento del risultato.

Pertanto, la valutazione si propone di stabilire se gli obiettivi assegnati siano stati conseguiti o meno ed in quale misura rispetto ai risultati attesi. Ne consegue che obiettivi non misurabili non potranno dare luogo ad una valutazione oggettiva.

Per rendere l'obiettivo misurabile è necessario individuare indicatori di misurazione quali/quantitativa ed i valori programmati, al fine di stabilire le dimensioni della qualità/quantità riferite all'obiettivo e, quindi, ai risultati attesi (la misura può essere espressa in termini numerici assoluti o percentuali ovvero in termini di benchmarking rispetto ad analoghe strutture organizzative). Pertanto, al fine di rendere agevole la verifica dell'obiettivo, è necessario evitare di descriverlo attraverso l'uso di termini generici senza quantificarne la reale portata.

La valutazione finale dei risultati rappresenta, quindi, la verifica di quanto realizzato dalla Struttura Organizzativa (complessa o a valenza dipartimentale) in relazione agli obiettivi di gestione o di budget concordati con il Dirigente Responsabile.

La valutazione finalizzata alla verifica del grado di conseguimento degli obiettivi assegnati alla Struttura Organizzativa è effettuata dall'Organismo Indipendente di Valutazione, sulla base dell'apposita istruttoria predisposta dall'Unità Operativa Controllo di Gestione e dalla Struttura Tecnica Permanente.

LA VALUTAZIONE PARTECIPATIVA

Le modifiche apportate al D.Lgs. n. 150/2009 prevedono espressamente un ruolo attivo dei Cittadini e degli altri Utenti finali ai fini della valutazione della performance organizzativa, attraverso il rinvio ai sistemi di rilevamento della soddisfazione degli utenti in merito alla qualità dei servizi resi di cui agli articoli 8 e 19 bis.

Tenuto conto che solo in data 28/11/2019, il Dipartimento della Funzione Pubblica, Ufficio per la Valutazione della Performance ha emanato le Linee Guida sulla valutazione partecipativa nelle amministrazioni pubbliche n. 4 Novembre 2019, questa Azienda, data anche la complessità delle attività richieste e così sintetizzabili:

- Mappatura degli stakeholder dell'amministrazione;
- Selezione dei servizi e delle attività oggetto di valutazione e delle corrispondenti modalità e strumenti di coinvolgimento;
- Selezione dei cittadini e/o degli utenti;
- Definizione delle dimensioni di performance organizzativa per la valutazione dei servizi e delle attività selezionati;
- Motivazione dei cittadini e/o degli utenti nonché dei dipendenti coinvolti nella valutazione;
- Valutazione delle attività e/o dei servizi;
- Utilizzo dei risultati ai fini della valutazione della performance organizzativa

e tenuto altresì conto che gli ultimi tre anni (2020 – 2021 – 2022) sono stati caratterizzati dalla emergenza epidemiologica Covid 19, si riserva di aggiornare successivamente il SMVP relativamente a questa sezione.

Al fine di favorire un ruolo attivo dei Cittadini e degli altri Utenti finali ai fini della valutazione della performance organizzativa, questa Azienda si impegna in tal senso ad avviare, per il tramite delle UO preposte, percorsi di progettazione ed implementazione di procedure diffuse ed aperte attraverso le quali i cittadini, gli utenti finali ed interni dell'azienda sanitaria possano contribuire alla misurazione della performance organizzativa, esprimendo direttamente all'Organismo Indipendente di Valutazione il proprio livello di soddisfazione per i servizi erogati, secondo le modalità definite dagli stessi O.I.V. per la raccolta ed il monitoraggio delle segnalazioni, ai sensi del D.Lgs. n. 74/2017, così come previsto dalle Linee Guida n. 2/2017 del Dipartimento della Funzione Pubblica.

In tal senso dovrà essere ulteriormente valorizzato e rafforzato il ruolo e le azioni positive del Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.), ricostituito con deliberazione n. 584/2021, al fine di garantire gli adempimenti stabiliti dalla Direttiva n. 2 del 26 giugno 2019 del Ministero della Funzione Pubblica e della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Nelle more della implementazione del modello di valutazione comparativa, l'ASL BT ha avviato la sperimentazione di un modello di valutazione, espressa dal personale dipendente, su specifici aspetti della performance e sulle caratteristiche individuali (conoscenze, capacità, valori, motivazioni) sia del Responsabile della U.O. di assegnazione che del Coordinatore delle Professioni Sanitarie secondo l'approccio Bottom up (dal basso verso l'alto) mediante la somministrazione di un questionario con Microsoft Forms. In questa fase di sperimentazione, la valutazione è finalizzata non solo a condividere il sistema di valutazione del proprio superiore gerarchico ma, principalmente, a rilevare il livello di benessere organizzativo ed aziendale.

Inoltre, è attualmente in corso l'implementazione di sistemi di rilevazione della customer satisfaction degli utenti finali rispetto alle attività e prestazioni fornite nell'ambito dei Presidi Ospedalieri della Asl BT, nonché un progetto specifico sulla customer satisfaction relativamente all'attività di triage del Pronto Soccorso di Barletta, presso cui è attivo il modello organizzativo di Fast Track.

Le predette rilevazioni costituiranno oggetto di analisi anche da parte dell'OIV, in via sperimentale, anche al fine di poter determinare future azioni migliorative o di riprogettazione nell'impatto esterno dell'erogazione delle attività e dei servizi pubblici offerti.

LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Al termine del periodo di riferimento, il Dirigente Responsabile della struttura organizzativa predisporre e trasmettere al Controllo di Gestione la relazione annuale conclusiva delle azioni e delle attività svolte per il conseguimento degli obiettivi di budget. La valutazione del livello di raggiungimento degli obiettivi avviene secondo una scala cui corrisponde un giudizio finale, tenuto conto della specifica tipologia degli obiettivi, così espresso:

Giudizio finale		
Obiettivo	Pienamente	Raggiunto
(relazione annuale conclusiva completamente rispondente agli elementi di analisi richiesti dall'indicatore di risultato/esito)		
Obiettivo	Parzialmente	Raggiunto
(relazione annuale conclusiva in parte rispondente agli elementi di analisi richiesti dall'indicatore di risultato/esito)		
Obiettivo	Non	Raggiunto
(relazione annuale conclusiva non soddisfacente/ coerente/rispondente agli elementi di analisi richiesti dall'indicatore di risultato/esito; risultato nullo)		

In relazione ai giudizi espressi, cui corrisponderà la percentuale di scostamento di ciascun obiettivo rispetto al target atteso per l'anno solare, verrà definita conseguentemente la relativa Performance Organizzativa complessiva della struttura interessata che sarà inquadrata nelle seguenti fasce:

Fasce della Performance Organizzativa	% Raggiungimento complessivo degli obiettivi	% Retribuzione di Risultato /

		Incentivazione alla Produttività
Pienamente Raggiunta	= > 90%	100%
Parzialmente Raggiunta	compreso tra 46% ed 89%	in proporzione alla % del risultato raggiunto
Non Raggiunta	< = 45%	0%

Gli stessi parametri previsti per la valutazione della Performance Organizzativa, saranno applicati anche alla gestione delle progettualità aziendali derivanti da specifiche normative nazionali e/o regionali.

A seguito della validazione della Relazione sulla Performance da parte dell'O.I.V., l'Unità Operativa Controllo di Gestione trasmetterà all'Area Gestione del Personale un report informativo con i seguenti dati riepilogativi:

- Macrostruttura/Dipartimento di riferimento;
 - Unità Operativa/Articolazione funzionale;
 - Percentuale complessiva di raggiungimento degli obiettivi operativi di budget;
- al fine di porre in essere tutti gli adempimenti connessi e consequenziali.

I suddetti criteri di valutazione relativi alla performance organizzativa verranno applicati anche per la verifica del grado di conseguimento degli obiettivi previsti dalle attività progettuali, a valenza regionale e/o aziendale, preventivamente vagliate dagli uffici di staff ed autorizzate con specifico atto deliberativo, da parte delle unità operative interessate.

LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

La valutazione della "**performance individuale**" è fortemente integrata con quella organizzativa, ed è finalizzata alla promozione ed alla crescita delle competenze delle risorse umane impiegate. In questa accezione, la performance individuale è declinata secondo tre dimensioni:

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

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

La valutazione della Performance individuale è estesa a tutti i dipendenti con contratto a tempo indeterminato e determinato ed ha periodicità annuale. Essa è effettuata dal diretto conoscitore dell'attività del valutato, come indicato nella tabella sottostante:

VALUTATO	VALUTATORE
Direttore di Dipartimento	Direttore Sanitario o Amministrativo Aziendale
Dirigente Ufficio di Staff	Direttore Amministrativo o Sanitario Aziendale
Direttore di Struttura Complessa e di Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale	Direttore di Dipartimento o in assenza Direttore Amministrativo o Sanitario Aziendale
Dirigente di Struttura Semplice	Direttore di Struttura Complessa
Dirigente Sanitario non medico	Direttore di profilo professionale analogo e Direttore Struttura Complessa; in assenza del primo, solo Direttore Struttura Complessa
Dirigente titolare di incarico di altissima/alta specializzazione	Direttore di Struttura Complessa o di Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale, e Dirigente di Struttura Semplice, se presente
Dirigente titolare di incarico professionale	Direttore di Struttura Complessa o di Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale, e Dirigente di Struttura Semplice, se presente
Titolare di Incarico di Funzione/Coordinamento	Direttore di Struttura Complessa o di Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale
Personale del Comparto	Direttore di Struttura Complessa o di Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale, e titolare Incarico di Funzione e Dirigente di Struttura Semplice, se presenti
Personale del Comparto afferente alle Professioni Sanitarie con incarico di funzione/ordinamento	Dirigente delle Professioni Sanitarie
Personale del Comparto afferente alle Professioni Sanitarie (*)	Coordinatore/Dirigente Professioni Sanitarie e Direttore di Struttura Complessa o di Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale, e Dirigente di Struttura Semplice, se presente

(*) Relativamente a tale categoria, come mutuato dalla delibera n. 1008/2017, è da intendersi non solo il personale direttamente afferente alle Professioni Sanitarie, ma anche il personale di supporto afferente all'area (es. OSS, Ausiliari).

Nel caso in cui, in corso d'anno, il valutato abbia svolto la propria attività lavorativa presso due o più strutture, la valutazione verrà effettuata dal Responsabile della Struttura presso cui il valutato ha prestato o presta l'attività prevalente in termini temporali.

Nel caso in cui, in corso d'anno, la responsabilità di una struttura sia stata affidata a più figure dirigenziali, il valutato sarà soggetto alla valutazione del Responsabile che dirige la Struttura alla data del 31.12. dell'anno a cui si riferisce la valutazione.

Nel caso in cui in una stessa struttura siano presenti più incarichi funzionali/coordinatori aventi la stessa professionalità, la valutazione verrà effettuata dal titolare di incarico funzionale/coordinatore DS, ovvero, in caso di stesso livello, da quello con maggiore anzianità nel servizio.

Per poter essere valutati, è necessario aver lavorato, nell'anno di riferimento, almeno 30 giorni (giorni di effettiva presenza in servizio); la valutazione è commisurata al periodo lavorativo effettivamente svolto.

Il dipendente che ha lavorato meno di 30 giorni (giorni di effettiva presenza in servizio) nell'anno di riferimento è ritenuto non valutabile.

Oggetto della Valutazione individuale

La Valutazione della Performance Individuale, si differenzia per il **livello di responsabilità** assunto nell'Organizzazione.

I Direttori di Dipartimento, di Struttura Complessa e di Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale, saranno valutati per:

- il raggiungimento degli obiettivi legati al Processo di budget ed al sistema Premiante assegnati alla propria struttura organizzativa entro il 31 gennaio di ogni anno in contemporanea con il Processo di budget;
- il raggiungimento degli obiettivi individuali assegnati dal Direttore di Dipartimento e/o dalla Direzione Strategica ;
- la capacità di valutazione dei propri collaboratori dimostrata anche tramite una significativa differenziazione delle valutazioni;
- le competenze manageriali/ professionali dimostrate facendo riferimento ad uno specifico modello delle competenze

I Dirigenti di Struttura semplice saranno valutati per:

- il raggiungimento degli obiettivi dell'Unità organizzativa di appartenenza;
- il raggiungimento degli obiettivi individuali e/o di gruppo;
- la capacità di valutazione dei propri collaboratori dimostrata anche tramite una significativa differenziazione delle valutazioni;
- le competenze manageriali/professionali dimostrate facendo riferimento ad uno specifico modello delle competenze

I Dirigenti con incarico di alta/altissima specializzazione e con incarico professionale saranno valutati per:

- il raggiungimento degli obiettivi dell'Unità organizzativa di appartenenza;
- il raggiungimento degli obiettivi individuali e/o di gruppo;
- le competenze manageriali/professionali dimostrate facendo riferimento ad uno specifico modello delle competenze

I dipendenti del comparto titolari di incarico di funzione/coordinamento:

- il raggiungimento degli obiettivi dell'Unità organizzativa di appartenenza;
- il raggiungimento degli obiettivi individuali e/o di gruppo ;
- la capacità di valutazione dei propri collaboratori dimostrata anche tramite una significativa differenziazione delle valutazioni;
- le competenze trasversali e professionali dimostrate facendo riferimento ad uno specifico modello delle competenze

Il personale del comparto sarà valutato per:

- il raggiungimento degli obiettivi dell'Unità organizzativa di appartenenza;
- il raggiungimento degli obiettivi individuali e/o di gruppo;
- le competenze trasversali/professionali;

La misurazione degli obiettivi individuali si esplica per ambiti corrispondenti ai livelli di responsabilità ricoperti ai quali il sistema di misurazione della performance associa il peso conferito a ciascuna componente.

	Area di Valutazione	Peso	Area di Valutazione	Peso	Area di Valutazione	Peso	Area di Valutazione	Peso	Totale peso
Direttori Dipartimento/ Direttori UOC/ Direttori UOSVD	Risultato della struttura di appartenenza	55	Obiettivi individuali quantitativi	20	Capacità di valutazione dei collaboratori	5	Competenze manageriali/professionali	20	100
Dirigenti UOS/ Dirigenti Valutatori	Risultato della struttura di appartenenza	35	Obiettivi individuali e/o di gruppo quantitativi	30	Capacità di valutazione dei collaboratori	5	Competenze manageriali/professionali	30	100
Dirigenti di Incarichi Professionali/Dirigenti di base/Dirigenti non Valutatori	Risultato della struttura di appartenenza	30	Obiettivi individuali e/o di gruppo quantitativi	40			Competenze manageriali/professionali	30	100
Titolari incarico di funzione/Coordinamento	Risultato della struttura di appartenenza	25	Obiettivi individuali e/o di gruppo quantitativi	40	Capacità di valutazione dei collaboratori	5	Competenze manageriali/professionali	30	100
Comparto	Risultato della struttura di appartenenza	10	Obiettivi individuali e/o di gruppo quantitativi	40			Competenze manageriali/professionali	50	100

La Scheda di Valutazione individuale e relative ponderazioni adottate

Le schede di Valutazione individuale dei dipendenti sono costruite sulla base delle specificazioni riportate nella suddetta tabella e differenziate per profili professionali.

In particolare:

Risultati della struttura di appartenenza: riporta la sintesi del risultato degli obiettivi di budget conseguiti dalla struttura di appartenenza del dipendente, con un punteggio espresso in termini percentuali.

Obiettivi individuali o di gruppo: descrive gli obiettivi assegnati al singolo dipendente con il relativo indicatore e la ponderazione. In particolare, per ogni obiettivo viene indicato:

L'Obiettivo, che indica il risultato quantitativo da conseguire;

- Il Valore dell'obiettivo, ossia il target prefissato;
- Il valore minimo atteso, ossia il risultato minimo al di sotto del quale non viene considerato raggiunto neppure parzialmente;

- Il Risultato raggiunto, ossia il risultato conseguito a fine anno;
- % di raggiungimento
- Peso determinato a inizio anno dal valutatore che attribuisce l'obiettivo
- Totale: indica la percentuale di raggiungimento dei singoli obiettivi moltiplicati per i pesi assegnati.

A decorrere dall'anno 2022 è stata introdotta l'assegnazione obbligatoria di almeno un obiettivo individuale a tutto il personale dirigenziale (dirigenza Sanitaria e dirigenza PTA), al personale titolare di incarico di funzione/coordinamento ed al personale inquadrato nel profilo di Collaboratore amm.vo prof.le /Collaboratore amm.vo prof.le senior.

Per i restanti profili professionali l'assegnazione di specifici obiettivi individuali è facoltativa.

La assegnazione degli obiettivi individuali è effettuata dagli stessi soggetti cui compete la valutazione, come di seguito indicato:

DESTINATARIO OBIETTIVO INDIVIDUALE	ASSEGNATARIO OBIETTIVO INDIVIDUALE
Direttore di Dipartimento	Direttore Sanitario o Amministrativo Aziendale
Dirigente Ufficio di Staff	Direttore Amministrativo o Sanitario Aziendale
Direttore di Struttura Complessa e di Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale	Direttore di Dipartimento o in assenza Direttore Amministrativo o Sanitario Aziendale
Dirigente di Struttura Semplice	Direttore di Struttura Complessa
Dirigente Sanitario non medico	Direttore di profilo professionale analogo e Direttore Struttura Complessa; in assenza del primo, solo Direttore Struttura Complessa
Dirigente titolare di incarico di altissima/alta specializzazione	Direttore di Struttura Complessa o di Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale, e Dirigente di Struttura Semplice, se presente
Dirigente titolare di incarico professionale	Direttore di Struttura Complessa o di Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale, e Dirigente di Struttura Semplice, se presente
Titolare di Incarico di Funzione/Coordinamento	Direttore di Struttura Complessa o di Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale, sentito il Dirigente delle Professioni Sanitarie
Collaboratore amm.vo prof.le/ Collaboratore amm.vo prof.le senior	Direttore di Struttura Complessa o di Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale, e titolare Incarico di Funzione e Dirigente di Struttura Semplice, se presenti

La UOC Controllo di Gestione predispone e sottopone ai Responsabili di Struttura un applicativo excel che consente la individuazione e la assegnazione degli obiettivi individuali ai soggetti destinatari, nonché la successiva verifica del raggiungimento degli stessi, con quantificazione della valutazione che verrà riportata nella scheda di valutazione di ciascun dipendente nella specifica area Obiettivi individuali e/o di gruppo.

La individuazione ed assegnazione degli obiettivi individuali dovrà essere discussa con i destinatari, che sottoscrivono per accettazione la scheda degli obiettivi assegnati.

Per i dipendenti per i quali non è previsto l'obbligo della assegnazione di almeno un obiettivo individuale e per i quali non si è altresì optato alla assegnazione facoltativa di obiettivi individuali, tale Area di valutazione verrà sostituita da una valorizzazione sintetica, espressa dal valutatore, compresa nel range 1 – 100 (dove 1 rappresenta il contributo minimo e 100 il contributo massimo), che sintetizza il contributo del dipendente al raggiungimento degli obiettivi assegnati.

Capacità di valutazione dei collaboratori: descrive la capacità di valutazione dei collaboratori sulle competenze trasversali/manageriali dimostrate e sulle competenze tecniche specifiche.

La capacità di valutazione dei collaboratori è calcolata come rapporto tra lo scarto quadratico medio di tutte le valutazioni effettuate e la loro media aritmetica (coefficiente di variazione), che può assumere un valore tra 0 e 1 (= nel caso di valutazioni non differenziate, sia positive che negative; 1 nel caso di massima differenziazione delle valutazioni).

Una volta calcolato l'indicatore la valutazione assumerà il seguente risultato:

- 0%: per valori dell'indicatore compresi tra 0 e 0.05
- 40%: per valori dell'indicatore compresi tra >0.05 e 0.09
- 70% per valori dell'indicatori compresi tra >0.09 e 0.15
- 100%: per valori dell'indicatore compresi tra > 0.15 e 1

Competenze manageriali e professionali dimostrate: nella scheda di valutazione individuale ciascuna competenza manageriale e professionale da valutare è articolata in differenti aree. Per ogni area è riportato uno o più item, da valutare in riferimento al *grading*, al fine di mettere in condizione il valutatore di focalizzare la sua attenzione su una specifica competenza dimostrata dal valutato e quindi sulla qualità della sua performance lavorativa.

Ad ogni item è collegato un peso, predefinito in funzione della tipologia di profilo professionale. La valutazione può assumere valori che vanno da zero a cinque in relazione ai giudizi differenziati come nelle schede in allegato.

Competenze trasversali/professionali: nella scheda di valutazione individuale ciascuna competenza trasversale e/o professionale da valutare è articolata in differenti aree. Per ogni area è riportato uno o più item, da valutare attraverso indicatori (domande) al fine di mettere in condizione il valutatore di focalizzare la sua attenzione su una specifica competenza dimostrata del valutato e quindi sulla qualità della sua performance lavorativa.

Ad ogni item è collegato un peso, predefinito in funzione della tipologia di profilo professionale. La valutazione può assumere valori che vanno da zero a cinque in relazione ai giudizi differenziati come nelle schede in allegato.

La declinazione delle competenze trasversali/professionali e manageriali indicate è differenziata in coerenza con i livelli di responsabilità nell'ambito della organizzazione aziendale, coerentemente con quanto previsto dall'art. 9 del D. Lgs. 165/2009 e ss.mm.ii. e dalle Linee Guida, relativamente alla declinazione ed alla definizione del Dizionario dei comportamenti attesi.

Il totale della valutazione individuale si ottiene sommando la percentuale di raggiungimento dei punteggi delle singole macro voci della valutazione, pesate per il peso specifico di ciascuna di esse così come definite nella tabella.

A partire dall'anno 2023 il processo di valutazione della ASL BT verrà presumibilmente effettuato utilizzando un apposito software, integrato con il sistema di budgeting.

VALUTAZIONE NON CONDIVISA

Il Valutatore è tenuto a discutere in contraddittorio con il Valutato il contenuto della scheda di valutazione, acquisendone contestualmente la firma.

Nel caso in cui il dipendente non condivida la valutazione, non potrà rifiutarsi di firmare la scheda, che dovrà pertanto essere **debitamente firmata e datata**, riportando altresì le proprie considerazioni nell'apposito campo previsto nella scheda (Feedback del valutato), avviando contestualmente le procedure di contestazione, così come previste dai Contratti Integrativi Aziendali, per ciascuna Area Contrattuale.

In particolare, il dipendente provvederà ad indirizzare all'OIV la nota di contestazione, unitamente alla copia della scheda di valutazione debitamente firmata e datata.

Procedura Conciliativa in caso di valutazione non condivisa non negativa (uguale o superiore al 50% del punteggio totale 100)

La Struttura Tecnica Permanente STP, istituita a supporto dell'OIV, in qualità di soggetto terzo, provvederà, per il tramite della Segreteria OIV, a comunicare per iscritto al dipendente valutato una data, non anteriore a gg. 15, per esperire il contraddittorio, precisando che lo stesso può farsi assistere da persona di propria fiducia e può produrre eventuali memorie scritte anche prima della data fissata per il contraddittorio.

Ad esito del contraddittorio con il dipendente valutato ed alla acquisizione di eventuali controdeduzioni da parte del Valutatore, la STP formula ai due soggetti (valutato e valutatore) una proposta di conciliazione che cerca di tener conto delle posizioni di entrambe le parti e delle risultanze degli atti e della documentazione sottoposta al Suo esame; le parti sono libere di accettare o meno la proposta conciliativa.

In caso di mancato accordo tra le parti, ed ai fini degli adempimenti connessi e consequenziali, verrà ritenuta definitiva la valutazione formulata dal Valutatore.

Gli esiti della procedura conciliativa espletata secondo le modalità su esposte vengono ratificati dall'OIV.

VALUTAZIONE NEGATIVA

PER VALUTAZIONE NEGATIVA SI INTENDE QUELLA INFERIORE AL 50% DEL PUNTEGGIO TOTALE (100).

In tali fattispecie l'OIV, indipendentemente dall'attivazione da parte del Valutato della procedura di contestazione, convoca per iscritto il dipendente valutato, indicando una data, non anteriore a gg. 15, per esperire il contraddittorio, precisando che lo stesso può farsi assistere da persona di propria fiducia e può produrre eventuali memorie scritte anche prima della data fissata per il contraddittorio.

La valutazione negativa rileva ai fini dell'accertamento della responsabilità dirigenziale e ai fini dell'irrogazione del licenziamento disciplinare ai sensi dell'art. 55 quater, comma 1, lettera f-quinquies. Essa determina la perdita del diritto alla retribuzione di risultato per l'anno di riferimento e le altre conseguenze previste dalle vigenti disposizioni normative e contrattuali, ivi compresa l'eventuale verifica anticipata relativa alla conferma dell'incarico dirigenziale.

Così come espressamente evidenziato nelle Linee Guida DFP n. 5 dicembre 2019, tutti gli aspetti relativi agli effetti della valutazione non rientrano fra i contenuti del SMVP e pertanto sono oggetto di specifico contratto integrativo aziendale sottoscritto con le OO.SS., secondo le regole dei vigenti CCNL.

Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e Trasparenza

PREMESSA

Il PIAO, Piano integrato di attività e organizzazione, è un nuovo adempimento semplificato per le pubbliche amministrazioni. È stato introdotto dall'articolo 6 del decreto legge n. 80/2021, "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", il cosiddetto "**Decreto Reclutamento**" convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113.

Il DPR n. 81 del 24 giugno 2022 individua i documenti assorbiti dal PIAO, tra i quali rientra il Piano Anticorruzione e Trasparenza; mentre il successivo Decreto del Dipartimento della Funzione pubblica n. 132 del 30/06/2022, individua la struttura del PIAO.

La presente Sezione del PIAO denominata "*Rischi corruttivi e trasparenza*" disciplina la politica aziendale e la *mission* che intende realizzare l'Amministrazione ASL BT in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza negli anni **2023-2025**.

Recepisce le novità in materia di anticorruzione introdotte dalle disposizioni normative di cui sopra, dalla Delibera Anac n. 1 del 12 gennaio 2022 (concernente il rinvio al 30 aprile 2022 del termine di approvazione del Piano anticorruzione per tutti gli Enti pubblici, la cui scadenza è fissata dalla legge al 31 gennaio di ogni anno), dagli orientamenti per la pianificazione Anticorruzione e Trasparenza 2022 approvati dal Consiglio dell'Autorità in data 2 febbraio 2022 e visibili al link: <https://www.anticorruzione.it/documents/91439/120313/Orientamenti+per+la+pianificazione+anticorruzione+e+trasparenza+2022.pdf/4deceff0-e76e-be0d-c149-0a2cc46cfe61?t=1643818349850>, ***nonché dal PNA 2022.***

La suddetta sotto sezione è stata predisposta dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, Avv. Raffaella Notarpietro, con la partecipazione della dott.ssa Annalisa Cherubino, collaboratore amministrativo unico del RPCT, in servizio presso la SBL, sulla base degli obiettivi strategici in materia, definiti dall'organo di indirizzo politico, nonché sulla base di quelli indicati dalle disposizioni normative di cui sopra, da quelli indicati nel Piano nazionale anticorruzione (PNA) e negli atti di regolazione generali adottati dall'ANAC ai sensi della legge n. 190 del 2012 s.m.i. e del decreto legislativo n. 33/2013 s.m.i. che di seguito verranno riportati:

1) 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;



- 2) la valutazione di impatto del contesto interno, che evidenzia se lo scopo dell'ente o la sua struttura organizzativa possano influenzare l'esposizione al rischio corruttivo;
- 3) 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;
- 4) 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;
- 5) la progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio, privilegiando l'adozione di misure di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa;
- 6) il monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure;
- 7) la programmazione dell'attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato, ai sensi del d.lgs. n. 33 del 2013 e smi.

Art. 1

Obiettivi strategici

In linea di continuità rispetto ai Piani degli anni precedenti, il RPCT, Avv. Raffaella Notarpietro, nominata con Delibera n. 2480 del 30.12.2020, in attuazione all'art. 1, comma 8, della L.190/2012 e smi, con nota prot. n. **1447/2023** ha chiesto alla Direzione Generale di formalizzare specifici obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza evidenziando, altresì, le novità introdotte dal legislatore nazionale.

La Direzione Generale, anche al fine di dare attuazione al dettato legislativo di cui all'art. 19, comma 5, del DI 90/2014 e ai contenuti della Delibera Anac n. 1310/2016, con **nota prot. n. 3145/2023** ha individuato gli obiettivi strategici da considerare in materia di anticorruzione e trasparenza, rappresentando di dover porre l'attenzione sui seguenti obiettivi:

OBIETTIVO M23

Assegnato alla UOSVD Informazione, Comunicazione, Formazione e Polo Universitario

Formazione di tutto il personale dipendente (100%) in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, prevedendo una implementazione del personale da formare, rispetto alla percentuale prevista per il 2022, tenendo conto dei seguenti parametri:

anno 2023 – formazione del 40% del personale; la misura è implementata rispetto alla percentuale prevista per l'anno 2022 (ossia il 30%);

anno 2024 – attività di verifica dell'effettivo espletamento dell'attività formativa programmata ovvero conclusione del processo formativo; eventuale avvio dell'attività formativa del personale in servizio alla data del 31/12/2022;



anno 2025 - avvio di processi formativi del personale nella misura del 30%, anche in ragione di eventuali interventi normativi in materia di anticorruzione e trasparenza;

OBIETTIVO M24

Assegnato al RPCT

attività di verifica, monitoraggio e controllo delle Deliberazioni e Determinazioni dirigenziali, dei bandi di gara e di concorso ed avvisi pubblici, tenendo conto dei seguenti parametri:

nella misura dell'9% per l'anno 2023;

nella misura dell'10% per l'anno 2024;

nella misura del 11% per l'anno 2025;

OBIETTIVO M25

Assegnato all'Area Gestione del Personale

Controlli sulla disciplina del conflitto di interessi e controlli specifici richiesti dal RPCT.

In ordine al rispetto della disciplina sul conflitto di interessi rileva l'acquisizione delle dichiarazioni dei Dirigenti assunti nell'anno 2022, dei Direttori di Dipartimento (art. 6 del DPR 62/2013), dei Direttori di UOC, UOSVD e UOS, nonché attività di controllo aggiuntiva, da espletarsi entro il 30/07/2023; questo tipo di attività dovrà essere implementata negli anni 2024 e nel 2025 coinvolgendo i Dirigenti titolari di incarichi di natura professionale e di alta specializzazione ed il personale titolare di posizione organizzativa.

OBIETTIVO N1.1A

Assegnato a tutte le Strutture Aziendali

invio n. 2 relazioni infrannuali, nel rispetto delle indicazioni fornite dal RPCT e previste dal PTPCT, rispettivamente entro il 30/06 e 31/12 di ciascun anno;

OBIETTIVO N1.1B

Assegnato all'Area Gestione del Personale/Area Gestione del Patrimonio/UOSVD Informazione, comunicazione, Polo Universitario e Formazione/Area Gestione Tecnica/UOSVD Appalti contratti e logistica /UOSVD Costruzioni Ristrutturazioni e manutenzioni/UOSVD Ingegneria clinica ed HTA / UOSVD Gestione amministrativa dei servizi tecnici e PNRR /UOSVD Information and Communication Technologies, UOSVD SBL rispetto del cronoprogramma riferito all'anno 2023; pubblicazione di tutti gli atti di competenza. Trasmissione al RPCT, da parte di ciascuna Struttura, entro il 31 Gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento, della relazione afferente ciascun adempimento



e/o atto da pubblicare, estremi e data dei documenti attestanti l'esecuzione delle attività richieste.

OBIETTIVO

Assegnato all'Area Gestione del Personale/Area Gestione del Patrimonio/UOSVD Informazione, comunicazione, Polo Universitario e Formazione/Area Gestione Tecnica/UOSVD Appalti contratti e logistica /UOSVD Costruzioni Ristrutturazioni e manutenzioni / UOSVD Ingegneria clinica ed HTA / UOSVD Gestione amministrativa dei servizi tecnici e PNRR / UOSVD Information and Communication Technologies.

Al fine di assicurare il rispetto dell'istituto del pantouflage, appare necessaria l'acquisizione della dichiarazione, da parte del dipendente, all'atto della cessazione del rapporto di lavoro; trasmissione di apposito elenco al RPCT al fine di consentire al Responsabile di effettuare l'attività di verifica nella misura del 3% per l'anno 2023 (percentuale da implementarsi negli anni successivi);

Al fine di assicurare il rispetto dell'istituto del pantouflage, appare necessaria l'acquisizione da parte dell'operatore economico concorrente di dichiarare di non aver stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi ad ex dipendenti pubblici in violazione del divieto, per quanto di conoscenza; trasmissione di apposito elenco al RPCT al fine di consentire al Responsabile di effettuare l'attività di verifica nella misura del 3% per l'anno 2023 (da implementarsi negli anni successivi);

OBIETTIVI IN MATERIA DI TRASPARENZA:

Assegnato a tutte le strutture Aziendali

Rispetto del cronoprogramma indicato nel piano da adottarsi e obbligo di rendere apposita attestazione, con le due relazioni infra annuali, relativa all'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza.

In ragione delle indicazioni fornite dal PNA 2022 (ove dovesse essere approvato definitivamente col parere richiesto al Comitato interministeriale e della Conferenza Unificata Stato Regioni Autonomie locali) è necessario prevedere nel sito web una sezione, denominata "Attuazione Misure PNRR", con indicazione per le sotto - sezioni, degli atti legislativi adottati e degli atti amministrativi emanati per l'attuazione della misura di riferimento, specificando, per ogni atto riportato: a) la tipologia (legge, decreto legislativo, decreto-legge, decreto ministeriale, decreto interministeriale, avviso, ecc.) b) il numero e la data di emissione o di adozione dell'atto, con il link ipertestuale al documento c) la data di pubblicazione d) la data di entrata in vigore e) l'oggetto f) la eventuale documentazione approvata (programma, piano, regolamento, ...) con il link ipertestuale al documento g) le eventuali note informative.

Al fine di garantire l'adeguato coordinamento con la disciplina in materia, in virtù di quanto statuito dall'art. 10 del Dlgs 33/2013 e s.m.i., gli obiettivi strategici sopra elencati costituiscono parte integrante del Piano delle Performance.

Gli obiettivi di cui sopra, infatti, con la ridetta nota della Direzione Strategica, sono stati comunicati al Direttore della UOC Controllo Strategico.

Gli stessi costituiranno oggetto di valutazione della performance da parte dell'OIV ai fini del riconoscimento, in favore del personale, della retribuzione di risultato.

Art. 2

Analisi del Contesto esterno e del Contesto interno

La valutazione del contesto esterno ed interno, oltre ad essere effettuata su aspetti generali, è stata prevista come indicatore di rischio corruttivo nell'ambito della mappatura dei processi, allo scopo di porre i Dirigenti nelle condizioni di avere contezza, per ogni processo della propria area, della situazione contingente legata al personale dipendente e al contesto lavorativo esterno. Tanto è avvenuto in ottemperanza a quanto stabilito dall'Allegato 1 del PNA 2019 e **dal PNA 2022**

Art. 2.1

Analisi del contesto esterno

Per l'analisi del CONTESTO ESTERNO si evidenzia la necessità di considerare i fattori locali idonei a determinare i potenziali rischi di corruzione/condizionamento ed a caratterizzare i Piani rispetto alle peculiarità locali. I fattori da analizzare riguardano gli aspetti territoriali, epidemiologici, socioeconomici, strutturali ed organizzativi desumibili da ogni fonte di informazione. Viene rimarcata l'opportunità, al fine di una corretta individuazione ed analisi dei rischi, di attingere alle informazioni disponibili presso l'accesso a banche dati del Ministero della Salute e ad altre banche dati nazionali, regionali, locali.

L'ASL BAT coincide con il territorio della Provincia di Barletta, Andria e Trani, e comprende i Comuni di Andria, Barletta, Bisceglie, Canosa di Puglia, Margherita di Savoia, Minervino Murge, San Ferdinando di Puglia, Spinazzola, Trani, Trinitapoli. Si estende su un territorio di complessivi Km² 1.542,95; **di seguito la classifica dei comuni della Provincia di Barletta-Andria-Trani ordinata per popolazione residente. I dati sono aggiornati al 01/01/2022 (Istat – Fonte tuttitalia.it).**

	<u>Comune</u>	Popolazione <i>residenti</i>	<u>Superficie</u> <i>km²</i>	<u>Densità</u> <i>abitanti/k</i> <i>m²</i>	<u>Altitudine</u> <i>m s.l.m.</i>
1	ANDRIA	97.588	402,88	242	151



2	<u>BARLETTA</u>	92.798	149,35	621	15
3	<u>TRANI</u>	55.035	103,41	532	7
4	<u>Bisceglie</u>	53.738	69,24	776	16
5	<u>Canosa di Puglia</u>	28.187	150,93	187	105
6	<u>Trinitapoli</u>	13.970	148,77	94	5
7	<u>San Ferdinando di P.</u>	13.713	41,23	333	68
8	<u>Margherita di Savoia</u>	11.262	35,70	315	1
9	<u>Minervino Murge</u>	8.298	257,41	32	429
10.	<u>Spinazzola</u>	6.027	184,01	33	435

Dal punto di vista socio-economico, la provincia BAT è fra quelle italiane a più alta concentrazione demografica.

Nella provincia appare critica la situazione nel settore industria, dove al rafforzamento delle attività edili si contrappone un crescente depotenziamento del manifatturiero e in particolare del tessile / abbigliamento / calzaturiero, la cui concentrazione in provincia è fortemente presente. Merita, inoltre, considerazione il processo di crescita di un settore come quello delle tecnologie dell'informazione, anche se segnato dalla presenza di microimprese. All'indebolimento del sistema industriale fa riscontro una progressiva crescita del terziario, al cui interno si distinguono le attività turistiche ma anche quelle commerciali, con una crescita che interessa maggiormente i grandi centri: Andria e Barletta figurano fra i comuni a più alta concentrazione. Questa crescita, comunque, non è riuscita a compensare la perdita di posti di lavoro registrata nell'industria. Nel complesso la provincia mostra segnali preoccupanti di declino economico.

Rileva, a tal proposito, la volontà del Prefetto della Bat di istituire un Osservatorio sulle tensioni economico-sociali che raccolga ed analizzi i dati ed i fenomeni di maggior impatto



sulla popolazione del territorio, anche per un approfondimento sulle possibili ricadute in materia di sicurezza ed ordine pubblico. La proposta è stata lanciata nel corso di una riunione tenutasi nella sede del Palazzo del Governo, cui hanno preso parte il Presidente della Provincia, i Sindaci, i vertici delle Forze di Polizia ed i rappresentanti di Arca, Camere di Commercio di Bari e Foggia, Associazioni di categoria (Confindustria, Confcommercio e Confesercenti) ed organizzazioni sindacali (Cgil, Cisl e Uil). (Fonte - batmagazine.it 12/11/2022). L'Osservatorio avrà dunque come obiettivo quello di proporre ed attuare, grazie alla sinergia con gli uffici e gli enti interessati, le migliori strategie per un'azione politico-amministrativa in grado di assicurare un'attività di prevenzione dei fenomeni speculativi connessi alla crisi e delle conseguenti tensioni sociali.

Una vera e propria radiografia dettagliata, in merito al c.d. contesto criminale, è stata effettuata dalla Direzione Investigativa Antimafia, nell'ambito dei consueti rapporti del crimine in Italia, in piena emergenza sanitaria da COVID-19, accentuando le conseguenze negative sul sistema sociale, sanitario ed economico italiano originate dalle severe misure rese necessarie per contenere l'espandersi del contagio. Delle difficoltà finanziarie dei cittadini e delle imprese potrebbero approfittare le organizzazioni malavitose, per altro sempre più orientate verso una sorta di metamorfosi evolutiva volta a ridurre le strategie cruente per concentrarsi progressivamente sulla silente infiltrazione del Sistema imprenditoriale.

Alla luce di queste considerazioni, la Relazione è orientata sull'analisi e l'interpretazione delle possibili strategie d'azione e linee di tendenza evolutive, soprattutto sul piano imprenditoriale nel medio-lungo periodo, delle organizzazioni mafiose che non conoscono confini di settore, geografici e relazionali specie con riferimento al mondo finanziario, politico-amministrativo e delle professioni. Nel territorio della provincia di Barletta-Andria-Trani la presenza di diversi gruppi criminali dotati di una singolare autonomia operativa si coniuga con quella delle limitrofe organizzazioni criminali baresi, foggiane e cerignolane. Nell'area, la complessità delle dinamiche delinquenziali mafiose e della malavita comune risulterebbe ancor più accentuata alla luce delle ripercussioni economiche e sociali indotte dalla crisi sanitaria da COVID-19. L'attuale emergenza, infatti, rende il territorio maggiormente vulnerabile agli interessi della criminalità esponendolo al rischio di ripercussioni negative soprattutto per quanto concerne l'eccellenza del tessuto economico-produttivo. Le maggiori criticità potrebbero interessare la litoranea, Margherita di Savoia, Barletta, Trani, Bisceglie dove insistono le prevalenti attività turistiche e di ristorazione ma anche l'entroterra della provincia propriamente rurale gravato da una forte incidenza di reati predatori, danneggiamenti con attentati dinamitardi ed estorsioni che affliggono soprattutto il settore agricolo. In tale complesso scenario i sodalizi della zona più duttili e forti economicamente (soprattutto quelli di Andria ma anche la malavita cerignolana che risulta in espansione attraverso le propaggini di San Ferdinando di Puglia, Trinitapoli e Canosa di Puglia) potrebbero incrementare le illecite attività di usura e riciclaggio approfittando delle deboli fasi di "ripresa" e "ricostruzione" delle attività imprenditoriali al fine di esercitare su di esse una massiva

ingerenza. In questa chiave di lettura va interpretata la decisione di istituire presso la Prefettura di Barletta-Andria-Trani l'Osservatorio Provinciale antiusura e antirackett quale *"avamposto di legalità che si propone di avvicinare le Istituzioni alla collettività, creando una rete che dia vita ad un percorso di sensibilizzazione di tutto il tessuto socio-economico per l'affermazione della cultura della legalità"* (Relazione della Direzione Investigativa antimafia anno 2020/2021). Un ulteriore segnale per arginare il diffondersi delle organizzazioni malavitose è avvenuto con l'inaugurazione dei tre presidi, ossia la Questura e i Comandi Provinciali rispettivamente dei Carabinieri e della Guardia di Finanza volti ad incrementare la sicurezza nella BAT. Infatti, i tre presidi arrivano 14 anni dopo l'istituzione della Provincia. Per quanto riguarda la Questura, il decreto istitutivo del Ministero dell'Interno a pieno regime prevede 190 unità guidate dal Questore a cui si affiancheranno due primi dirigenti, 4 funzionari del ruolo direttivo, 7 commissari, 44 ispettori, 41 sovrintendenti, 85 tra agenti e assistenti. Nello stesso edificio dovrebbe essere provvisoriamente allestita la sezione della Stradale. La questua comprenderà la Digos, la Squadra mobile, gli uffici della polizia anticrimine e amministrativa e di sicurezza, prevenzione generale e soccorso pubblico e immigrazione.

Partecipazione della ASL BT al Network Sanità

In data 29/11/2022, il Dirigente del Servizio Controlli ha convocato apposita riunione, da remoto, al fine di condividere, con tutti gli RPCT delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale pugliese, criteri e metodologie sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione sul sito web "Amministrazione Trasparente".

Art. 2.2

Analisi del contesto interno

L'analisi del contesto interno riguarda gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo ed è volta a far emergere, da un lato, il sistema delle responsabilità, dall'altro, il livello di complessità dell'amministrazione. Entrambi questi aspetti contestualizzano il sistema di prevenzione della corruzione e sono in grado di incidere sul suo livello di attuazione e di adeguatezza.

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

La gestione del rischio corruttivo non riguarda solo il RPCT ma l'intera struttura organizzativa. A tal fine, occorre sviluppare a tutti i livelli organizzativi una responsabilizzazione diffusa e una cultura consapevole dell'importanza del processo di gestione del rischio e delle responsabilità correlate.

Per quanto concerne il CONTESTO INTERNO si evidenzia che la ASL BT è un'Azienda Sanitaria con **3734** dipendenti (dato misto dirigenti e personale del comparto) alla data del 31.12.2022; il personale in servizio, suddiviso tra personale dirigenziale e personale del comparto, riveste i seguenti profili:

medico, tecnico, professionale ed amministrativo.

Rileva, a tal fine, la circostanza che, in ragione dei differenti profili del personale dipendente della ASL BT, trovano applicazione, presso l'Azienda Sanitaria, tre differenti contratti, ossia: **il CCNL Comparto Sanità sottoscritto il 21/05/2018 con successive integrazioni nell'anno 2022**, il CCNL Area Sanità sottoscritto il 19/12/2019 ed il nuovo CCNL Area Funzioni Locali sottoscritto il 17.12.2020.

Sebbene la ASL BT sia un'azienda particolarmente complessa, appare significativo il dato fornito dall'UPD e riportato nella relazione annuale del RPCT **2022**; i dipendenti della ASL BT, infatti, non sono stati interessati da procedimenti disciplinari afferenti ovvero strettamente connessi a fenomeni corruttivi atteso che i procedimenti disciplinari avviati nell'anno **2022** hanno riguardato fatti e atti connessi a violazioni di natura comportamentale.

Quanto sopra sostenuto consente, pertanto, di valutare il quadro ambientale in cui opera la ASL BT, non caratterizzato da particolari necessità ed esigenze, sebbene è intenzione del RPCT, anche alla luce degli obiettivi strategici definiti per l'anno 2023 dalla Direzione Generale, confermare, in linea con quanto previsto nel precedente piano, un incremento dei controlli sulle attività assolte allo scopo di scongiurare ogni eventuale rischio, nei limiti dei poteri ascritti e concessi al RPCT.

L'incremento delle verifiche ha lo scopo, altresì, di migliorare i processi affinché gli stessi siano conformi ai principi di efficienza, efficacia, trasparenza, oltre che di legittimità, così come previsto dalla normativa vigente, anche attraverso mere comunicazioni, indicazioni di carattere correttivo e/o di raccomandazione del RPCT.

Appare opportuno evidenziare che la ASL BT è stata interessata da una "Nuova Organizzazione Dipartimentale" (Delibera ASL BT n. 930 del 15/07/2022 – vedasi art. 4 della presente Sezione) atteso che l'organizzazione dipartimentale è 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 e la promozione del governo clinico ed assistenziale.

La ASL BT è stata interessata, altresì, dai seguenti processi:

- **con la Delibera ASL BT n. 559 del 20/05/2022, nelle more dell'approvazione del nuovo atto aziendale, è apparso necessario ed opportuno regolamentare la gestione e il funzionamento dei Dipartimenti aziendali al fine di dettagliare, tra l'altro, le procedure di nomina del Direttore di Dipartimento, esplicitare le funzioni del Comitato di Dipartimento ed istituire una nuova modalità di elezione dei componenti del citato Comitato; la bozza del nuovo Regolamento per la gestione e il funzionamento dei Dipartimenti dell'Azienda Sanitaria Locale BT è stata oggetto di confronto con la parte sindacale in sede di delegazione trattante con le OO.SS. dell'Area Sanità, P.T.A. in data 27 aprile 2022, e con le OO.SS. dell'Area personale di comparto in data 2 maggio c.a;**



- **con la Delibera ASL BT n. 1260 del 22/09/2022 è stato approvato il regolamento dell'Azienda Sanitaria Locale BT per l'esercizio della libera professione intramuraria dei dirigenti sanitari, che forma parte integrante della ridetta deliberazione. Il predetto regolamento è stato comunicato alla Regione Puglia e pubblicato sul sito web dell'Azienda. Il regolamento è stato inviato per l'esecuzione al Direttore dell'Area del Personale, dell'Unità Controllo di Gestione, all'Organismo Paritetico ed a tutti i direttori di Dipartimento e di Macrostruttura di questa Azienda ed è altresì depositato presso le Direzioni Sanitarie dei presidi ospedalieri e territoriali per essere consultato da chiunque ne abbia interesse; esso è stato inoltre inviato, per debito di informazione alle OO.SS. delle aree dirigenziali e del comparto;**
- **con la Delibera ASL BT n. 1454 del 21/10/2022 è stato approvato il " Regolamento per il conferimento e revoca degli incarichi dirigenziali " ed il " Regolamento per la graduazione degli incarichi dirigenziali ", allegati al provvedimento quale parte integrante e sostanziale dello stesso, dando atto che i rappresentanti territoriali e aziendali delle organizzazioni sindacali di categoria firmatarie del CCNL Dirigenza Area Sanità 2016-2018, nel corso dell'incontro del 12/10/2022, hanno sottoscritto all'unanimità il "Regolamento per il conferimento degli incarichi dirigenziali – Area Sanità " e il " Regolamento per la graduazione e revoca degli incarichi dirigenziali – Area Sanità";**
- **con la delibera n. 1563 del 03/11/2022, sono stati nominati i Direttori di Dipartimento, disponendo, infatti, di prendere atto della procedura per la nomina di Direttore di Dipartimento prevista e disciplinata dall'art. 2 del "Regolamento per la gestione e il funzionamento dei dipartimenti dell'ASL BT". 2. Di prendere atto che la Direzione del Dipartimento è affidata dal Direttore Generale ad uno dei Direttori con incarico di direzione delle Strutture Complesse aggregate nel Dipartimento, anche a regime di rapporto di lavoro non esclusivo, scelto in una rosa composta da massimo 3 (tre) nominativi di Direttori, proposta dal Comitato di Dipartimento, sentito il Direttore Sanitario e/o Direttore Amministrativo, ciascuno per i dipartimenti di propria afferenza. 3. Di dare atto che la nomina del Direttore di Dipartimento ha natura fiduciaria ed è effettuata dalla Direzione Generale, nell'ambito della terna indicata dal Comitato di Dipartimento, sentito il Direttore Sanitario e/o Amministrativo. 4. Di precisare che l'indicazione dei voti conseguiti dalla terna nell'ambito delle votazioni del Comitato di Dipartimento non assume carattere vincolante, posto che la Direzione Generale potrà procedere al conferimento dell'incarico di Direttore di Dipartimento al dirigente di struttura complessa in**



possesso di requisiti di competenza e professionalità, oltre che di integrità morale, a garanzia e tutela del generale interesse pubblico; 5. Di procedere, pertanto, alla nomina dei Direttori di Dipartimento, come da prospetto di cui al ridetto provvedimento amministrativo;

- ***l'istituzione della U.O.S.V.D. "Gestione Amministrativa dei Servizi Tecnici e P.N.R.R." e nomina del Dirigente Responsabile, dott.ssa Nuziana Losito;***
- ***con delibera n. 1900/2022 è stata approvata la mappatura degli incarichi conferibili, distinti per Dipartimento, allegata al ridetto provvedimento, quale parte integrante e sostanziale; il provvedimento è seguito ad interlocuzioni intercorse con i Direttori di Dipartimento, con i Direttori di UOC ed i Dirigenti Responsabili di UOSVD, procedendo a mappare e a dettagliare per ciascun Dipartimento, i vari incarichi professionali conferibili sia per l'Area Sanità che per la P.T.A.; è stato previsto che all'interno degli incarichi da conferire per l'Area Sanità sono stati individuati dalla Direzione Generale, a seguito di proposte pervenute dai Direttori di Dipartimento, gli incarichi di "Altissima professionalità a valenza Dipartimentale" e di "Altissima professionalità quale articolazione interna di struttura complessa" come declinati all'art.5 del Regolamento che disciplina, in coerenza con il dettato normativo di cui all'art.18, comma 1, par. II, lett. a1) e a2) CCNL 19/12/2019, la tipologia di incarico e la relativa pesatura nei limiti percentuali previsti rispettivamente del 3% e 7% degli incarichi di cui all'art. 18 comma 1 punto II lettere b) e c) CCNL 19/12/2019.***

Art. 2.3

Temporanea assenza e periodi di vacatio del RPCT

Alla luce di quanto indicato nell'Allegato 3 del PNA 2022, paragrafo 1.4.2, nell'eventualità di un periodo di assenza temporanea del RPCT, fino ad un max di 20 gg lavorativi, la dott.ssa Annalisa Cherubino, Collaboratore Amministrativo Professionale unico del RPCT dal 01/01/2021, assumerà il ruolo di sostituto del RPCT, Avv. Raffaella Notarpietro.

Ove il periodo di assenza del RPCT si traduca, invece, in una vera e propria vacatio del ruolo, il RPCT ovvero la dott.ssa Annalisa Cherubino rappresenteranno alla Direzione Strategica Aziendale la necessità di provvedere alla nomina del sostituto del RPCT in carica.

L'avv. Notarpietro ovvero la dott.ssa Cherubino, daranno le opportune indicazioni al nominato RPCT, indicando in apposito verbale le modalità di espletamento dei compiti da svolgere, tenuto conto delle indicazioni di cui alla presente Sezione e tenendo conto degli adempimenti previsti dal Cronoprogramma, parte integrante della Sezione Rischi Corruttivi

del PIAO.

Art. 2.4

Processo di elaborazione della Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza.

I Direttori / Dirigenti responsabili di strutture complesse, di strutture semplici a valenza dipartimentale, di unità operative semplici e tutti i dipendenti della Azienda sono tenuti, in ragione di quanto espressamente regolamentato dall'art. 8 del DPR 62/2013, a rispettare le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione.

Il dipendente rispetta le prescrizioni contenute nella Sezione vigente, presta la sua collaborazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza e, fermo restando l'obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria, segnala al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui sia venuto a conoscenza.

I Dirigenti, in particolare, ai sensi dell'art. 16, comma 1, lett. L) quater del dlgs 165/2001 smi "provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva"; gli stessi, in ragione di quanto regolamentato dall'art 1, comma 33, della L.190/2012, s.m.i. e dall'art. 43, comma 3, del D.Lgs 33/2013 e smi e della disciplina contenuta nella delibera n. 1310/2016 Anac (annunciata dal PNA 2013, Allegato 1, lett.C), sono responsabili delle pubblicazioni del proprio "settore".

I Dirigenti relazionano al RPCT l'assolvimento degli obblighi previsti dalla normativa vigente e dalla presente Sezione in materia di Anticorruzione e Trasparenza.

Gli stessi, infatti, ogni semestre trasmettono al RPCT apposita relazione, su modello predisposto, attestante l'assolvimento delle misure generali e specifiche previste dalla Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza, fornendo altresì specifici spunti al RPCT nell'apposito campo destinato alle c.d. "note aggiuntive".

La relazione viene redatta in attuazione dei principi di cui al DPR n.445/2000. In base ai contenuti delle relazioni, il RPCT si riserva controlli a campione in libertà ed autonomia.

Essi, dunque, collaborano con il RPCT, in ossequio ai principi recati all'art. 8 del DPR 62/2013, provvedendo, in modo particolare:

- a) ***ad individuare, nell'ambito delle rispettive strutture, le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione;***
- b) ***a prevedere meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire rischi di corruzione, segnalando, all'uopo, al RPCT i dipendenti da avviare alla formazione.***



- c) ***a monitorare il rispetto dei tempi previsti da leggi e regolamenti per la conclusione dei procedimenti, in ossequio a quanto previsto dall'art. 2 della Legge n. 241/1990 e smi.***
- d) ***a verificare l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità e proponendo modifiche, ove necessarie, attraverso specifiche indicazioni da formulare con le relazioni infrannuali, di competenza esclusiva del Dirigente.***
- e) ***ad assicurare l'esatta osservanza delle prescrizioni in materia di Trasparenza dell'attività amministrativa.***

Tutti i dirigenti nelle aree di rispettiva competenza svolgono attività informativa nei confronti del RPCT; propongono le misure di prevenzione della corruzione, assicurando l'osservanza del Codice di comportamento, avviano procedimenti disciplinari, assicurano l'acquisizione delle dichiarazioni di astensione per conflitto di interessi, osservano le misure contenute nella presente Sezione.

Ai sensi della normativa vigente, i Dirigenti sono Responsabili per l'omissione totale o parziale o per ritardi nelle pubblicazioni delle informazioni di cui all'art. 1, comma 31, legge n. 190/2012 e smi.

Eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti sugli strumenti informatici sono sanzionati a carico dei responsabili del servizio.

Art. 2.5

O.I.V.

Con delibera ASL BT N. 2532/2020 è stata disposta la costituzione dell'O.I.V., organo collegiale preposto a:

- ***partecipare al processo di gestione del rischio; considerare i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;***
- ***svolgere compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 d.lgs. n. 33 del 2013);***
- ***rendere apposita attestazione in ordine all'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza;***
- ***esprimere parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'amministrazione (art. 54, comma 5, d.lgs. n. 165 del 2001).***

Art. 2.6

Istituzione dell'Ufficio Controllo Strategico e del Servizio Ispettivo Aziendale (SIA)

Al fine di rafforzare l'attività di pianificazione, verifica e controllo dei processi amministrativi, preme evidenziare che a partire dal 01/01/2021, ha preso vita l'Ufficio Controllo Strategico, la cui attività è

disciplinata dall'art. 6, co. 1 del D.Lgs. n. 286/1999 e s.m.i. che, testualmente recita: "L'attività di valutazione e controllo strategico mira a verificare, in funzione dell'esercizio dei poteri di indirizzo da parte dei competenti organi, l'effettiva attuazione delle scelte contenute nelle direttive ed altri atti di indirizzo politico. L'attività stessa consiste nell'analisi, preventiva e successiva, della congruenza e/o degli eventuali scostamenti tra le missioni affidate dalle norme, gli obiettivi operativi prescelti, le scelte operative effettuate e le risorse umane, finanziarie e materiali assegnate, nonché nella identificazione degli eventuali fattori ostativi, delle eventuali responsabilità per la mancata o parziale attuazione, dei possibili rimedi".

La ASL BT ha attivato, pertanto, un processo strategico di prevenzione – contrasto della corruzione, provvedendo, altresì, a dare attuazione alla disposizione di cui all'art. 12.B.4 del Piano Anticorruzione 2021/2023 che prevedeva la nomina del Gestore Antiriciclaggio e dei soggetti delegati del gestore (delibere ASL BT 573/2021 e 1380/2021).

La ASL BT ha istituito, altresì, anche alla luce del Regolamento Regionale n. 16/2017, con il quale la Regione Puglia ha disciplinato l'attività ispettiva sanitaria, il Servizio Ispettivo Aziendale (deliberazione n. 1570 del 03/09/2021), allo scopo di assicurare effettività ai controlli e alle verifiche nel rispetto della normativa nazionale in tema di prevenzione della corruzione e tutela dell'integrità nelle pubbliche amministrazioni, tra cui, segnatamente, la l. n. 190/2012, cd. legge anti-corruzione, ed i connessi decreti legislativi n. 33/2013 e s.m.i, cd. decreto trasparenza e n. 39/2013 e s.m.i, quest'ultimo recante disposizioni in materia di incompatibilità ed inconferibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, nonché il D.P.R. 62/2013, avente ad oggetto Codice di comportamento dei dipendenti pubblici.

ART. 2.7

Istituzione del Comitato Unico di Garanzia

La ASL BT, con delibera n. 584/2021 ha istituito il CUG (vedasi anche Deliberazioni n. 1029 del 05/06/2021 e n. 1762 del 15/10/2021) "*Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni*" che sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, tenuto conto degli obblighi delle pubbliche amministrazioni in materia di Pari Opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro ed il trattamento sul lavoro, con compiti propositivi, consultivi e di verifica, contribuendo all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori.

Con delibera/ n.233 del 15/02/2022 sono stati recepiti il "Regolamento aziendale per il funzionamento del Comitato Unico di Garanzia" e il "Piano delle Azioni Positive" per il triennio 2022-2024. Alla stesura di entrambi i documenti hanno concorso tutti i membri del Cug, sia titolari che supplenti, con l'obiettivo

della massima condivisione. La cura del benessere dei lavoratori – anche alla luce del lavoro svolto in oltre due anni di gestione della pandemia da Covid19 – è stata al centro dell’interesse della stessa Direzione strategica che ha sollecitato azioni di analisi e di miglioramento del benessere organizzativo nonché azioni in supporto allo sviluppo di strumenti di comunicazione efficace per migliorare i rapporti interni ed esterni con utenti e pazienti.

Art. 2.8

La Transizione al Digitale

L’Ufficio per la Transizione al Digitale svolge il ruolo di “*punto di contatto*” sia all’interno che all’esterno dell’Amministrazione di appartenenza, relazionandosi e confrontandosi con vari soggetti quali, ad esempio:

- organi di governo coinvolti nell’attuazione dell’Agenda digitale italiana, tra cui l’Agenzia per l’Italia Digitale, in particolare per le attività di attuazione della Strategia per la crescita digitale, del Piano Triennale e della governance dei processi di cooperazione istituzionale;
- l’Ufficio del difensore civico per il digitale relativamente alle segnalazioni di cui sarà destinataria l’amministrazione coinvolta;
- il Data Protection Officer (**DPO**) di riferimento per l’amministrazione, previsto dal GDPR;
- altre pubbliche amministrazioni, società partecipate e concessionari di servizi pubblici, con specifico riguardo all’interoperabilità e all’integrazione di sistemi e servizi;

cittadini, imprese e stakeholder rispetto ai servizi online e agli altri temi di sua competenza

Già a far data dal 2018, questa Azienda si è dotata di un Responsabile per la Transizione al Digitale, giusta Delibera N. 1486 del 08/08/2018.

Art. 2.9

Altre figure di rilievo

- La ASL BT ha individuato, per svolgere le funzioni di R.A.S.A. (Responsabile dell’Anagrafe per la stazione appaltante) e per gli adempimenti propri dell’aggiornamento dell’Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti, il Dott. Roberto Rizzi, Dirigente dell’Area Gestione del Patrimonio (nomina del Direttore Generale prot. gen. n. 17858 del 09/03/2021). Alla luce del Comunicato Anac del 20 dicembre 2017, a lui competono tutte le funzioni previste dall’ art. 33-ter del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221.
- Con nota prot. n. 46431 del 04/07/2019 è stato affidato al dott. Giuseppe Coratella il ruolo di Responsabile unico Liste d’attesa (R.U.L.A.)
- Di particolare interesse appare, inoltre, la nomina del Referente aziendale del PNRR, ossia del Direttore dell’Area Gestione Tecnica, Ing. Carlo Ieva.



ASL BT

PugliaSalute

Art. 2.10

Riorganizzazione aziendale

La ASL BT è stata interessata da una "Nuova Organizzazione Dipartimentale" (Delibera ASL BT n. 930 del 15/07/2022) atteso che l'organizzazione dipartimentale è 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 e la promozione del governo clinico ed assistenziale.

Con la delibera di che trattasi, infatti, è stata approvata la nuova organizzazione aziendale, individuando i dipartimenti, le strutture complesse, le strutture semplici, le strutture semplici a valenza dipartimentale e le unità operative semplici, approvando contestualmente la composizione dei Dipartimenti Aziendali, così come risultanti dall'allegato del ridetto provvedimento amministrativo, tanto nelle more della approvazione del nuovo Atto Aziendale.

Nel territorio dell'ASL sono presenti i presidi ospedalieri di Andria, Barletta e Bisceglie e cinque Distretti Socio-Sanitari.

Il Distretto n. 1 comprende i Comuni di Margherita di Savoia, San Ferdinando di Puglia, Trinitapoli.

Il Distretto n. 2 comprende il Comune di Andria.

Il Distretto n. 3 comprende i Comuni di Canosa di Puglia, Minervino Murge, Spinazzola.

Il Distretto n. 4 comprende il Comune di Barletta.

Il Distretto n. 5 comprende i Comuni di Bisceglie e Trani.

Il Piano di Riordino Ospedaliero approvato dalla Regione Puglia ha previsto per il territorio BT la riconversione in Pta (*Presidio Territoriale di Assistenza*) del presidio ospedaliero di Trani e la riconversione in presidio post-acuzie dello stabilimento ospedaliero di Canosa.

Art.3

Mappatura dei processi, valutazione e trattamento del rischio.

La Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza 2022/2024 prevedeva che la ASL BT avrebbe rivisto la mappatura dei processi nel corso dell'anno 2022, ove l'Azienda fosse stata interessata da un processo di riorganizzazione.

Con delibera n. 930 del 15/07/2022 avente il seguente oggetto "Nuova Organizzazione dipartimentale ASL BT – rettifica deliberazione n. 2710 del 19/12/2016 e successive", la ASL BT ha disposto "1. DI APPROVARE la nuova organizzazione aziendale, di individuare le strutture complesse, le strutture semplici e le strutture semplici a valenza dipartimentale e di approvare la composizione dei Dipartimenti Aziendali, così come risultanti dall'Allegato 1 all'atto deliberativo, del quale costituisce parte integrante e sostanziale, nelle more dell'approvazione del nuovo Atto aziendale; 2. DI DEMANDARE alla U.O.S. Gestione del Personale Dipendente/Relazioni Sindacali tutti gli adempimenti connessi e consequenziali



alla deliberazione; 3. DI DARE ATTO che la deliberazione è coerente con i parametri individuati con la D.G.R. 1603 del 13/09/2018 relativamente al numero massimo di strutture organizzative attribuibili; 4. DI RISERVARSI di modificare l'atto deliberativo con successivo provvedimento, in relazione ad eventuali atti regionali modificativi della rete ospedaliera, nonché a seguito della eventuale ulteriore revisione dei già citati parametri di cui alla D.G.R. 1603/2018; ... omissis ... "Successivamente, con delibera ASL BT n. 1681/2022 veniva rettificata parzialmente la delibera n. 930/2022.

In ragione di quanto innanzi detto si evidenzia che dapprima il PNA 2016, poi dall'Allegato 1 al PNA 2019, il PIAO ed il nuovo PNA 2022, affermano che rileva "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" **e che, così come riportato dal PNA 2022, la mappatura dei processi costituisce una parte fondamentale dell'analisi di contesto interno. Una buona programmazione delle misure di prevenzione della corruzione richiede che si lavori per una mappatura dei processi integrata al fine di far confluire obiettivi di performance, misure di prevenzione della corruzione e programmazione delle risorse umane e finanziarie necessarie per la loro realizzazione. Quanto all'integrazione fra la mappatura per la programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e per la performance, seppure obiettivo da perseguire, essa va, tuttavia, sviluppata in una logica di gradualità e non a discapito della prevenzione della corruzione.**

La mappatura dei processi rileva ai fini del raggiungimento degli obiettivi di performance soprattutto per quelli definiti come strategici dall'Amministrazione sanitaria.

Infatti con strategici si intendono quelli definiti nella sezione "valore pubblico" e che limitatamente all'anticorruzione coinvolgono tutte le aree generali e speciali in ragione del carattere trasversale degli obiettivi definiti.

Come indicato nell'Allegato 1 al PNA 2019, l'aspetto centrale e più importante dell'analisi del contesto interno, è la mappatura dei processi che consiste nell'individuazione e analisi dei processi organizzativi propri di ASL BAT con l'obiettivo di identificare le aree che risultano particolarmente esposte ai rischi corruttivi.

La metodologia qualitativa richiesta dall'ANAC nel PNA 2019 in sostituzione della metodologia quantitativa, consiste, dunque, nell'esaminare tutta l'attività di ASL BAT, in modo da individuare le aree maggiormente esposte al rischio corruzione.

Per giungere ad una descrizione dettagliata dei processi, l'ANAC riporta i passaggi utili:

- **elementi in ingresso che innescano il processo - "input";**
- **risultato atteso del processo - "output";**
- **sequenza di attività che consente di raggiungere l'output - le "attività";**
- **responsabilità connesse alla corretta realizzazione del processo;**



- **tempi di svolgimento del processo e delle sue attività;**
- **criticità del processo.**

Ciò consente di individuare facilmente il rischio corruttivo e programmare in maniera efficace le più adeguate misure di contenimento.

Alla luce di queste indicazioni, si è dato avvio, a partire dal secondo semestre del 2022, all'analisi del rischio con metodo qualitativo, cominciando a sostituire con gradualità alcuni processi precedentemente mappati.

Al fine di svolgere questa analisi, si è provveduto a formare adeguatamente (in maniera graduale e non ancora capillare), tramite sessioni di training on the job da remoto con società esterna, una prima parte del personale, al fine di approfondire il metodo qualitativo richiesto dall'ANAC per la mappatura dei processi. Tali incontri formativi hanno coinvolto il RPCT e le risorse che si trovano direttamente a realizzare ciascun processo.

L'attività è consistita, dunque, nell'effettuare dei colloqui con gli esecutori dei processi, al fine di descrivere in maniera dettagliata:

- **input**
- **output**
- **attività che portano dall'input all'output**
- **responsabili di ogni singola attività**

La descrizione, fatta in questo modo, ha permesso di evidenziare facilmente gli eventi rischiosi, che potrebbero, potenzialmente, esporre l'ente a rischio corruttivo.

Laddove è stato individuato tale rischio, si è provveduto a programmare una adeguata misura specifica di contenimento, che possa essere attuata senza particolari aggravii sull'organizzazione e sulla spesa, così da essere sostenibile ed effettivamente applicabile.

Seguendo lo stesso principio di sostenibilità, per ciascuna misura programmata, sono stati individuati degli indicatori di monitoraggio che consentiranno al RPCT, nel corso del 2023, di monitorare che le misure programmate vengano attuate e valutare il grado di efficienza. I processi così mappati, sono stati riportati in forma tabellare, ritenuta la forma più utile ed intuitiva per rappresentare al meglio il lavoro svolto (Allegato C).

Questo metodo di risk management, ritenuto valido, sarà utilizzato per proseguire, nel corso del 2023, con la mappatura degli altri processi.

- **Valutazione e gestione del rischio -**

L'attività di mappatura dei processi è stata effettuata, come già accennato, coinvolgendo direttamente i responsabili della loro attuazione. Ciò ha permesso di individuare le fonti di rischio, sulla base dell'esperienza di ciascun attore che ne prende parte. Si è, perciò, tenuto conto, nella valutazione del rischio, di eventi corruttivi pregressi, segnalazioni pervenute, grado di discrezionalità dell'operatore e trasparenza del processo. Il colloquio con il diretto

esecutore del processo, ha, perciò, permesso di capire a pieno le difficoltà e le necessità operative per programmare misure utili.

- Monitoraggio -

La gestione del rischio si completa con la successiva azione di monitoraggio, che comporta la valutazione del livello di rischio tenendo conto delle misure di prevenzione introdotte e delle azioni attuate.

Questa fase è finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati e, quindi, alla successiva messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione.

Essa sarà attuata dai medesimi soggetti che partecipano all'intero processo di gestione del rischio, secondo gli indicatori di monitoraggio individuati durante gli incontri di training on the job.

Degli esiti del monitoraggio sulle misure specifiche individuate nelle mappature così svolte, si darà conto nel Piano del 2024.

- I risultati della mappatura -

Il lavoro effettuato di concerto con gli attori dei processi, ha permesso, come anticipato, di elaborare le mappe di rischio, in cui sono state individuate una serie di misure specifiche, che agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi individuati in fase di valutazione del rischio e si caratterizzano, dunque, per l'incidenza su problemi specifici. Tali mappature sono contenute nell'Allegato C.

Art. 4

Misure per prevenire la corruzione

In questo articolo vengono esplicitate le misure necessarie da attuare per prevenire fenomeni corruttivi, distinguendole in:

1. MISURE DI CARATTERE GENERALE
2. MISURE DI CARATTERE SPECIALE

4.1 MISURE DI CARATTERE GENERALE

Il codice di comportamento

Con delibera N. 2335/2021 la ASL BT ha adottato il nuovo codice di comportamento dei dipendenti pubblici. Il Codice è stato redatto tenendo conto della disposizione di cui all'art. 54 del d.lgs n. 165/2001 e smi, nonché secondo le ultime Linee Guida Anac, vedendo la partecipazione e la collaborazione di tutto il personale dipendente e degli *stakeholders*, sino a giungere all'acquisizione del parere obbligatorio dell'OIV.

Al fine di valorizzare la costruzione progressiva del codice, aperta alla più ampia partecipazione, il processo di formazione del documento si è sviluppato in più fasi, la cui successione cronologica è di seguito esplicitata.

Con nota prot.n.52571 del 23/07/2021, infatti, il Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, ha trasmesso la bozza del Codice di Comportamento dei dipendenti e dei dirigenti ASL BT per l'anno 2021, a tutto il personale dipendente invitandolo, nel contempo, a formulare eventuali proposte e/o osservazioni.

In data 26/07/2021, la bozza del Codice di Comportamento è stata inviata alla Presidente del C.U.G. aziendale che non ha fatto pervenire osservazioni; con nota prot n. 58349 del 27/08/2021 il Dirigente Responsabile UOSVD Affari Generali ha sollevato osservazioni, ritenute meritevoli di accoglimento, all'art.2 della bozza del Codice di Comportamento.

Con nota prot.n. 53401 del 28/07/2021, il Direttore dell'UOC Farmacia Territoriale, invece, ha suggerito di modificare il termine temporale indicato nell'art.4, comma 9, della bozza del Codice; anche tale proposta è stata ritenuta meritevole di accoglimento.

In data 22/11/2021 il R.P.C.T. ha pubblicato sul portale istituzionale alla sezione "Amministrazione Trasparente", un avviso aperto alla cittadinanza "al fine di acquisire integrazioni utili prima dell'approvazione del Codice" a cui non è seguita alcuna osservazione da parte degli stakeholders.

Con nota prot.n.81856 del 30/11/2021, lo schema del codice aggiornato, con le proposte di modifica accolte, è stato trasmesso all'O.I.V. per l'espressione del parere obbligatorio per la sua definitiva approvazione.

Con nota prot.n.84160 del 07/12/2021, l'OIV ha espresso all'unanimità il parere favorevole all'adozione del nuovo Codice di Comportamento.

Adottato il Codice di Comportamento con la delibera ASL BT n. 2335/2021, lo stesso, con apposita nota prot. n. 2530/2022 dell'Area Gestione del Personale, è stato notificato a tutto il personale dipendente e pubblicato in AT.

Con delibera n. 9 del 03/01/2023, la ASL BT ha disposto la modifica del Codice di Comportamento aziendale, provvedendo, altresì, alla pubblicazione del documento in AT. La modifica è apparsa necessaria in ragione degli interventi operati dal Legislatore nazionale con il Decreto Legge n.36/2022 recante "Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)" che ha previsto quanto segue: "all'art.4 rubricato "Aggiornamento dei codici di comportamento e formazione in tema di etica pubblica", "all'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, sono apportate le seguenti modificazioni: a) dopo il comma 1 e' inserito, il seguente: «1-bis. Il codice contiene, altresì, una sezione dedicata al corretto utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media da parte dei dipendenti pubblici, anche al fine di tutelare l'immagine della pubblica amministrazione.»; b) al comma 7 e' aggiunto, in fine, il seguente periodo: «Le pubbliche amministrazioni prevedono lo svolgimento di un ciclo formativo la cui durata e intensita' sono proporzionate al grado di responsabilita' e nei limiti delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente, sui temi dell'etica pubblica e sul comportamento etico.». 2. Il codice di comportamento di cui all'articolo 54 del decreto



legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e' aggiornato entro il 31 dicembre 2022 anche al fine di dare attuazione alle disposizioni di cui al comma 1, lettera a)''.

La disciplina del Codice di Comportamento è in fase di revisione da parte del Consiglio dei Ministri che ha predisposto lo schema di decreto del Presidente della Repubblica che introduce modifiche al codice di comportamento dei dipendenti pubblici, adottato in attuazione di quanto previsto dal PNRR 2 al fine di adeguarlo al nuovo contesto socio-lavorativo, allineandolo anche alle esigenze di tutela dell'ambiente, al principio di non discriminazione nei luoghi di lavoro e alla maggiore diffusione di Internet e dei social media.

Il Codice, dunque, nonostante le modifiche apportate, prevede un chiaro richiamo ai seguenti campi:

1. Conflitto di interessi (richiamato nell'obiettivo strategico aziendale del 2023);
2. Correttezza e buon andamento del servizio;
3. Collaborazione attiva dei dipendenti per prevenire fenomeni di corruzione e di mala-administration;
4. Comportamento nei rapporti tra privati;
5. Comportamento nei rapporti con il pubblico.

Nel 2022, pertanto, è stata effettuata l'attività di verifica e controllo della misura del rispetto del Codice di Comportamento dei dipendenti ASL da parte del RPCT, nell'ambito delle due relazioni infra annuali, prodotte dal Direttori/Dirigenti Responsabili di Struttura. **Dall'esame delle dichiarazioni rese dai Direttori/Dirigenti Responsabili di Struttura nell'ambito delle relazioni del primo semestre 2022, è emerso un chiaro richiamo alla conoscenza, da parte degli stessi e di tutto il personale preposto ad ogni singola struttura, dell'esistenza del Codice di Comportamento e dei contenuti dello stesso. Le dichiarazioni sono supportate dal dato fornito al RPCT dal Presidente dell'Ufficio Procedimenti disciplinari che, al fine di consentire la predisposizione della relazione annuale 2022 a cura del Responsabile, ha chiarito che nel 2022 ci sono stati n. 16 procedimenti disciplinari aventi ad oggetto violazioni di carattere comportamentale. Nel 2023, in attesa di nuovi ed eventuali interventi legislativi, richiamati dalla delibera n. 9/2023,** si procederà con la "mappatura" interna dei doveri di comportamento che dovrà necessariamente tenere conto dell'elemento soggettivo, nonché delle misure oggettive, connesse fondamentalmente alla organizzazione aziendale.

Questa mappatura terrà conto degli esiti delle azioni disciplinari elevate nel tempo, al fine di comprendere se le stesse siano la conseguenza di comportamenti estemporanei dei dipendenti o nascondano patologie proprie di reati corruttivi.

Cronoprogramma triennio:

Anno 2023: verifiche a campione da parte del RPCT tenendo conto delle dichiarazioni rese con le due relazioni infrannuali; mappatura dei comportamenti tenuti dai dipendenti, tenuto conto dei dati forniti dall'UPD, dall'Area Gestione del Personale e dalla UOSVD Struttura Burocratico Legale.

Implementazione controlli, anche a campione del RPCT, ed adozione del Codice Etico a cura del RPCT entro il termine del 30 novembre 2023.

Anno 2024: Introduzione di nuove misure di controllo relative al conflitto di interessi

Anno 2025: verifica sulle misure introdotte ed eventuale introduzione di nuove misure di controllo relative al conflitto di interessi-

Rispetto della disciplina sul conflitto di interessi.

La misura del rispetto della disciplina sul conflitto di interessi era già prevista all'art. 5 del PTPCT del 2018, esplicitata meglio da una apposita circolare diramata dal RPCT nello stesso anno a tutti gli uffici, invitando gli estensori delle delibere e/o della determina quali responsabili del procedimento, ad inserire già all'atto della predisposizione del provvedimento la seguente dicitura: *"il sottoscritto responsabile del procedimento dichiara l'insussistenza del conflitto di interessi, allo stato attuale, ai sensi dell'art. 6 bis della legge 241/90 in relazione al citato procedimento e della Misura contenuta nell'art. 5 del Piano triennale della prevenzione della corruzione e trasparenza"*..

La presente misura è sempre stata oggetto di previsione strategica; anche per l'anno 2023 sono previsti controlli sulla disciplina del conflitto di interessi estesi, in ragione della nuova organizzazione dipartimentale, a diverse Strutture (esplicitate nel cronoprogramma) e controlli specifici richiesti dal RPCT.

In ordine al rispetto della disciplina sul conflitto di interessi rileva l'acquisizione delle dichiarazioni dei Dirigenti assunti nell'anno 2022, dei Direttori di Dipartimento (art. 6 del DPR 62/2013), dei Direttori di UOC, UOSVD e UOS, nonché attività di controllo aggiuntiva, da espletarsi entro il 30/07/2023; questo tipo di attività dovrà essere implementata negli anni 2024 e nel 2025 coinvolgendo i Dirigenti titolari di incarichi di natura professionale e di alta specializzazione ed il personale titolare di incarichi di funzione.

L'obiettivo è stato assegnato all'Area Gestione del Personale, deputato anche all'acquisizione delle dichiarazioni di inconferibilità ed incompatibilità all'atto dell'assunzione in servizio e della sottoscrizione del contratto di lavoro del personale.

Cronoprogramma triennio:

Anno 2023: emanazione di una circolare sul conflitto di interessi a cura del RPCT secondo le indicazioni fornite dal PNA 2022 entro il mese di marzo 2023; implementazione della verifica a campione, nella misura del 10% del totale delle clausole di conflitto di interesse nelle gare sopra i 40 mila euro ogni semestre a cura del Direttore dell'Area Gestione del Patrimonio, del Dirigente Responsabile UOSVD Appalti contratti e logistica, del Dirigente Responsabile UOSVD Costruzioni Ristrutturazioni e manutenzioni, del Dirigente Responsabile UOSVD Ingegneria clinica ed HTA, del Dirigente Responsabile UOSVD Gestione amministrativa dei servizi tecnici e PNRR, i quali renderanno in sede di report infra annuale al RPCT.



Acquisizione, da parte del Direttore dell'Area Gestione del Personale, delle dichiarazioni dei Dirigenti assunti nell'anno 2022, dei Direttori di Dipartimento (art. 6 del DPR 62/2013), dei Direttori di UOC e UOSVD e UOS, da espletarsi entro il 30/07/2023; questo tipo di attività dovrà essere implementata negli anni 2024 e nel 2025 coinvolgendo i Dirigenti titolari di incarichi di natura professionale e di alta specializzazione ed il personale titolare di incarichi di funzione.

Anno 2024: Implementazione della verifica a campione, nella misura del 13% del totale delle clausole di conflitto di interesse nelle gare sopra i 40 mila euro ogni semestre a cura **del Direttore dell'Area Gestione del Patrimonio, del Dirigente Responsabile UOSVD Appalti contratti e logistica, del Dirigente Responsabile UOSVD Costruzioni Ristrutturazioni e manutenzioni, del Dirigente Responsabile UOSVD Ingegneria clinica ed HTA, del Dirigente Responsabile UOSVD Gestione amministrativa dei servizi tecnici e PNRR, i quali renderanno in sede di report infra annuale al RPCT.**

Acquisizione, da parte del Direttore dell'Area Gestione del Personale, delle dichiarazioni dei Dirigenti assunti nell'anno 2023, dei Direttori di Dipartimento (art. 6 del DPR 62/2013), dei Direttori di UOC e UOSVD e UOS e Dirigenti titolari di incarichi di natura professionale e di alta specializzazione, da espletarsi entro il 30/07/2024; questo tipo di attività dovrà essere implementata coinvolgendo il personale titolare di incarichi di funzione.

ANNO 2025: Implementazione della verifica a campione, **nella misura del 16% del totale delle clausole di conflitto di interesse nelle gare sopra i 40 mila euro ogni semestre a cura del Direttore dell'Area Gestione del Patrimonio, del Dirigente Responsabile UOSVD Appalti contratti e logistica, del Dirigente Responsabile UOSVD Costruzioni Ristrutturazioni e manutenzioni, del Dirigente Responsabile UOSVD Ingegneria clinica ed HTA, del Dirigente Responsabile UOSVD Gestione amministrativa dei servizi tecnici e PNRR, i quali renderanno in sede di report infra annuale al RPCT.**

Acquisizione, da parte del Direttore dell'Area Gestione del Personale, delle dichiarazioni dei Dirigenti assunti nell'anno **2024**, dei Direttori di Dipartimento (art. 6 del DPR 62/2013), dei Direttori di UOC e UOSVD, UOS, dei **Dirigenti titolari di incarichi di natura professionale e di alta specializzazione e dei titolari di incarichi di funzione**, da espletarsi entro il 30/07/2025.

Rispetto della disciplina relativa all'autorizzazione ai dipendenti a svolgere incarichi esterni.

Con delibera n. 2157/2019 la ASL BT ha adottato il "Regolamento per la disciplina degli incarichi extraistituzionali del personale dipendente".

Con le relazioni infra annuali trasmesse al RPCT, i Dirigenti/Direttori responsabili di Struttura hanno relazionato in ordine alla Misura prevista dalla Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza (ex art. 5.1); dall'esame delle relazioni è emersa una generalizzata conoscenza dell'istituto di cui all'art. 53 del DLGS



N. 15/2001 e smi, nonché la conoscenza dell'esistenza del Regolamento sopraccitato vigente; tanto lo si evince dalle attestazioni rese, che richiamano l'istituto degli incarichi extraistituzionali e la procedura dettagliatamente disciplinata dal regolamento.

In merito alla disciplina di cui all'art. 53 del D.Lgs n. 165/2001 e smi, e tenuto conto che con delibera n. 2335/2021 la ASL BT adottava il Codice di Comportamento dei dipendenti, appare necessario aggiornare il Regolamento aziendale vigente.

Le due relazioni infrannuali trasmesse dai Direttori/Dirigenti Responsabili di Struttura prevedono che con le relazioni si esplicitino dettagliatamente il rispetto della misura riguardante il conferimento dell'incarico e la preliminare verifica, effettuata dai medesimi, in ragione delle disposizioni normative e regolamentari vigenti.

La Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza 2022/2024, tra le misure di intervento, prevedeva l'aggiornamento del regolamento aziendale adottato con delibera n. 2357/2019, nonché l'emanazione di apposita circolare emanata dal RPCT e Direttore Area Gestione del Personale in merito alla corretta applicazione dell'istituto di cui all'art. 53 del D.Lgs n.165/2001 e smi nelle more dell'adozione del nuovo regolamento e relativa rendicontazione in ordine all'applicazione della misura nell'ambito delle due relazioni.

Con nota prot. n. 39856 del 30/05/2022 è stata emanata a tutto il personale della ASL BT la circolare riguardante gli incarichi extraistituzionali ex art. 53 D.Lgs N. 165/2001 e smi, nelle more dell'adozione del nuovo regolamento, da adottarsi entro il 31/01/2023.

Cronoprogramma triennio:

ANNO 2023: aggiornamento del regolamento aziendale adottato con delibera n. 2357/2019 entro il 28/02/2023. Attività di verifica e controllo nella misura del 20% in più rispetto al 2022.

ANNO 2024: implementazione dei controlli, anche con riferimento al nuovo regolamento, nella misura del 30% in più rispetto al 2023.

ANNO 2025: implementazione dei controlli, anche con riferimento al nuovo regolamento, nella misura del 40% in più rispetto al 2024.

Rispetto della disciplina ivi recata in materia di inconfiribilità/incompatibilità.

Nel corso dell'anno 2022, l'Area Gestione del Personale ha acquisito le dichiarazioni di inconfiribilità ed incompatibilità da parte di tutti i Dirigenti della ASL BT (Area Sanità e PTA) titolari di incarico mentre il RPCT ha effettuato, così come previsto dall'art. **5.2 della Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza**, controlli mirati a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese e pubblicate.

Sono state effettuate due verifiche a cadenza quadrimestrale, secondo le indicazioni del Piano.

Entrambe le verifiche, a seguito di specifica attività istruttoria effettuata dal RPCT con la collaborazione dell'Area Gestione del Personale, hanno dato esito negativo ed i relativi verbali sono stati pubblicati in Amministrazione Trasparente. Le risultanze sono state riportate nella Relazione Anac di fine anno

2022.

È intenzione di questa Azienda Sanitaria, in senso continuativo rispetto ai documenti programmatici già esistenti, procedere da una parte all'acquisizione delle dichiarazioni di inconferibilità ed incompatibilità da parte di tutti i Dirigenti (Area Sanità e PTA) e, dall'altra, prevedere controlli mirati a campione sulla veridicità delle dichiarazioni, effettuati dal RPCT, Dott.ssa Raffaella Notarpietro, a cadenza semestrale.

La verifica verrà effettuata in concomitanza con i controlli sugli atti e segnatamente

- a) entro il 30 aprile 2023;
- b) entro il 30 ottobre 2023;

Il RPCT, secondo le modalità previste nell'alveo della Determinazione ANAC n. 833 del 3 agosto 2016, una volta ricevute tutte le dichiarazioni dall'Area Gestione del Personale deputato all'acquisizione dell'attestazione che deve essere allegata al contratto di assunzione del personale dirigenziale, espletterà un controllo a campione su almeno 4 dichiarazioni presentate. Le risultanze saranno oggetto di rendicontazione in sede di Relazione Anac di fine anno 2023. La programmazione degli anni 2024 e 2025 segue la stessa calendarizzazione.

Cronoprogramma triennio:

Anno 2023: Attuazione del regime dei controlli all'atto della trasmissione della dichiarazione.

Anno 2024: Attuazione del regime dei controlli all'atto della trasmissione della dichiarazione.

Anno 2025: Attuazione del regime dei controlli all'atto della trasmissione della dichiarazione.

Formazione delle Commissioni di gara.

Per quanto concerne la misura di che trattasi, allo scopo di garantire la più ampia trasparenza e correttezza dell'azione amministrativa, L'ASL BT ha adottato un Regolamento per la nomina dei componenti della Commissione di gara, in ossequio ai principi recati agli art. 78 e art. 216, comma 12, del Dlgs 50/2016 e s.m.i. e della Linea Guida n. 6/2016.

L'adempimento, che consente di stabilire regole chiare in tema di costituzione della commissione competente evitando la nomina degli stessi componenti, costituiva obiettivo di performance del Dirigente, è stato assolto con l'adozione della deliberazione n.1991 del 2020. La presente disciplina è confermata anche per il triennio 2023-2025.

Cronoprogramma triennio:

Anno 2023: Implementazione del regime dei controlli del **20%** di gare annue espletate, a campione, da effettuarsi ogni 6 mesi, a cura **dell'Area Gestione del Patrimonio, del Dirigente Responsabile UOSVD Appalti contratti e logistica, del Dirigente Responsabile UOSVD Costruzioni Ristrutturazioni e manutenzioni, del Dirigente Responsabile UOSVD Ingegneria clinica ed HTA, del Dirigente Responsabile UOSVD Gestione amministrativa dei servizi tecnici e PNRR, i quali renderanno in sede di report infra annuale al RPCT.**

Anno 2024: Implementazione del regime dei controlli del **25%** di gare annue espletate a campione

da effettuarsi ogni 6 mesi, a cura **dell'Area Gestione del Patrimonio, del Dirigente Responsabile UOSVD Appalti contratti e logistica, del Dirigente Responsabile UOSVD Costruzioni Ristrutturazioni e manutenzioni, del Dirigente Responsabile UOSVD Ingegneria clinica ed HTA, del Dirigente Responsabile UOSVD Gestione amministrativa dei servizi tecnici e PNRR, i quali renderanno in sede di report infra annuale al RPCT.**

Anno 2025: Implementazione del regime dei controlli del **30%** di gare annue espletate a campione da effettuarsi ogni 6 mesi, a cura **dell'Area Gestione del Patrimonio, del Dirigente Responsabile UOSVD Appalti contratti e logistica, del Dirigente Responsabile UOSVD Costruzioni Ristrutturazioni e manutenzioni, del Dirigente Responsabile UOSVD Ingegneria clinica ed HTA, del Dirigente Responsabile UOSVD Gestione amministrativa dei servizi tecnici e PNRR, i quali renderanno in sede di report infra annuale al RPCT.**

Rotazione del personale.

Con delibera ASL BT n.2103/2021, al cui contenuto si rinvia, su proposta dell'Area Gestione del Personale, è stato adottato il "Regolamento recante i criteri per la rotazione dei dipendenti operanti in aree a rischio di corruzione (L. n. 190/2012, art. 1 co 4)"; **con delibera ASL BT n.433/2022 è stato previsto quanto segue: "Regolamento recante i criteri per la rotazione dei dipendenti operanti in aree a rischio di corruzione (L. n. 190/2012, art. 1 co 4). Modifica parziale art.4"**

Il regolamento disciplina le modalità di rotazione del personale, il periodo di formazione ed affiancamento e costituisce strumento non esclusivo per definire i criteri di rotazione del personale essendo rimessa alla competenza del RPCT e del DG la disamina delle condizioni di rotazione, al fine di evitare di confondere la rotazione ai sensi della L.190/2012 e smi con le misure organizzative in materia di riorganizzazione dei servizi.

Il documento è stato approvato al fine di programmare le forme di rotazione obbligatoria, al sussistere di determinate condizioni di legge ed oggetto di precipuo atto di indirizzo da parte dell'organo di indirizzo politico e forme di rotazione straordinaria, che operano ope iudicis

Con la Delibera ASL BT n. 2103/2021 ("Regolamento recante i criteri per la rotazione dei dipendenti operanti in aree a rischio di corruzione (L. n. 190/2012, art. 1 co 4)", sono state scandite le seguenti azioni, con la con la seguente successione cronologica:

- **mappatura delle funzioni e delle professionalità da ruotare tra le UU.OO , con l'indicazione dei c.d. "ruoli infungibili" (Dirigente Avvocato, Ingegnere Clinico, ecc.);**
- **definizione di specifici percorsi di formazione (da definire nel piano formativo aziendale);**
- **attività di affiancamento (affiancamento del responsabile del procedimento amministrativo con altro funzionario);**

Ad ogni buon conto, ai fini della programmazione della rotazione della misura rilevano le seguenti azioni:

- **Programmazione pluriennale (necessità di definire un programma pluriennale);**
- **Gradualità della rotazione (necessità di prevedere in tempi diversi la rotazione, partendo dalle aree maggiormente esposte a rischio corruzione);**
- **Monitoraggio e verifica (necessità di avviare l'interlocuzione tra il personale, dirigenziale e non, il RPCT e la Direzione Aziendale al fine di prevedere meccanismi di verifica sulla effettiva applicazione della misura e le difficoltà riscontrate);**

La rotazione Straordinaria disciplinata dalla Delibera Anac n. 215/2019- dovrà avvenire secondo i seguenti criteri:

- in maniera immediata, nelle ipotesi di: 1) notifica dell'informazione di garanzia, ricevuta e comunicata tempestivamente dal dipendente al proprio dirigente, o dal Dirigente al Direttore di Dipartimento o dal Direttore di Dipartimento al RPCT; 2) notifica del provvedimento di rinvio a giudizio ai sensi dell'art. 429 c.p.p.; 3) notifica di un provvedimento cautelare restrittivo di limitazione della libertà personale indicato nel Libro IV, Tit. I del Codice di procedura penale, ovvero di una sentenza all'esito di un procedimento penale speciale deflattivo di alcune fasi processuali indicati nell'alveo della Parte Seconda, Libro VI, Titolo I,II,III,IV,V del Codice di procedura penale, per le fattispecie di reato previsti nell'alveo del Libro II, Titolo II del codice penale rubricato "Dei delitti contro la Pubblica Amministrazione";
- se la misura della rotazione riguarda un dipendente, procederà il Dirigente dell'Area interessata, d'intesa con il Direttore di Dipartimento sentito il RPCT, con disposizione di servizio;
- se la misura della rotazione riguarda un Dirigente e/o un Direttore di Dipartimento, procederà il RPCT, sentito il Direttore Generale e previa sua Deliberazione, volta a garantire lo spostamento ad altro incarico (salvo applicazione da parte del giudice di misura cautelare e/o interdittiva che ne determina la sospensione ipso iure dall'incarico), laddove sia possibile il collocamento in una area non di rischio corruttivo da effettuarsi al momento della verifica del fatto;

Per i casi dubbi soccorrono gli orientamenti dell'Autorità, da ultimo la Delibera n. 75/2022.

L'Area Gestione del Personale ha effettuato, nel mese di novembre 2022, così come previsto dalla Sezioni Rischi Corruttivi e Trasparenza, la mappatura delle attività e delle funzioni assolte dai dipendenti area di rischio.

Le mappature saranno esaminate da un gruppo di lavoro formato da un rappresentante dell' Area Gestione del Personale, dal RPCT e da un rappresentante della UOSVD Informazione, Comunicazione, Formazione e Polo Universitario.

Cronoprogramma triennio:

Anno 2023: Esame delle mappature e definizione di un programma pluriennale con l'Area Gestione del Personale e la UOSVD Informazione, Comunicazione, Formazione e Polo Universitario;

Anno 2024: Attività di monitoraggio verifica attraverso l'interlocuzione tra il personale, dirigenziale e non, il RPCT, l'Area Gestione del Personale e la UOSVD Informazione, Comunicazione, Formazione e Polo Universitario e la Direzione Aziendale al fine di prevedere meccanismi di verifica sulla effettiva applicazione della misura e le difficoltà riscontrate; eventuale avvio dei processi di formazione ed affiancamento minimo di sei mesi al fine di evitare di creare vuoto amministrativo.

Anno 2025: Avvio del processo di rotazione.

Rispetto della disciplina in materia di tutela del Whistleblowing.

Con l'avvento della L.179/2017, entrata in vigore il 29 dicembre 2017, il legislatore ha posto attenzione all'istituto del "whistleblowing" di origine anglosassone, istituto deputato all'emersione di fatti di reato interni alla Pubblica amministrazione. Per garantire maggiore tutela del segnalante, è stata rivista la disciplina per chi segnala fatti di reato ed è stato ulteriormente inasprito il comportamento omissivo dell'RPCT deputato all'attivazione delle azioni a tutela del segnalante anonimo, la cui disciplina di legge è riportata all'art.54 bis del D.Lgs n. 165/2001. Allo scopo di adeguare il sistema interno alla nuova disciplina, con nota prot. n. 3642 del 17/01/2018 è stato chiesto al Direttore Controllo di Gestione e Sistemi Informativi di istituire un sistema che preveda una totale criptazione dei dati (PGP) ovvero un'elaborazione algoritmica a seguito della quale il contenuto di un file diviene illeggibile, relativo sia al segnalante che al fatto oggetto di segnalazione di modo che solamente il Responsabile della prevenzione della corruzione o gli organi inquirenti della Magistratura possano decriptare le informazioni.

Nel corso dell'anno 2020 è stata attivata la piattaforma whistleblowing, avvalendosi della piattaforma gratuita di Transparency international, al fine di dare maggiore impulso alla tutela del segnalatore **anonimo***, nell'attesa che venga recepita dall'Italia la Direttiva europea approvata il 7 ottobre 2019 e vengano adottate le nuove Linee guida Anac, in sostituzione della Determinazione n. 6/2015.

La piattaforma è liberamente accessibile cliccando il seguente flag <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-barletta-andria-trani/whistleblowingpa>

La piattaforma è stata resa nota dal RPCT con inoltro di una circolare esplicativa inoltrata a tutte le direzioni il 15 aprile 2020; l'opera di sensibilizzazione è stata espletata attraverso l'emanazione di due note del RPCT del 07/07/2022 e del 04/01/2023 dipendente pubblico che faccia emergere condotte e fatti illeciti.

Secondo quanto disposto dalle linee Guida ANAC n. 469/2021 si deve garantire riservatezza dell'identità del dipendente pubblico che faccia emergere condotte e fatti illeciti. La



piattaforma in uso permette l'invio di segnalazioni anonime, ma la richiamata disposizione, all'art. 54 -bis dispone che essa "non include nel proprio campo di applicazione le segnalazioni anonime e cioè quelle del soggetto che non fornisce le proprie generalità".

Tale protezione opera, quindi, solo nei confronti di soggetti individuabili, riconoscibili e riconducibili alla categoria di dipendenti pubblici.

Inoltre si segnala che la piattaforma in uso non permette la gestione della segnalazione, bensì esclusivamente l'invio e la ricezione della stessa. La gestione dovrà essere eseguita con canali diversi, al di fuori del software stesso e, quindi, non tracciati.

Cronoprogramma triennio

Anno 2023: sensibilizzazione all'utilizzo della piattaforma whistleblowing con avvio di una campagna ad hoc da parte del RPCT, da effettuarsi ogni semestre.

Anno 2024: implementazione della campagna di cui sopra, a cura del RPCT, ogni quadrimestre e rassegna studio di fine anno.

Anno 2025: Conferma della campagna di sensibilizzazione avviata negli anni addietro ogni trimestre a cura del RPCT.

Formazione del personale dipendente distinto in basic ed advanced

Per quanto riguarda la formazione del personale della ASL BT, l'obiettivo strategico per l'anno 2023, assegnato alla **UOSVD Informazione, Comunicazione, Formazione e Polo Universitario**, costituisce una misura indispensabile ai fini della prevenzione della corruzione. Per questo motivo l'obiettivo strategico è stato nel tempo oggetto di incremento in ragione della sua obbligatorietà e la formazione rivolta a tutti i dipendenti dell'Ente.

Nel corso dell'anno si è provveduto a formare adeguatamente, tramite sessioni di training on the job da remoto con società esterna, il personale e il RPCT, al fine di approfondire il nuovo metodo qualitativo richiesto dall'ANAC per la mappatura dei processi, attraverso apposite esercitazioni, tramite interviste; l'attività può essere qualificata come "training on the job" sull'anticorruzione.

Cronoprogramma triennio

Anno 2023 – formazione del 40% del personale; la misura è implementata rispetto alla percentuale prevista per l'anno 2022 (ossia il 30%);

Anno 2024 – attività di verifica dell'effettivo espletamento dell'attività formativa programmata ovvero conclusione del processo formativo; eventuale avvio dell'attività formativa del personale in servizio alla data del 31/12/2022;

Anno 2025 - avvio di processi formativi del personale nella misura del 30%, anche in ragione di eventuali interventi normativi in materia di anticorruzione e trasparenza.

Informatizzazione e digitalizzazione dei processi

In merito alla informatizzazione e digitalizzazione dei processi, già con nota prot.n. 72348 del 01.12.2017, la Direzione Strategica, a seguito di espressa richiesta del RPCT, ha formalizzato tra gli altri obiettivi strategici *"la implementazione della informatizzazione e digitalizzazione, anche ai fini della maggiore trasparenza e rispetto dei tempi del procedimento ai sensi dell'art 1 comma 28 della L.190/2012, secondo una previsione di massima annua accertabile in concreto, in procedimenti allo stato non ancora mappati, per ridefinire il procedimento digitale"*; successivamente il RPCT con nota prot.gen.n.72350 dell'1.12.2017 ha richiesto al Direttore Controllo di Gestione e Servizi informativi, di relazionare sul livello di informatizzazione dei processi attuati nei rispettivi settori, tenuto conto anche delle risorse finanziarie necessarie e disponibili, al fine di avviare una progressiva introduzione/estensione dei processi da mappare.

La ASL BT, pertanto, ha posto particolare attenzione alla misura in questione, fornendo, negli ultimi due anni, attraverso i Sistemi Informativi, supporto all'aggiornamento del *Manuale di Gestione del Protocollo Informatico* (approvato con Delibera N. 41 del 15/01/2020), quale attività propedeutica al successivo dispiegamento del nuovo sistema software di protocollo informatico.

Quest'ultimo ha razionalizzato il flusso documentale consentendo la corretta registrazione del numero di protocollo, l'assegnazione, la classificazione, la fascicolazione, il reperimento e la conservazione dei documenti informatici. Il Sistema è perfettamente allineato alle *Linee guida per l'adozione del protocollo informatico e per il trattamento informatico dei procedimenti amministrativi*, approvate con Decreto del 14/10/2003.

Tale sistema informativo è fondamentale per implementare gli strumenti che favoriscono un effettivo esercizio del diritto di accesso allo stato dei procedimenti ed ai relativi documenti da parte dei soggetti interessati (cittadini ed imprese) al fine di migliorare la trasparenza dell'azione amministrativa.

Un ulteriore processo sul quale ci si è concentrati è quello di gestione degli atti amministrativi, quali Delibere e Determine Dirigenziali. Anche in questo caso la norma prescrive che *'le pubbliche amministrazioni gestiscono i procedimenti amministrativi utilizzando le tecnologie dell'informazione e della comunicazione'* (art. 41, comma 1, D. Lgs. N.82/2005, c.d. **CAD**).

Ciò premesso, si è adottato un sistema informativo per la gestione informatizzata delle deliberazioni e determinazioni dirigenziali, denominato *Praxi*.

Tali sistema dematerializza completamente il processo nelle sue fasi di formazione, acquisizione, sottoscrizione, pubblicazione e conservazione dell'atto. Durante la fase di formazione incrementale dell'atto ogni operazione viene tracciata ed è riconducibile all'utente che interviene in quella specifica fase. Non solo: l'atto viene sottoscritto con firma digitale, strumento imprescindibile per i processi di digitalizzazione e gestione dei documenti informatici, di corretta registrazione dei processi e accountability.

Infine, il processo di numerazione dell'atto e contestuale pubblicazione all'albo pretorio avviene in maniera automatica, fornendo garanzia di autenticità del documento pubblicato, conformità

all'originale (informatico), inalterabilità e possibilità di conservazione, a norma di legge, del documento nel tempo che ne preservi la validità giuridica e probatoria.

Cronoprogramma triennio:

Anno 2023: Ricognizione a cura del Dirigente dei Servizi informatici dei procedimenti da digitalizzare e comunicazione al RPCT entro **il 30 novembre 2023**.

Anno 2024 Avvio delle attività di formazione del personale per la comprensione dei procedimenti digitalizzati. Collazione ed invio dei dati all'Anac (file xml) entro il 31 gennaio di ogni anno ai sensi dell'art. 1, comma 32, della L.190/2012 e smi.

Anno 2025: Ultimazione eventuale dei procedimenti esistenti entro il 30 maggio 2024. Collazione ed invio dei dati all'Anac (file xml) entro il 31 gennaio di ogni anno ai sensi dell'art. 1 comma 32 della L.190/2012.

Istituzione del Registro informatico dell'accesso civico e dell'accesso al portale web.

La Asl Bt ha adottato con deliberazione n. 1588 del 13.09.2018 il Regolamento di accesso civico ed accesso civico generalizzato al fine di dare attuazione alla disciplina contenuta tanto nella Delibera n. 1309/2016 Anac quanto del D.Lgs 97/2016, allo scopo di supplire alla decorrenza del termine transitorio.

Agli inizi dell'anno 2021, il RPCT ha avuto cura di avviare una interlocuzione con i Direttori di Dipartimento ed i Dirigenti allo scopo di implementare i dati nel Registro dell'accesso civico almeno della ultima annualità; infatti, nell'anno 2021 è stato pubblicato il Registro dell'accesso civico e dell'accesso civico generalizzato, seguendo le indicazioni previste dal Piano 2021/2023 (art. 12.A.10), avendo cura di precisare i seguenti dati:

Tipo di Accesso (se civico o civico generalizzato)

Data della richiesta

Numero di protocollo generale

Stato della pratica (evaso o rigettato in quest'ultimo caso indicare i motivi del rigetto)

Oggetto della richiesta.

I dati sopra elencati sono riportati, generalmente, dai Dirigenti/Direttori Responsabili di Struttura nelle relazioni infra annuali.

Ad ogni buon conto si tiene ad evidenziare che i medesimi, ogni 4 mesi, trasmettono al RPCT i dati afferenti il monitoraggio relativo agli adempimenti connessi alla implementazione del Registro.

L'implementazione è costante.

Cronoprogramma triennio:

Anno 2023: Implementazione campagna di sensibilizzazione dell'istituto attraverso circolari

dell'RPCT. A tal proposito verrà richiesto ai Dirigenti quali dati ulteriori pubblicare in Amministrazione trasparente, al fine di attuare i contenuti di cui alla Circolare n.1/2019. Trasmissione dati da parte dei Dirigenti al RPCT ogni 4 mesi.

Anno 2024: Monitoraggio sull'attuazione del Foia. Conferma trasmissione dati al RPCT ogni 4 mesi.

Anno 2025: Previsione di sistemi informatici per agevolare l'acquisizione di informazioni da parte del cittadino evitando il ricorso all'accesso civico generalizzato. Conferma trasmissione dati al RPCT ogni 4 mesi.

Il Pantouflage

Il legislatore nazionale ha introdotto il comma 16-ter dell'art. 53 del d.lgs. n. 165/2001 che si applica ai casi di passaggio dal settore pubblico al privato a seguito della cessazione del servizio. La norma dispone nello specifico il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. In caso di violazione del divieto sono previste specifiche conseguenze sanzionatorie che hanno effetti sul contratto di lavoro e sull'attività dei soggetti privati. I contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono, infatti, nulli e i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con la pubblica amministrazione per i successivi tre anni e hanno l'obbligo di restituire i compensi eventualmente percepiti e accertati, riferiti a detti contratti o incarichi.

Il PNA 2022 prevede una apposita sezione dedicata al Pantouflage, ponendo particolare attenzione all'attività di verifica che ricade in capo al RPCT nella fase delle verifiche.

Al fine di ottemperare, pertanto, alle indicazioni fornite dal Piano, è prevista l'acquisizione di apposita dichiarazione, da parte del dipendente, all'atto della cessazione del rapporto di lavoro, di prendere atto dell'istituto del pantouflage e di assumere l'impegno di rispettare il divieto previsto dal legislatore col ridetto istituto. Al fine di assicurare il rispetto dell'istituto del pantouflage, appare necessaria, altresì, l'acquisizione da parte dell'operatore economico concorrente di dichiarare di non aver stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi ad ex dipendenti pubblici in violazione del divieto, per quanto di conoscenza. Le strutture interessate a tale misura sono: all'Area Gestione del Personale / Area Gestione del Patrimonio/area Gestione Tecnica / UOSVD Appalti contratti e logistica / UOSVD Costruzioni Ristrutturazioni e manutenzioni / UOSVD Ingegneria clinica ed HTA / UOSVD Gestione amministrativa dei servizi tecnici e PNRR / UOSVD Information and Communication Technologies.

Cronoprogramma triennio:

Anno 2023: *trasmissione, entro il mese di novembre, di apposito elenco dei "dichiaranti" al RPCT al fine di consentire al Responsabile di effettuare l'attività di verifica nella misura del 2% per l'anno 2023;*

Anno 2024: *trasmissione, entro il mese di novembre, di apposito elenco dei "dichiaranti" al RPCT al fine di consentire al Responsabile di effettuare l'attività di verifica nella misura del 3% per l'anno 2024;*

Anno 2025: *trasmissione, entro il mese di novembre, di apposito elenco dei "dichiaranti" al RPCT al fine di consentire al Responsabile di effettuare l'attività di verifica nella misura del 4% per l'anno 2025.*

Art. 4.2

MISURE DI CARATTERE SPECIALE

Pubblicazione del piano ed apertura all'esterno, agli stakeholders

In data 05/01/2023, con scadenza 10 gennaio 2023, è stata aperta ad una fase di consultazione per gli stakeholders in vista della approvazione della Sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del Piano 2022-2024 ed ai sensi della Legge n. 190/2012 s.m.i., in virtù del PNA approvato con Deliberazione n. 1064/2019 dall'Anac, quale azione necessaria per prevenire fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri di diligenza e lealtà a servizio dell'interesse pubblico attraverso la più ampia trasparenza ed accessibilità del cittadino alle attività amministrative.

Finalità della consultazione pubblica sul Piano, pubblicata nella Sezione Amministrazione Trasparente/ Altri Contenuti /Corruzione è stata quella di raccogliere i contributi e i suggerimenti di tutti i cittadini che intendano presentare le loro pregevoli osservazioni.

L'obiettivo della consultazione pubblica è quello di consentire, infatti, la libera e volontaria partecipazione attiva di tutti i portatori di interesse delle attività e dei servizi resi, tanto per le attività in corso quanto per quelle che si svilupperanno in prosieguo. Alla data del 10 gennaio 2023 non è pervenuta alcuna osservazione.

La sezione, snellita nei contenuti, si uniforma agli orientamenti contenuti nei lavori del Consiglio dell'Autorità del 2 febbraio 2022.

Cronoprogramma triennio

Anno 2023: Avvio delle attività di partecipazione alle misure della Sezione Rischi corruttivi e trasparenza attraverso l'organizzazione di tavoli tecnici all'uopo costituiti anche in modalità webinar.

Anno 2024: Implementazione delle attività di partecipazione alle misure del Piano attraverso l'organizzazione di tavoli tecnici all'uopo costituiti anche in modalità webinar.

Anno 2025: Implementazione delle attività di partecipazione alle misure del Piano attraverso l'organizzazione di tavoli tecnici all'uopo costituiti, che tengano degli esiti dei tavoli convocati nel 2024,

anche in modalità webinar.

Trasparenza: rinvio alla sezione dedicata

Per quanto attiene alla trasparenza, si fa rinvio ai contenuti della trasparenza nell'apposita sezione dedicata. In questa sede viene invece stabilita la programmazione temporale delle verifiche ovvero:

Anno 2023: Controllo a campione aggiuntivo su almeno **5** Sezioni dell'Amministrazione Trasparente entro **ottobre 2023** a cura del RPCT. Pubblicazione verbali in AT.

Anno 2024: Controllo a campione aggiuntivo su almeno **5** Sezioni dell'Amministrazione Trasparente entro **ottobre 2024** a cura del RPCT. Pubblicazione verbale in AT.

Anno 2025: Controllo a campione aggiuntivo su almeno **5** Sezioni dell'Amministrazione Trasparente entro **ottobre 2025** a cura del RPCT. Pubblicazione verbale in AT.

Monitoraggio e controllo dell'attuazione del PTPCT da parte dell'RPCT con verifiche mirate ed a campione. Esecuzione obiettivo strategico.

Tra le misure di carattere speciale che questa Azienda ha istituito a regime, anche al fine di implementare i controlli richiesti dal PNA 2022, vi è l'attività di verifica, monitoraggio e controllo dell'attuazione del PTPCT all'interno dell'Ente da parte del RPCT.

Il RPCT ha, pertanto, effettuato le verifiche previste dall'art. 5.2 redigendo, per ciascuna verifica trimestrale, apposito verbale opportunamente inviato alla Direzione Strategica Aziendale e all'OIV; alla trasmissione del verbale sono seguite, altresì, apposite comunicazioni ovvero raccomandazioni alle strutture interessate.

Pertanto, anche nell'anno 2023, il RPCT effettuerà delle verifiche a cadenza trimestrale e segnatamente sugli atti adottati nel 2023 seguendo il calendario sotto riportato:

- a) Atti adottati entro il 30 marzo 2023
- b) Atti adottati entro il 30 giugno 2023;
- c) Atti adottati entro il 30 settembre 2023.
- d) Atti adottati entro il 30 dicembre 2023.

Le verifiche, da espletarsi entro i successivi trenta giorni ad eccezione della quarta sessione che potrà essere espletata entro i successivi sessanta giorni in virtù della concomitante scadenza dell'adozione del Piano anticorruzione e della relativa Relazione annuale del RPCT, si concentreranno sull'attuazione delle misure di carattere generale all'interno dell'Ente e riguarderanno le Delibere del Direttore Generale, le Determine dirigenziali, i bandi di gara e di concorso ed avvisi pubblici, nella misura di X% di tutti gli atti adottati dall'Azienda su base trimestrale, sorteggiati a campione.

Le verifiche si concluderanno con la redazione di un verbale e le eventuali violazioni, salvo i casi più gravi, verranno segnalate ai Dirigenti competenti allo scopo di adottare tutte le misure necessarie per sanare eventuali vizi, salve le ipotesi più gravi nelle quali verrà richiesto l'annullamento in autotutela.

Cronoprogramma triennio:

Anno 2023: Attività di verifica, monitoraggio e controllo delle Deliberazioni e Determinazioni dirigenziali, dei bandi di gara e di concorso ed avvisi pubblici, nella misura **del 9% degli atti per l'anno 2023;**

Anno 2024: Attività di verifica, monitoraggio e controllo delle Deliberazioni e Determinazioni dirigenziali, dei bandi di gara e di concorso ed avvisi pubblici, tenendo nella misura del **10% degli atti per l'anno 2024;**

Anno 2025: Attività di verifica, monitoraggio e controllo delle Deliberazioni e Determinazioni dirigenziali, dei bandi di gara e di concorso ed avvisi pubblici, nella misura del **11% degli atti per l'anno 2025;**

I controlli, innovativi rispetto alle altre Aziende sanitarie, hanno consentito di migliorare la qualità degli atti, ridurre i tempi di pagamento delle fatture, agevolare il ricorso alle procedure semplificate nelle gare, tutelare la privacy laddove richiesta, consentire la rotazione dei Rup, eliminare alcune fasi ritenute troppo onerose per il procedimento.

Per questo motivo che nel 2022 e negli anni successivi la Direzione generale ha incrementato la percentuale dei controlli degli atti a scalare nel tempo.

Art. 5

Gestore antiriciclaggio

Il PNA 2016, approvato con Determinazione dell'Anac n. 833 del 3 agosto 2016, al par. 5.2 rubricato "Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza" già stabiliva che in linea con quanto disposto dal decreto del Ministero dell'interno del 25 settembre 2015 recante "Determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione di operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della pubblica amministrazione» (art. 6 co. 5 il quale prevede che nelle amministrazioni indicate all'art. 1 lett. h) del decreto) la persona individuata come "gestore" delle segnalazioni di operazioni sospette può coincidere con il Responsabile della prevenzione della corruzione, in una logica di continuità esistente fra i presidi anticorruzione e antiriciclaggio e l'utilità delle misure di prevenzione del riciclaggio a fini di contrasto della corruzione. Le amministrazioni possono quindi valutare e decidere, motivando congruamente, se affidare l'incarico di "gestore" al RPCT oppure ad altri soggetti già eventualmente provvisti di idonee competenze e risorse organizzative garantendo, in tale ipotesi, meccanismi di coordinamento tra RPCT e soggetto "gestore".

Con Delibera n. 573 del 21 aprile 2021 l'Asl Bat ha nominato il Gestore antiriciclaggio nella persona del Dott. Damiano Racioppi, Dirigente Amministrativo dell'Ufficio Controllo Strategico, fissando la durata dell'incarico fino al 31.12.2023. Conseguentemente, con Delibera del Commissario straordinario n. 1380 del 9 agosto 2021 il Gestore ha proceduto a nominare i delegati deputati a segnalare al Gestore le operazioni anomale nelle persone del: Direttore Area Gestione del Patrimonio; Direttore Area Gestione Tecnica; Direttore Amministrativo Unico PP.OO.; Direttore Dipartimento



Farmaceutico; Direttore Dipartimento Distretti; Dirigente U.O.S.V.D. Strutture Territoriali per Dipartimento Prevenzione; Dirigente U.O.S.V.D. Strutture Territoriali per Dipartimento di Salute Mentale; Dirigente U.O.S.V.D. Strutture Territoriali per Servizio di Riabilitazione; Dirigente U.O.S.V.D. Strutture Territoriali per Servizio Dipendenze Patologiche; Direttore Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.) per REMS Spinazzola; Direttore Area Gestione del Personale; Direttore Area Gestione Risorse Finanziarie; Direttore U.O.C. Controllo di Gestione; Dirigente Responsabile S.B.L.

Con delibera ASL BT N. 1154/2022 è stato adottato il "Regolamento delle procedure di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo", pubblicato in AT ed opportunamente notificato a tutto il personale.

Nel mese di novembre 2022, invece, sarebbe dovuta partire la mappatura dei processi afferenti le misure antiriciclaggio; questa attività è stata procrastinata all'esito della conclusione dell'attività della nuova mappatura dei processi necessaria in ragione della nuova organizzazione dipartimentale atteso che, analogamente a quanto fatto con il Piano Anticorruzione, appare necessario individuare i processi amministrativi maggiormente esposti ad operazioni sospette di riciclaggio e finanziamento del terrorismo, per le quali il punto di partenza è rappresentato dalla individuazione dei procedimenti amministrativi tanto, anche in considerazione del fatto che il PNA 2022 prevede una sezione speciale dedicata al PNRR e ai contatti pubblici.

Cronoprogramma triennio

ANNO 2023: avvio della nuova mappatura dei processi afferenti le misure antiriciclaggio entro il mese di maggio 2023; eventuale revisione del regolamento attuativo, all'esito della mappatura, da effettuarsi entro il 30 ottobre 2023.

ANNO 2024: Verifica delle misure antiriciclaggio con quelle anticorruzione in attuazione degli obiettivi strategici ed integrazione delle misure previste dal piano anticorruzione.

ANNO 2025: Incremento delle misure antiriciclaggio con quelle anticorruzione in attuazione degli obiettivi strategici ed integrazione delle misure previste dal piano anticorruzione.

Art. 6

Disciplina delle società partecipate

L'ASL BT detiene la Società Sanità Service Bt, interamente partecipata dall'Azienda Sanitaria, cui è preposto l'Amministratore Unico, ***Dott.ssa Annachiara Rossiello*** nominata con Delibera della Direttrice Generale n. 1838/2022, ***per la durata di 3 (tre) esercizi***. Il 18 ottobre 2021, con apposito provvedimento pubblicato in AT, è stato nominato il RPCT; successivamente è stato nominato il RUP preposto all'espletamento di procedure di gara.

Nell'anno 2021, con due distinte note, il RPCT ha avviato una verifica sull'attuazione della normativa anticorruzione, ancora oggi prive di riscontro.

Nell'anno in corso verrà chiesto al RPCT di conoscere lo stato dell'arte in ordine alle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza intraprese dalla ridetta società partecipata.

Per l'anno 2023 ed a scalare negli anni successivi, il RPCT della ASL BT si riserva di decidere modalità alternative di verifica degli adempimenti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Art. 7

Collegamento Sezione Performance e Sezione rischi corruttivi e trasparenza.

All'atto della definizione degli obiettivi strategici da parte della Direzione Generale, quale organo di indirizzo politico ai sensi dell'art. 1, comma 8 della L.190/2012 smi, è di diritto stabilito che gli obiettivi confluiscono all'interno della Sezione Valore pubblico¹ e declinati poi all'interno della Sezione performance, allo scopo di creare un unico filo conduttore tra la sezione strategica e quella operativa, oggetto di successiva valutazione da parte dell'OIV in attuazione della novella legislativa contenuta nell'art.1, comma 8 bis, della L.190/2012 smi. La presente Sezione infatti, la cui attuazione sarà oggetto di valutazione della performance individuale dei Dirigenti da parte dell'OIV, reca, altresì, obiettivi specifici per ciascun Direttore / Dirigente Responsabile quali misure ulteriori in materia di prevenzione della corruzione, quali per esempio la relazione infrannuale che coinvolge tutte le direzioni, le pubblicazioni obbligatorie in materia di trasparenza, il rispetto generalizzato delle Misure anticorruzione, che si pongono in linea di continuità con il recente passato.

A tal proposito, infatti, è stato approntato un attento lavoro con la UOC Controllo di Gestione per creare le condizioni della eterointegrazione dei documenti programmatici tra di loro allo scopo di realizzare una mission comune.

Art. 8

I meccanismi di attuazione e controllo delle decisioni, idonei a prevenire il rischio di corruzione

La pubblicazione dei provvedimenti amministrativi assunti nel sito istituzionale dell'Azienda Sanitaria Locale Barletta – Andria – Trani costituisce il mezzo fondamentale per il controllo, da parte del cittadino e/o utente, delle decisioni nelle materie a rischio di corruzione descritte dal presente Piano. Ogni provvedimento reca la indicazione del responsabile del procedimento, del dirigente proponente e del direttore della struttura. Tutti i soggetti interessati al procedimento, all'atto dello svolgimento della istruttoria, attestano l'assenza di conflitto di interessi.

La sezione di secondo livello Atti Generali, prevede, per semplificare l'accesso degli utenti, due ulteriori sottosezioni, dedicate a regolamenti e delibere, dedicate agli atti generali della ASL BT.

Ogni Dirigente è individuato responsabile degli adempimenti di propria esclusiva competenza, nel rispetto delle prescrizioni contenute nell'Allegato C della Delibera n. 72/2013 Anac e D.lgs 33/2013

¹ Fare collegamento con la sezione valore pubblico

smi. Sulle pubblicazioni sono ammessi controlli a campione da parte del RPCT, nell'ambito delle attività di monitoraggio da espletarsi in sede di verifica a campione a cadenza trimestrale. I responsabili di struttura devono dotarsi di credenziali per accedere al portale e procedere alla pubblicazione dei propri dati, contemperando esigenze di trasparenza con quelle di protezione dei dati sensibili.

Art. 9

Monitoraggio delle misure anticorruzione

Per quanto riguarda *"il monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure"* anticorruzione già previsto dal PNA 2019, dal PIAO e dal PNA 2022, lo stesso è insito nelle scadenze sopra riportate e rinviene, altresì, dalla ricognizione che effettuerà il RPCT i cui esiti saranno resi noti nell'ambito della Relazione annuale del RPCT. Solo all'esito sarà possibile vedere l'efficacia delle misure e il grado di attuazione.

Art. 10

Gli obblighi di trasparenza

La trasparenza costituisce una misura di fondamentale rilievo per la prevenzione della corruzione. L'attuale quadro normativo è rappresentato dal D.Lgs 33/2013, come modificato dal D.Lgs. n.97/2016, che all' art.10 prevede che il PTPCT contenga in apposita sezione, l'individuazione dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti delle informazioni e dei dati ai sensi dell'art. 33 del ridetto testo normativo.

Con la delibera n. 1310 del 28/12/2016, l'ANAC ha dettato le prime Linee Guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D. Lgs. 33/2013, come modificato dal D.Lgs n. 97/2016.

Sono individuati Referenti della Trasparenza tutti i Direttori/Dirigenti Responsabili di Struttura riportati nella tabella di cui all'allegato B.

La trasparenza dell'attività amministrativa è assicurata mediante la pubblicazione nel sito web dell'Azienda delle informazioni concernenti le attività a più elevato rischio di corruzione:

- a) pubblicazioni di tutte le deliberazioni e determinazioni adottate dall'Azienda;
 - b) pubblicazione dei dati richiesti dall'art. 18 della Legge 07/08/2012, n. 134 e dall'art. 1, comma 32, della Legge 06/11/2012, n. 190;
 - c) pubblicazione del regolamento di attuazione della Legge 07/08/1990, n. 241;
- c.1) L'Azienda dovrà rendere accessibile in ogni momento agli interessati, tramite strumenti di identificazione informatica di cui all'art. 65, comma 1, del Codice di cui al D. Lgs. 7 marzo 2005, n. 82, le informazioni relative ai provvedimenti e ai procedimenti amministrativi che li riguardano, ivi comprese quelle relative allo stato della procedura, ai relativi tempi e allo specifico ufficio competente in ogni singola fase;

- d) pubblicazioni concernenti l'organizzazione dell'Azienda;
- e) pubblicazioni concernenti i componenti degli organi di indirizzo politico;
- f) pubblicazioni concernenti i titolari di incarichi dirigenziali, di collaborazione o consulenza;
- g) pubblicazioni concernenti la dotazione organica e il costo del personale, con i relativi tassi di assenza;
- h) pubblicazione degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascuno dei propri dipendenti;
- i) pubblicazione dei dati relativi alla valutazione delle performance e della distribuzione dei premi;
- j) pubblicazione bandi di concorso e bandi di gara;
- k) pubblicazione dei bilanci e conti consuntivi;
- l) pubblicazione dei costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche e di produzione dei servizi erogati ai cittadini; dette informazioni sui costi sono indicate sulla base dello schema tipo redatto dall'Autorità di Vigilanza sui contratti pubblici di lavori, forniture e servizi (art. 1, comma 15, legge n. 190/2012).

La disciplina integrale è recata nel Programma della Trasparenza, cui si fa rinvio.

Il regime normativo per il trattamento di dati personali da parte dei soggetti pubblici è, quindi, rimasto sostanzialmente inalterato essendo confermato il principio che esso è consentito unicamente se ammesso da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento.

In generale, in relazione alle cautele da adottare per il rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali nell'attività di pubblicazione sui siti istituzionali per finalità di trasparenza e pubblicità dell'azione amministrativa, si rinvia alle più specifiche indicazioni fornite dal Garante per la protezione dei

dati personali e si ricorda inoltre che, in ogni caso, ai sensi della normativa europea, il Responsabile della Protezione dei Dati-RPD svolge specifici compiti, anche di supporto, per tutta l'amministrazione essendo chiamato a informare, fornire consulenza e sorvegliare in relazione al rispetto degli obblighi derivanti della normativa in materia di protezione dei dati personali (art. 39 del RGPD).

In senso innovativo rispetto al passato, in ragione delle criticità riscontrate nel tempo dalle Direzioni ed alla luce della emergenza pandemica che obbliga le strutture a seguire numerosi procedimenti ulteriori rispetto al passato, che finiscono per esautorare gli uffici negli adempimenti, si stabilisce in questa sede, secondo quanto già stabilito a decorrere dal 1 aprile 2021, e comunque per l'intero triennio verranno considerate tempestive le pubblicazioni effettuate entro giorni 20 dalla ultimazione del documento digitale ovvero dell'informazione e/o dato utile per la sua pubblicazione. Suddetta previsione rientra nel più ampio principio di autonomia organizzativa degli Enti.

In senso estensivo si dirà della Trasparenza nella Sezione II del Piano.

Art. 11
Cronoprogramma.
Obiettivo strategico 2023

Il presente Piano costituisce un documento dinamico soggetto ad aggiornamento progressivo.

Il rispetto delle misure previste dal Cronoprogramma rientra tra gli obiettivi strategici 2023 fissati dalla Direzione Strategica.

Si prevede, nel triennio, di sviluppare le attività riportate nelle Misure e secondo la calendarizzazione di seguito riportata, che in quanto tale costituisce presa d'atto da parte dei dipendenti nell'attuazione della disciplina anticorruzione all'interno dell'Ente ovvero:

	ANNO 2023	
31 gennaio 2023	Adozione Piao 2023-2025	DG, Direttori/Dirigenti Responsabili interessati e RPCT
31 gennaio 2023	Trasmissione ad Anac del file xml ai sensi dell'art. 1 comma 32 della L.190/2012	UOSVD Information and Communication Technologies
28 febbraio 2023	Verifica atti 2023 a campione	RPCT
28 febbraio 2023	Adozione nuovo regolamento autorizzazione all'espletamento incarichi esterni	Area Gestione del Personale
30 marzo 2023	Emanazione circolare in materia di conflitto di interessi secondo le indicazioni del PNA 2022	RPCT
30 marzo 2023	Esame delle mappature e definizione di un programma pluriennale	RPCT, Area Gestione del Personale e UOSVD Comunicazione, Informazione, Polo Universitario e Formazione
30 aprile 2023	Verifica inconferibilità ed incompatibilità a campione	RPCT
30 aprile 2023	Verifica atti 2023 a campione	RPCT
30 maggio 2023	Avvio mappatura dei	Gestore Antiriciclaggio e soggetti

	processi afferenti le misure antiriciclaggio	delegati
30 giugno 2023	Relazione infrannuale su bozza tipo	Direttori/Dirigenti Responsabili
30 giugno 2023	Controlli su commissione di gara (20% gare)	Area Gestione del Patrimonio/area Gestione Tecnica / UOSVD Appalti contratti e logistica / UOSVD Costruzioni Ristrutturazioni e manutenzioni / UOSVD Ingegneria clinica ed HTA / UOSVD Gestione amministrativa dei servizi tecnici e PNRR / UOSVD Information and Communication Technologies
30 giugno 2023	Trasmissione dati accesso civico e generalizzato ai Dirigenti ai fini dell'aggiornamento del Registro accesso civico	Direttori/Dirigenti Responsabili
30 giugno 2023	Sensibilizzazione uso piattaforma whistleblowing	RPCT
30 luglio 2023 (facoltativo)	Verifica a campione società partecipate	RPCT
30 luglio 2023	Acquisizione dichiarazione di inconferibilità ed incompatibilità	Direttore Area Gestione del Personale
30 luglio 2023	Avvio attività di formazione personale	Dirigente Responsabile UOSVD Comunicazione, Informazione, Formazione e Polo Universitario
30 luglio 2023	Verifica a campione in materia di conflitto di interessi	RPCT
30 luglio 2023	Verifica atti 2023 a campione	RPCT
30 ottobre 2023	Eventuale revisione del Regolamento attuativo Gestore antiriciclaggio	Gestore Antiriciclaggio e soggetti delegati



30 ottobre 2023	Verifica a campione su 5 Sezioni Amm.ne Trasparente	RPCT
30 ottobre 2023	Verifica inconferibilità ed incompatibilità a campione	RPCT
30 ottobre 2023	Verifica atti 2023 a campione	RPCT
30 ottobre 2023	Relazione afferente mappatura dei comportamenti tenuti dai dipendenti	Direttore Area Gestione del Personale, Dirigente Responsabile SBL, RPCT
30 novembre 2023	Adozione Codice etico	RPCT
30 novembre 2023	Ricognizione procedimenti da digitalizzare	UOSVD Information and Communication Technologies
30 novembre 2023	Istituto "Pantouflage" - trasmissione elenco RPCT	all'Area Gestione del Personale / Area Gestione del Patrimonio/area Gestione Tecnica / UOSVD Appalti contratti e logistica / UOSVD Costruzioni Ristrutturazioni e manutenzioni / UOSVD Ingegneria clinica ed HTA / UOSVD Gestione amministrativa dei servizi tecnici e PNRR / UOSVD Information and Communication Technologies
30 dicembre 2023	Istituto "Pantouflage" - attività di verifica a cura del RPCT	RPCT
30 dicembre 2023	Relazione infrannuale su bozza tipo	Direttori/Dirigenti Responsabili
30 dicembre 2023	Trasmissione dati accesso civico e generalizzato ai Dirigenti ai fini dell'aggiornamento del Registro accesso civico	Direttori/Dirigenti Responsabili
30 dicembre 2023	Sensibilizzazione uso piattaforma whistleblowing	RPCT

	ANNO 2024	
31 gennaio 2024	Adozione Piao 2024-2026	DG, Direttori/Dirigenti Responsabili interessati e RPCT
31 gennaio 2024	Trasmissione ad Anac del file xml ai sensi dell'art. 1 comma 32 della L.190/2012	UOSVD Information and Communication Technologies
28 febbraio 2024	Verifica atti 2024 a campione	RPCT
30 aprile 2024	Verifica inconferibilità ed incompatibilità a campione	RPCT
30 aprile 2024	Verifica atti 2024 a campione	RPCT
30 giugno 2024	Avvio attività di formazione personale	Dirigente Responsabile UOSVD Formazione, Polo universitario, Informazione e Comunicazione
30 giugno 2024	Relazione infrannuale su bozza tipo	Direttori e Dirigenti Responsabili
30 giugno 2024	Controlli su commissione di gara	Area Gestione del Patrimonio/area Gestione Tecnica / UOSVD Appalti contratti e logistica / UOSVD Costruzioni Ristrutturazioni e manutenzioni / UOSVD Ingegneria clinica ed HTA / UOSVD Gestione amministrativa dei servizi tecnici e PNRR / UOSVD Information and Communication Technologies
30 giugno 2024	Trasmissione dati accesso civico e generalizzato ai Dirigenti ai fini dell'aggiornamento del Registro accesso civico	Direttori e Dirigenti Responsabili
30 giugno 2024	Sensibilizzazione uso piattaforma whistleblowing	RPCT
30 luglio 2024 (facoltativo)	Verifica a campione società partecipate	RPCT
30 luglio 2024	Acquisizione dichiarazione	Direttore Area Gestione del



ASL BT

PugliaSalute

	inconferibilità ed incompatibilità	Personale
30 luglio 2024	Verifica a campione in materia di conflitto di interessi	RPCT
30 luglio 2024	Verifica atti 2024 a campione	RPCT
30 ottobre 2024	Verifica a campione su 5 Sezioni Amm.ne Trasparente	RPCT
30 ottobre 2024	Verifica inconferibilità a campione	RPCT
30 ottobre 2024	Verifica atti 2024 a campione	RPCT
1 novembre 2024	Mappatura processi antiriciclaggio	Gestore Antiriciclaggio e soggetti delegati
30 novembre 2024	Consegna lavori monitoraggio risorse umane da sottoporre a rotazione	Direttore Area Gestione del Personale
30 novembre 2024	Ricognizione procedimenti da digitalizzare	UOSVD Information and Communication Technologies
30 novembre 2024	Istituto "Pantouflage" - trasmissione elenco RPCT	all'Area Gestione del Personale / Area Gestione del Patrimonio/area Gestione Tecnica / UOSVD Appalti contratti e logistica / UOSVD Costruzioni Ristrutturazioni e manutenzioni / UOSVD Ingegneria clinica ed HTA / UOSVD Gestione amministrativa dei servizi tecnici e PNRR / UOSVD Information and Communication Technologies
30 dicembre 2024	Istituto "Pantouflage" - attività di verifica a cura del RPCT	RPCT
31 gennaio 2025	Adozione Piao 2025-2027	DG, Direttori/Dirigenti Responsabili interessati e RPCT
31 gennaio 2025	Trasmissione ad Anac del file xml ai sensi dell'art. 1	UOSVD Information and Communication Technologies



	comma 32 della L.190/2012	
28 febbraio 2025	Verifica atti 2025 a campione	RPCT
30 aprile 2025	Verifica inconferibilità ed incompatibilità a campione	RPCT
30 aprile 2025	Verifica atti 2025 a campione	RPCT
30 giugno 2025	Avvio attività di formazione personale	Dirigente Responsabile UOSVD Formazione, Polo universitario, Comunicazione e Informazione
30 giugno 2025	Relazione infrannuale su bozza tipo	Direttori e Dirigenti Responsabili
30 giugno 2025	Controlli su commissione di gara	Area Gestione del Patrimonio/area Gestione Tecnica / UOSVD Appalti contratti e logistica / UOSVD Costruzioni Ristrutturazioni e manutenzioni / UOSVD Ingegneria clinica ed HTA / UOSVD Gestione amministrativa dei servizi tecnici e PNRR / UOSVD Information and Communication Technologies
30 giugno 2025	Trasmissione dati accesso civico e generalizzato ai Dirigenti ai fini dell'aggiornamento del Registro accesso civico	Direttori e Dirigenti Responsabili
30 giugno 2025	Sensibilizzazione uso piattaforma whistleblowing	RPCT
30 luglio 2025 (facoltativo)	Verifica a campione società partecipate	RPCT
30 luglio 2025	Acquisizione dichiarazione inconferibilità ed incompatibilità	Direttore Area Gestione del Personale
30 luglio 2025	Verifica a campione in materia di conflitto di interessi	RPCT
30 luglio 2025	Verifica atti 2025 a campione	RPCT



30 ottobre 2025	Verifica a campione su 5 Sezioni Amm.ne Trasparente	RPCT
30 ottobre 2025	Verifica inconferibilità a campione	RPCT
30 ottobre 2025	Verifica atti 2025 a campione	RPCT
1 novembre 2025	Mappatura processi antiriciclaggio	Gestore Antiriciclaggio e soggetti delegati
30 novembre 2025	Consegna lavori monitoraggio risorse umane da sottoporre a rotazione	Direttore Area Gestione del Personale
30 novembre 2025	Ricognizione procedimenti da digitalizzare	UOSVD Information and Communication Technologies
30 novembre 2025	Istituto "Pantouflage" - trasmissione elenco RPCT	all'Area Gestione del Personale / Area Gestione del Patrimonio/area Gestione Tecnica / UOSVD Appalti contratti e logistica / UOSVD Costruzioni Ristrutturazioni e manutenzioni / UOSVD Ingegneria clinica ed HTA / UOSVD Gestione amministrativa dei servizi tecnici e PNRR / UOSVD Information and Communication Technologies
30 dicembre 2025	Istituto "Pantouflage" - attività di verifica a cura del RPCT	RPCT
31 gennaio 2026	Adozione Piao 2026-2028	DG, Direttori/Dirigenti Responsabili interessati e RPCT
31 gennaio 2026	Trasmissione ad Anac del file xml ai sensi dell'art. 1 comma 32 della L.190/2012	UOSVD Information and Communication Technologies



ASL BT

PugliaSalute

SEZIONE II

TRASPARENZA E INTEGRITA'

Art. 12

La trasparenza e l'integrità della P.A.

La pubblicazione dei dati dell'ASL BAT, nel corso del triennio **2023- 2025**, verrà implementata avendo comunque riguardo al rispetto della disciplina privacy in ragione della delicatezza dei dati detenuti dall'Azienda e nel rispetto delle norme della CEDU (art. 8 e 9) e del Regolamento europeo privacy di maggio 2018.

A tal fine, in ragione delle indicazioni fornite dal PNA 2022 è stata prevista nel sito web una sezione, denominata "Attuazione Misure PNRR", con indicazione per le sotto – sezioni, degli atti legislativi adottati e degli atti amministrativi emanati per l'attuazione della misura di riferimento, specificando, per ogni atto riportato: a) la tipologia (legge, decreto legislativo, decreto-legge, decreto ministeriale, decreto interministeriale, avviso, ecc.) b) il numero e la data di emissione o di adozione dell'atto, con il link ipertestuale al documento c) la data di pubblicazione d) la data di entrata in vigore e) l'oggetto f) la eventuale documentazione approvata (programma, piano, regolamento, ...) con il link ipertestuale al documento g) le eventuali note informative.

Rileva, altresì, l'Allegato 9 al PNA 2022 che prevede novità all'elenco degli obblighi di pubblicazione della sezione "amministrazione trasparente" sotto sezione 1° livello – bandi di gara e contratti.

La presente Sezione, pertanto, prevede in allegato il documento Anac (delibera n. 1310/2016), appositamente integrato (vedasi Allegato B).

Art.13

I dati e le informazioni: i Dirigenti responsabili della pubblicazione e dell'aggiornamento

L'attuale disciplina della trasparenza statuisce il diritto dei cittadini e di tutte le altre parti interessate ad un'accessibilità totale alle informazioni pubbliche, per le quali non esistano specifici limiti previsti da altre normative come, ad esempio, quella sulla riservatezza.

La trasparenza deve essere considerata per il valore strumentale al raggiungimento di fini di rango superiore: essenzialmente, il controllo democratico su responsabilità, buon andamento e imparzialità delle amministrazioni.

Tale valore, per quanto rilevante, non si sovrappone completamente e non esaurisce gli obblighi che sono posti in capo alla P.A. per la gestione dei siti internet, come peraltro stabilito dal Garante privacy nelle più volte richiamate "Linee guida in materia di trattamento dei dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti

pubblici e da altri soggetti obbligati”, adottate dal Garante per la protezione dei dati personali in data 15/05/2014.

Attualmente, il punto di riferimento per la pubblicazione delle informazioni della P.A. è il Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33: “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”, come novellato dal D.Lgs. 97/2016.

L’Allegato B che riporta le diverse tipologie di documenti, di informazioni e di dati che devono essere pubblicati sul sito web aziendale, le strutture responsabili del procedimento di pubblicazione e il livello di aggiornamento si pone in linea con la disciplina di legge e deliberativa dell’Anac.

L’Allegato è finalizzato anche ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi di cui all'articolo 43, comma 3 del citato Decreto.

La richiamata normativa stabilisce che in tutti i siti istituzionali della Pubblica Amministrazione venga creata una sezione denominata “Amministrazione trasparente” che deve essere organizzata in sotto-sezioni all'interno delle quali devono essere inseriti i documenti, le informazioni e i dati previsti dal Decreto stesso.

Nel sito istituzionale dell’ASL BT è inserita la Sezione “Amministrazione Trasparente” e le sotto-sezioni di primo e secondo livello presenti sono state denominate esattamente come indicato nel Decreto.

I Direttori/Dirigenti Responsabili dell’ASL BT devono intendersi responsabili in merito all’individuazione, elaborazione, pubblicazione ed aggiornamento dei singoli dati di rispettiva competenza, nonché dell’esattezza e completezza delle informazioni oggetto di pubblicazione.

Pertanto, la pubblicazione dei dati avviene in relazione alla produzione, da parte degli uffici competenti, delle informazioni trasmesse dai Direttori/Dirigenti Responsabili individuati a margine di ciascuna tipologia.

L’aggiornamento dei dati contenuti nelle menzionate sottosezioni della sezione “Amministrazione Trasparente” avverrà con la cadenza temporale indicata nel corrispondente livello di aggiornamento ed ogni qualvolta si verifichi la necessità di modificare i dati ovvero pubblicare provvedimenti urgenti. In particolare sono evidenziate le strutture responsabili del procedimento di pubblicazione (Allegato B).

Al fine di garantire maggiore accessibilità alle informazioni e dati di questa ASL BT, nella sotto-sezione Dati Ulteriori vengono pubblicati gli atti relativi all’attività di verifica espletata dal RPCT, con particolare riferimento agli istituti della incompatibilità ed inconferibilità, nonché con riferimento alle verifiche straordinarie effettuate in Amministrazione Trasparente Tale pubblicazione, pertanto, è aggiuntiva rispetto alle indicazioni fornite dal legislatore.



ASL BT

PugliaSalute

Art. 14

Disposizioni finali

Per quanto non espressamente previsto dalla presente Sezione trovano applicazione le norme dettate dalla Legge 190/2012 e ss.mm.ii. e dal PNA 2022.

Entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione all'Albo pretorio dell'Ente.

SEZIONE 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Sottosezione 3.1 - Struttura Organizzativa

Con deliberazione n. 930 del 15/07/2022, successivamente rettificata con deliberazione n. 1681 del 01/12/2022 e n. 160 del 25/01/2023, la Direzione Strategica, nelle more dell'adozione del nuovo Atto Aziendale ed in coerenza con i parametri individuati con la DGR n. 1603 del 13/09/2018 relativamente al numero massimo di strutture attribuibili, ha definito la nuova organizzazione aziendale, come di seguito delineata

Nuova Riorganizzazione Dipartimentale			
Dipartimento	Tipo S. Complessa	Tipologia Struttura	Descrizione Struttura Completa
Dipartimento Area Intensiva e delle Emergenze		Dip.to	
Dipartimento Area Intensiva e delle Emergenze	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - M.C.A.U. - Pronto Soccorso
Dipartimento Area Intensiva e delle Emergenze	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - Anestesia-Rianimazione
Dipartimento Area Intensiva e delle Emergenze	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - M.C.A.U. - Pronto soccorso
Dipartimento Area Intensiva e delle Emergenze	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Anestesia-Rianimazione
Dipartimento Area Intensiva e delle Emergenze		Uosvd	U.O.S.V.D. SET 118
Dipartimento Area Intensiva e delle Emergenze		Uosvd	U.O.S.V.D. Day Service multidisciplinare ed anestesiologicalo PTA Trani - Canosa
Dipartimento Area Intensiva e delle Emergenze		Uosvd	U.O.S.V.D. M.C.A.U. - Pronto Soccorso P.O. Bisceglie
Dipartimento Area Intensiva e delle Emergenze		Uosvd	U.O.S.V.D. Anestesia-Rianimazione P.O. Bisceglie
Dipartimento Area Intensiva e delle Emergenze		Uosvd	U.O.S.V.D. Coordinamento Aziendale Trapianti
Dipartimento Area Intensiva e delle Emergenze		Uosvd	U.O.S.V.D. Coordinamento Aziendale Terapia del Dolore/Accessi vascolari e cure palliative
Dipartimento Cardiologico		Dip.to	
Dipartimento Cardiologico	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - Cardiologia
Dipartimento Cardiologico	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Cardiologia
Dipartimento Cardiologico		Uosvd	U.O.S.V.D. Emodinamica Andria
Dipartimento Cardiologico		Uosvd	U.O.S.V.D. Riabilitazione cardio-respiratoria
Dipartimento Cardiologico		Uosvd	U.O.S.V.D. Cardiologia di diagnostica non invasiva ed oncologica
Dipartimento Cardiologico		Uosvd	U.O.S.V.D. Cardiologia PO Bisceglie - Telecardiologia ambulatoriale/domiciliare
Dipartimento Cardiologico		Uos	U.O.S. Elettrofisiologia (Afferisce a S. Comp. P. O. Andria - Cardiologia)
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico		Dip.to	
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - Chirurgia Generale
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - Ortopedia
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - Neurochirurgia
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Chirurgia Generale
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Ortopedia
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico		Uosvd	U.O.S.V.D. Endoscopia digestiva Andria
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico		Uosvd	U.O.S.V.D. Chirurgia della mammella P.O. Barletta



ASL BT

PugliaSalute

Dipartimento Chirurgico-Traumatologico		Uosvd	U.O.S.V.D. Chirurgia Generale P.O. Bisceglie
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico		Uosvd	U.O.S.V.D. Ortopedia P.O. Bisceglie
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico		Uos	Uos Chirurgia plastica Andria (Afferisce a S. Comp. P.O. Andria - Chirurgia Generale)
Struttura Sovradistrettuale della Riabilitazione (Dipartimento Interaziendale da istituire)		Dip.to	
Struttura Sovradistrettuale della Riabilitazione (Dipartimento Interaziendale da istituire)	Territoriale	Strutt.Comp Terr	S.Comp. Struttura sovra-distrettuale della riabilitazione
Dipartimento di Prevenzione		Dip.to	
Dipartimento di Prevenzione	Territoriale	Strutt.Comp Terr	S.Comp. Dip.to Prevenzione - S.I.S.P.
Dipartimento di Prevenzione	Territoriale	Strutt.Comp Terr	S.Comp. Dip.to Prevenzione - SPESAL
Dipartimento di Prevenzione	Territoriale	Strutt.Comp Terr	S.Comp. Dip.to Prevenzione - SIAN
Dipartimento di Prevenzione	Territoriale	Strutt.Comp Terr	S.Comp. Dip.to Prevenzione - SIAV - A
Dipartimento di Prevenzione	Territoriale	Strutt.Comp Terr	S.Comp. Dip.to Prevenzione - SIAV - B
Dipartimento di Prevenzione	Territoriale	Strutt.Comp Terr	S.Comp. Dip.to Prevenzione - SIAV - C
Dipartimento di Prevenzione		Uosvd	U.O.S.V.D. Medicina Legale
Dipartimento di Prevenzione		Uosvd	U.O.S.V.D. Epidemiologia -flussi informativi
Dipartimento Direzioni Ospedaliere		Dip.to	
Dipartimento Direzioni Ospedaliere	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - Direzione Medica
Dipartimento Direzioni Ospedaliere	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Direzione Medica
Dipartimento Direzioni Ospedaliere		Uosvd	U.O.S.V.D. P.O. Bisceglie - Direzione Medica
Dipartimento Direzioni Ospedaliere		Uos	Uos Direzione Medica Presidio Riabilitativo Canosa (Afferisce a S.Comp. P.O. Andria - Direzione Medica)
Dipartimento Distretti Socio Sanitari		Dip.to	
Dipartimento Distretti Socio Sanitari	Territoriale	Strutt.Comp Terr	S.Comp. DSS Margherita - Direzione
Dipartimento Distretti Socio Sanitari	Territoriale	Strutt.Comp Terr	S.Comp. DSS Andria - Direzione
Dipartimento Distretti Socio Sanitari	Territoriale	Strutt.Comp Terr	S.Comp. DSS Canosa - Direzione e P.T.A. Minervino/Spinazzola
Dipartimento Distretti Socio Sanitari	Territoriale	Strutt.Comp Terr	S.Comp. DSS Barletta - Direzione
Dipartimento Distretti Socio Sanitari	Territoriale	Strutt.Comp Terr	S.Comp. DSS Trani - Direzione e P.T.A Trani
Dipartimento Distretti Socio Sanitari		Uos	Uos cure primarie Dss Margherita (Afferisce a S. Comp. DSS Margherita)
Dipartimento Distretti Socio Sanitari		Uos	Uos cure primarie Dss Andria (Afferisce a S. Comp. DSS Andria)
Dipartimento Distretti Socio Sanitari		Uos	Uos assistenza consultoriale Dss Andria (Afferisce a S. Comp. DSS Andria)
Dipartimento Distretti Socio Sanitari		Uos	Uos cure primarie Dss Canosa (Afferisce S. Comp. DSS Canosa)
Dipartimento Distretti Socio Sanitari		Uos	Uos assistenza consultoriale Dss Canosa (Afferisce S. Comp. DSS Canosa)
Dipartimento Distretti Socio Sanitari		Uos	Uos cure primarie Dss Barletta (Afferisce a S. Comp. DSS Barletta)
Dipartimento Distretti Socio Sanitari		Uos	Uos assistenza consultoriale Dss Barletta (Afferisce a S. Comp. DSS Barletta)
Dipartimento Distretti Socio Sanitari		Uos	Uos reumatologia ambulatoriale Dss Barletta (Afferisce a S. Comp. DSS Barletta)
Dipartimento Distretti Socio Sanitari		Uos	Uos cure primarie Dss Trani Bisceglie (Afferisce a S. Comp. DSS Trani)
Dipartimento Distretti Socio Sanitari		Uos	Uos assistenza consultoriale Dss Trani Bisceglie (Afferisce a S. Comp. DSS Trani)
Struttura Immuno Trasfusionale (Dipartimento Interaziendale da istituire)		Dip.to	
Servizio Immuno Trasfusionale (Dipartimento Interaziendale da istituire)	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - S.I.T. (Direzione)
Servizio Immuno Trasfusionale (Dipartimento Interaziendale da istituire)		Uosvd	U.O.S.V.D. Centro Tasfusionale P.O. Andria
Dipartimento Farmaceutico		Dip.to	



ASL BT

PugliaSalute

Dipartimento Farmaceutico	Territoriale	Strutt.Comp Terr	S.Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale
Dipartimento Farmaceutico	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - Servizio Farmaceutico Ospedaliero
Dipartimento Farmaceutico		Uosvd	U.O.S.V.D. Farmacia Ospedaliera P.O. Barletta
Dipartimento Farmaceutico		Uosvd	U.O.S.V.D. Farmacia di base P.O. Bisceglie
Dipartimento Farmaceutico		Uosvd	U.O.S.V.D Farmacia Clinica e UFA
Dipartimento Farmaceutico		Uos	Uos Farmaco-vigilanza e Monitoraggio Area Farmaceutica (Afferisce a S. Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale)
Dipartimento Farmaceutico		Uos	Uos Farmaceutica Convenzionata Area Farmaceutica (Afferisce a S. Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale)
Dipartimento Farmaceutico		Uos	Uos Assistenza Farmaceutica Distrettuale Area Farmaceutica (Afferisce a S. Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale)
Dipartimento Immagini e Diagnostica		Dip.to	
Dipartimento Immagini e Diagnostica	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - Patologia Clinica
Dipartimento Immagini e Diagnostica	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - Radiologia
Dipartimento Immagini e Diagnostica	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Medicina Nucleare
Dipartimento Immagini e Diagnostica		Uosvd	U.O.S.V.D. Patologia Clinica P.O. Barletta
Dipartimento Immagini e Diagnostica		Uosvd	U.O.S.V.D. Radiologia P.O. Barletta
Dipartimento Immagini e Diagnostica		Uosvd	U.O.S.V.D. Senologia P.O. Barletta
Dipartimento Immagini e Diagnostica		Uosvd	U.O.S.V.D. Fisica Sanitaria P.O. Barletta
Dipartimento Immagini e Diagnostica		Uosvd	U.O.S.V.D. Patologia clinica di base P.O. Bisceglie
Dipartimento Immagini e Diagnostica		Uosvd	U.O.S.V.D. Radiologia di base P.O. Bisceglie
Dipartimento Immagini e Diagnostica		Uosvd	U.O.S.V.D. Radiologia Territoriale PTA Trani
Dipartimento Immagini e Diagnostica		Uosvd	U.O.S.V.D. Radiologia di Urgenza P.O. Barletta
Dipartimento Immagini e Diagnostica		Uos	Uos angiografia interventistica Andria (Afferisce a S. Comp. P.O. Andria - Radiologia)
Dipartimento Materno-Infantile		Dip.to	
Dipartimento Materno-Infantile	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - Ostetricia-Ginecologia
Dipartimento Materno-Infantile	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - Pediatria-Neonatologia
Dipartimento Materno-Infantile	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Ostetricia-Ginecologia
Dipartimento Materno-Infantile	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Pediatria-Neonatologia
Dipartimento Materno-Infantile		Uosvd	U.O.S.V.D. Ostetricia-Ginecologia P.O. Bisceglie
Dipartimento Materno-Infantile		Uosvd	U.O.S.V.D. Pediatria-Neonatologia P.O. Bisceglie
Dipartimento Medico-Specialistico		Dip.to	
Dipartimento Medico-Specialistico	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - Medicina Interna
Dipartimento Medico-Specialistico	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. Po Barletta - Gastroenterologia
Dipartimento Medico-Specialistico	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. Po Barletta - Medicina Interna
Dipartimento Medico-Specialistico	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Bisceglie - Malattie infettive
Dipartimento Medico-Specialistico	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Bisceglie - Medicina Interna
Dipartimento Medico-Specialistico		Uos	Uos Terapia antimicrobica Bisceglie (Afferisce a S. Comp. P.O. Bisceglie Malattie Infettive)
Dipartimento Medico-Specialistico		Uos	Uos Endocrinologia Bisceglie (Afferisce a S. Comp. P.O. Bisceglie Medicina Interna)
Dipartimento Medico-Specialistico		Uosvd	U.O.S.V.D. Pneumologica P. O. Bisceglie
Dipartimento Medico-Specialistico		Uosvd	U.O.S.V.D. Servizio Territoriale di Pneumotisiologia
Dipartimento Neurosensoriale		Dip.to	
Dipartimento Neurosensoriale	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - Neurologia
Dipartimento Neurosensoriale	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Neurologia



ASL BT

PugliaSalute

Dipartimento Neurosensoriale	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - O.R.L.
Dipartimento Neurosensoriale	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Oculistica
Dipartimento Neurosensoriale		Uosvd	U.O.S.V.D. Day Service oculistica PTA Trani
Dipartimento Neurosensoriale		Uosvd	U.O.S.V.D. Day Service oculistica/Screening PPA Canosa Minervino Spinazzola Andria
Dipartimento Neurosensoriale		Uos	Uos Chiruriga Vitreo - Retinica P.O. Barletta (Afferisce a S. Comp. PO Barletta - Oculistica)
Dipartimento Neurosensoriale		Uos	Uos Patologia Orbitaria e Oftalmoplastica (Afferisce a S. Comp. PO Barletta - Oculistica)
Dipartimento Neurosensoriale		Uos	Uos Stroke Unit Neurologia (Afferisce a S. Comp. PO Barletta - Neurologia)
Dipartimento Oncologico		Dip.to	
Dipartimento Oncologico	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Oncologia
Dipartimento Oncologico	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Ematologia
Dipartimento Oncologico	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Radioterapia
Dipartimento Oncologico		Uosvd	U.O.S.V.D. Anatomia Patologica Andria
Dipartimento Oncologico		Uosvd	U.O.S.V.D. D.H. Oncologia-Ematologia Trani
Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche		Dip.to	
Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Spdc
Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche	Territoriale	Strutt.Comp Terr	S.Comp. Dsm - CSM Barletta - DSS 1 (Direzione)
Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche		Uosvd	U.O.S.V.D. CSM Andria - Prevenzione Psichiatrica
Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche		Uosvd	U.O.S.V.D. R.E.M.S. Spinazzola
Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche		Uosvd	U.O.S.V.D. Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza
Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche		Uosvd	U.O.S.V.D. Psicologia Clinica
Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche		Uos	Uos CSM Bisceglie - Trani (Afferisce a S. Comp. Dsm CSM Barletta DSS1)
Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche		Uosvd	U.O.S.V.D. Psichiatria Geriatrica e stati mentali a rischio
Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche	Territoriale	Strutt.Comp Terr	S.Comp. SERT - SERT Andria - DSS 1 - DSS 3 (Direzione)
Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche		Uos	Uos SERT Barletta (Afferisce a S. Comp. SERT)
Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche		Uos	Uos SERT Trani Bisceglie (Afferisce a S. Comp. SERT)
Dipartimento Staff di Direzione Strategica		Dip.to	
Dipartimento Staff di Direzione Strategica	Territoriale	Strutt.Comp Terr	S.Comp. Controllo di Gestione
Dipartimento Staff di Direzione Strategica	Territoriale	Strutt.Comp Terr	S. Comp. Epidemiologia e Statistica
Dipartimento Staff di Direzione Strategica		Uosvd	U.O.S.V.D. Struttura Burocratico - Legale
Dipartimento Staff di Direzione Strategica		Uosvd	U.O.S.V.D. Affari Generali
Dipartimento Staff di Direzione Strategica		Uosvd	U.O.S.V.D. Screening Oncologici
Dipartimento Staff di Direzione Strategica		Uosvd	U.O.S.V.D. Gestione rischio clinico, Qualità e Bed Management
Dipartimento Staff di Direzione Strategica		Uosvd	U.O.S.V.D. U.V.A.R.P.
Dipartimento Staff di Direzione Strategica		Uosvd	U.O.S.V.D. Informazione, comunicazione, Polo Universitario e Formazione
Dipartimento Staff di Direzione Strategica		Uosvd	U.O.S.V.D. Sicurezza e sorveglianza sanitaria
Dipartimento delle attività Operative		Dip.to	
Dipartimento delle attività Operative	Territoriale	Strutt.Comp Terr	S.Comp. - Direzione Area gestione Patrimonio
Dipartimento delle attività Operative	Territoriale	Strutt.Comp Terr	S.Comp. - Direzione Area gestione Tecnica
Dipartimento delle attività Operative		Uos	Uos inventario beni mobili ed investimenti (Afferisce a S. Comp. Direzione Area Patrimonio)

Dipartimento delle attività Operative		Uosvd	U.O.S.V.D. Appalti contratti e logistica
Dipartimento delle attività Operative		Uosvd	U.O.S.V.D. Costruzioni /ristrutturazioni/ manutenzioni
Dipartimento delle attività Operative		Uosvd	U.O.S.V.D. Ingegneria clinica ed HTA
Dipartimento delle attività Operative		Uosvd	U.O.S.V.D. Gestione amministrativa dei servizi tecnici e P.N.R.R.
Dipartimento delle attività Operative		Uosvd	U.O.S.V.D. Information and Communication Technologies.
Dipartimento Direzionale Amministrativo		Dip.to	
Dipartimento Direzionale Amministrativo	Territoriale	Strutt.Comp Terr	S.Comp. - Direzione Area gestione Personale
Dipartimento Direzionale Amministrativo	Territoriale	Strutt.Comp Terr	S.Comp. - Direzione Area gestione Econ.Finanziaria
Dipartimento Direzionale Amministrativo	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. Direzione Amm.va Presidi
Dipartimento Direzionale Amministrativo		Uosvd	U.O.S.V.D. Assunzioni-mobilità-concorsi/Personale convenzionato
Dipartimento Direzionale Amministrativo		Uos	Uos Gestione personale dipendente/Relazioni sindacali (Afferisce a S. Comp. Direzione Area Personale)
Dipartimento Direzionale Amministrativo		Uosvd	U.O.S.V.D. Servizi Socio Sanitari
Dipartimento Direzionale Amministrativo		Uosvd	U.O.S.V.D. Direzioni amministrative Dss
Dipartimento Direzionale Amministrativo		Uos	Uos Contabilità Generale Analitica e Bilanci (Afferisce a S. Comp. Area gestione Econ.Finanziaria)
Dipartimento Interaziendale di Chirurgia Andrologica con nuove tecnologie DICUNT			
Dipartimento Interaziendale di Chirurgia Andrologica con nuove tecnologie DICUNT	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - Urologia
Dipartimento Interaziendale di Chirurgia Andrologica con nuove tecnologie DICUNT		Uosvd	U.O.S.V.D. Chirurgia Andrologica P.O. Barletta
Dipartimento Interaziendale dell'Area Vasta Nord della Rete Nefrologico-Dialitica e Trapiantologica Pugliese ReNDiT			
Dipartimento Interaziendale dell'Area Vasta Nord della Rete Nefrologico-Dialitica e Trapiantologica Pugliese ReNDiT	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. Po Barletta - Nefrologia e Dialisi
Dipartimento Interaziendale dell'Area Vasta Nord della Rete Nefrologico-Dialitica e Trapiantologica Pugliese ReNDiT		Uosvd	U.O.S.V.D. Emodialisi PO Andria

Con deliberazione n. 1563 del 03/11/2022, la Direzione Strategica, sulla base di quanto previsto dall'apposito Regolamento, ha proceduto alla nomina dei Direttori di Dipartimento.

Con deliberazione n. 1900 del 23/12/2022, successivamente rettificata con deliberazione n. 1909 del 29/12/2022, in aderenza a quanto previsto in materia di incarichi dirigenziali dal CCNL Area Dirigenza Sanità del 19/12/2019 e dal CCNL Area Funzioni Locali Dirigenza PTA del 17/12/2020, la Direzione Strategica ha approvato la mappatura degli incarichi professionali conferibili, avviando le conseguenti attività finalizzate al conferimento degli incarichi professionali.

Nel corso del 2023 e ss. questa Azienda avvierà le attività finalizzate alla nuova graduazione degli incarichi dirigenziali di struttura e professionali, nonché le attività finalizzate alla definizione e conferimento degli incarichi previsti dal nuovo CCNL Comparto 03/11/2022

Sottosezione 3.2 - Organizzazione del Lavoro Agile

REGOLAMENTO PER LO SVILUPPO E ATTUAZIONE DEL LAVORO AGILE

PREMESSA NORMATIVA

VISTO il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni";

VISTO il d.lgs n. 196 del 30 giugno 2003, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento UE n. 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione dei dati che e che abroga la direttiva 95/46/CE e s.m.i.;

VISTO il decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, recante "Codice dell'amministrazione digitale";

VISTA la legge 22 maggio 2017, n. 81 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";

VISTO l'art. 14 della legge 7 agosto 2015, n. 124, recante "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche", come modificato dall'art. 263, comma 4-bis del D.L. n. 34/2020 conv. con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020 n. 77;

VISTO il decreto legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni e s.m.i.;

VISTA la direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 giugno 2017, n. 3 recante "Indirizzi per l'attuazione dei commi 1 e 2 dell'articolo 14 della legge 7 agosto 2015, n. 124 e linee guida contenenti regole inerenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti";

VISTO il D.L 9 giugno 2021 n. 80 conv. con modificazioni dalla legge 6 agosto 2021 n. 113, recante 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 e in particolare, l'art. 6, comma 2 lett. b), che stabilisce che il Piano integrato di attività ed organizzazione delle amministrazioni pubbliche deve prevedere, tra l'altro la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il lavoro agile e che debba essere adottato e aggiornato entro il 31 gennaio di ogni anno;

VISTO il D.L. n. 24 del 22 marzo 2022, recante disposizioni Urgenti per il superamento delle misure di contrasto della diffusione dell'epidemia da COVID-19, in conseguenza della cessazione dello stato di emergenza;

VISTO il decreto del Ministro per la pubblica amministrazione dell'8 ottobre 2021, recante "Modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni";

VISTO il decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e il Ministro per la pubblica amministrazione del 4 febbraio 2022, con cui sono state individuate le patologie in presenza delle quali ricorre la condizione di fragilità e di disabilità grave;

VISTA la direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 giugno 2017, n. 3, recante "Indirizzi per l'attuazione dei commi 1 e 2, dell'articolo 14, della legge 7 agosto 2015, n. 124 e linee guida contenenti regole inerenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti";

VISTE le Linee Guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche elaborate ai sensi dell'art. 1, comma 6, del decreto del Ministro per la pubblica amministrazione dell'8 ottobre 2021, sulle quali è stata acquisita l'intesa della Conferenza Unificata il 16 dicembre 2021;

VISTA la circolare del Ministro per la pubblica amministrazione e del Ministro del lavoro e delle politiche sociali del 5 gennaio 2022, con cui sono state sensibilizzate le amministrazioni pubbliche ad utilizzare appieno tutti gli strumenti di flessibilità previsti dalla disciplina di settore, ivi incluso il lavoro agile, sia pure nel rispetto del quadro regolatorio ad oggi vigente;

VISTO il contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale della Dirigenza PTA'- Area Funzioni locali, per il triennio 2016-2018;

VISTO il contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale dell'Area Dirigenza Area SANITA', per il triennio 2016-2018;

VISTO il contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale del Comparto SANITA', per il triennio 2019-2021 ed in particolare il TITOLO VI, CAPI I e II;

DATO ATTO CHE Questa Azienda,

- in occasione dell'adozione del primo Piano di Organizzazione del Lavoro Agile (P.O.L.A), adottato con deliberazione del D.G. n. 81 del 31 gennaio 2020, ha provveduto **alla mappatura delle attività eseguibili e compatibili con siffatta modalità operativa, nonché al censimento dei relativi uffici;**
- con deliberazione della Direttrice Generale n. 434 del 29.04.2021 ha adottato nell'ambito del P.I.A.O 2022-2024, la sezione sull'Organizzazione del Lavoro Agile

CONSIDERATA la necessità di rivedere ed aggiornare alcuni profili della disciplina sul lavoro agile, anche alla luce del nuovo CCNL 2019-2021, per il personale del Comparto;

INFORMATO il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni dell'ASL BT;

INFORMATE le Organizzazioni Sindacali;

Tutto ciò premesso si delinea il seguente

Regolamento per lo Sviluppo e Attuazione del Lavoro Agile

ARTICOLO 1

Definizioni

1. Ai fini del presente Regolamento s'intende per:
 - a) "Lavoro agile", una modalità flessibile di esecuzione del rapporto di lavoro connotata dalle seguenti caratteristiche:
 - svolgimento di parte dell'attività lavorativa all'esterno della sede di lavoro e senza precisi vincoli d'orario, fatte salve le fasce di contattabilità e fermo il diritto del dipendente di disconnettersi dalle strumentazioni tecnologiche e dalle piattaforme informatiche utilizzate per svolgere la prestazione lavorativa, secondo le modalità stabilite nell'accordo individuale di cui alla successiva lettera c);
 - utilizzo per il lavoro agile di strumenti tecnologici messi a disposizione in parte dall'Amministrazione e in parte dal dipendente;
 - assenza di una postazione fissa durante i periodi di lavoro svolti in luogo diverso dalla sede di servizio;
 - b) "**compatibilità delle attività espletabili in modalità "agile"**", le attività che non necessitano della presenza costante nella sede di lavoro in quanto tecnicamente eseguibili, sia per natura della prestazione che per disponibilità delle strumentazioni tecnologiche, digitali ed informatiche, anche al di fuori delle strutture aziendali e che possano essere misurabili, monitorabili e rendicontabili;
 - c) "**accordo individuale di lavoro agile**", l'accordo bilaterale redatto, a pena di nullità, in forma scritta e sottoscritto tra il dipendente e il dirigente dell'ufficio con il quale si specifica modalità e contenuti della prestazione da rendere al di fuori della sede di servizio;
 - d) "**Amministrazione**", l'ASL BT;

- e) “**strumenti di lavoro agile**”, la dotazione tecnologica necessaria per l’esecuzione della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro;
- f) “**sede di lavoro**”, la sede abituale di servizio del dipendente.
- g) “**lavoro da remoto**”, lavoro prestato con vincoli di tempo e con l’ausilio di dispositivi tecnologici messi a disposizione in parte dall’Amministrazione e in parte dal dipendente, caratterizzato da una modificazione del luogo di adempimento della prestazione lavorativa che comporti l’esecuzione della prestazione in luogo idoneo e diverso dalla sede di ufficio al quale il dipendente è assegnato.

ARTICOLO 2

Oggetto

- 1. Il presente regolamento disciplina l’applicazione del Lavoro Agile al personale dell’ASL BT, in attuazione di quanto previsto dall’art. 14, legge 7 agosto 2015, n. 124 e dal Capo II della legge 27 maggio 2017, n. 81.
- 2. L’accesso al lavoro agile è consentito nei modi e limiti previsti dal presente regolamento e nel rispetto delle procedure di seguito indicate.

ARTICOLO 3

Obiettivi

- 1. Il lavoro agile risponde alle seguenti finalità:
 - a) favorire, attraverso lo sviluppo di una cultura gestionale orientata al risultato, un incremento di efficacia ed efficienza dell’azione amministrativa;
 - b) promuovere una visione dell’organizzazione del lavoro ispirata ai principi di flessibilità, autonomia e responsabilità;
 - c) favorire la reingegnerizzazione e l’informatizzazione dei processi e ottimizzare la diffusione di tecnologie e competenze digitali;
 - d) rafforzare le misure di conciliazione tra vita lavorativa e vita familiare dei dipendenti;
 - e) riprogettare gli spazi di lavoro realizzando economie di gestione.



ARTICOLO 4

Destinatari

1. Il lavoro agile è rivolto al personale di ruolo dipendente a tempo indeterminato e al personale a tempo determinato, con contratto di lavoro subordinato a tempo pieno o parziale alle dipendenze dell'ASL BT, appartenente alle seguenti categorie di lavoratori:
 - a) personale non dirigente appartenente ai ruoli amministrativo, tecnico e professionale del comparto SANITA';
 - b) personale dirigente dell'Area P.T.A. (Professionale, Tecnica e Amministrativa);
 - c) personale appartenente al ruolo sanitario del comparto "**non turnista**", ove compatibile con l'esercizio delle funzioni svolte;
 - d) personale dirigente dell'Area della Dirigenza Medica-Veterinaria, "**non turnista**", ove compatibile con l'esercizio delle funzioni svolte;
2. Al personale di ruolo è equiparato il personale proveniente da altre amministrazioni in posizione di comando, fuori ruolo, aspettativa, distacco o altro analogo istituto.
3. Il lavoro agile non è applicabile al personale con contratto di lavoro autonomo, quali le collaborazioni coordinate e continuative e attività libero-professionali.

ARTICOLO 5

Condizioni per l'applicazione del lavoro agile

1. La prestazione può essere eseguita in modalità agile a condizione che sussistano le seguenti condizioni:
 - a. **individuazione e mappatura delle attività assegnabili al dipendente** che siano **compatibili** con l'istituto del lavoro agile ed eseguibili al di fuori dei locali aziendali senza che sia necessaria la sua costante presenza fisica nella sede di lavoro; **non sono compatibili** con il lavoro agile le prestazioni di lavoro per turni, di lavoro disagiato, di lavoro svolto in condizioni di rischio;
 - b. **non pregiudizio alla quantità e qualità della prestazione resa in modalità agile e dei connessi servizi erogati** tanto agli utenti esterni (utenza), quanto agli utenti interni (Direzione Strategica, Dipendenti/Dirigenti di altri uffici, Organi collegiali aziendali);
 - c. **definizione di un piano di smaltimento del lavoro** arretrato, assegnato al dipendente, ove accumulato;



d. **disponibilità di strumentazioni tecnologiche**, idonee allo svolgimento della prestazione lavorativa, a1 di fuori della sede di lavoro, come previste all'art. 7;

e. svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile **in coerenza con le esigenze organizzative e funzionali dell'ufficio** al quale il dipendente è assegnato;

f. autonomia operativa del dipendente e possibilità di organizzare l'esecuzione della prestazione lavorativa **nel rispetto degli obiettivi prefissati**;

g. **rendicontazione, monitoraggio e valutazione dei risultati** delle attività assegnate rispetto agli obiettivi programmati.

ARTICOLO 6

Luogo e Modalità di svolgimento della prestazione lavorativa agile

1. Il dipendente ammesso al lavoro agile, per il ricorrere delle condizioni abilitanti di cui al precedente art. 5, può svolgere la prestazione al di fuori della sede di lavoro per un massimo di n°1 giorno alla settimana per un totale di n° 4 giornate lavorative nell'arco di un mese che ove non godute nel mese di riferimento non potranno essere cumulate nel mese successivo, e secondo un calendario da concordare preventivamente, nell'apposito accordo individuale con il Dirigente/Direttore Responsabile dell'ufficio di appartenenza, tenuto conto dei criteri di cui ai commi 7 e 8 del presente articolo.
2. La prestazione lavorativa in modalità agile è svolta senza vincolo d'orario, nell'ambito delle ore massime di lavoro giornaliere e settimanali stabilite dai CCNL, salvo il rispetto della fascia oraria di contattabilità e del diritto alla disconnessione, disciplinati all'art. 9.
3. Ai fini del calcolo dell'orario di lavoro settimanale, la giornata di lavoro agile è considerata equivalente a quella svolta presso la sede di servizio. Pertanto, nel giorno di lavoro in modalità agile la durata della prestazione del dipendente corrisponde a quella prevista dal suo orario di lavoro.
4. Il luogo in cui espletare l'attività lavorativa è scelto discrezionalmente dal dipendente e indicato nell'accordo individuale, con possibilità di variazione debitamente comunicata almeno 24 ore prima al dirigente responsabile, nel rispetto di quanto indicato nell'informativa sulla sicurezza dei luoghi di lavoro di cui all'articolo 13 e ferma l'osservanza delle prescrizioni in materia di protezione della rete e dei dati dell'Amministrazione contenute nel documento di cui all'articolo 14 del presente regolamento, affinché non sia pregiudicata la tutela del lavoratore e la riservatezza dei dati di cui dispone per ragioni d'ufficio.
5. Il dipendente che svolge la prestazione in modalità agile è tenuto, come indicato nel successivo art. 16, a rendicontare, a cadenza giornaliera, le attività svolte che devono essere specificate

nell'accordo individuale.

6. Ciascun Dirigente/Direttore Responsabile svolge, costantemente e semestralmente, una verifica delle attività che, ricorrendo i presupposti e le condizioni indicate ai commi precedenti, possono essere espletate in modalità agile.
7. Il Direttore/Dirigente Responsabile di ufficio organizza in modo flessibile l'attività dell'ufficio cui è preposto lasciando invariati i servizi all'utenza. A tal fine, il Dirigente Direttore responsabile programma il lavoro agile garantendo una adeguata rotazione dei dipendenti incardinati presso il proprio ufficio e assicurando il rispetto della prevalenza in servizio, al fine di non arrecare pregiudizio alla qualità dei servizi resi e alla continuità dei procedimenti amministrativi di propria competenza **e previa verifica della compatibilità del lavoro agile**, autorizza lo svolgimento della prestazione nella predetta modalità, osservando le seguenti priorità:
 - a. in favore delle lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità;
 - b. in favore dei lavoratori con figli in condizioni di disabilità grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/92;
8. Fermo, quanto innanzi, alla lavoratrice o al lavoratore con figli di età inferiore ad anni tre, che abbia già fruito dei permessi obbligatori previsti a tutela della maternità e paternità, o al dipendente con figli che, indipendentemente dall'età, siano affetti da disabilità grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/92, è concessa, su richiesta e previa autorizzazione del proprio Dirigente Responsabile, la possibilità di svolgere la prestazione al di fuori della sede di lavoro per un massimo di n° 2 giorni alla settimana per un totale di n° 8 giornate lavorative nell'arco di un mese che ove non godute nel mese di riferimento non potranno essere cumulate nel mese successivo, e secondo un calendario da concordare preventivamente, nell'apposito accordo individuale con il Dirigente/Direttore Responsabile dell'ufficio di appartenenza.
9. Ove ricorrano particolari e straordinarie esigenze organizzative o sanitarie, debitamente documentate, il dirigente responsabile può modulare le giornate di lavoro agile anche superando il limite di 4 giorni al mese di cui al comma 1, fermo restando che il dipendente potrà lavorare in modalità agile per un massimo di 12 giorni nel trimestre.
10. Nelle giornate in cui la prestazione lavorativa viene svolta in modalità agile non è possibile effettuare lavoro straordinario, né trasferte.
11. In casi di eccezionale e comprovata necessità, per impedimenti personali e familiari gravi, debitamente documentati e non altrimenti risolvibili, che comportino un'assenza frequente dal servizio con ripercussioni notevoli sul buon andamento dell'ufficio di assegnazione e con aggravio notevole dei procedimenti a carico degli altri dipendenti rimasti in servizio, la Direttrice Generale, **previo parere del Dirigente Responsabile**, può concedere al dipendente, attinto da siffatti impedimenti, la cui prestazione lavorativa sia compatibile con la modalità di lavoro agile, l'autorizzazione ad espletare la prestazione in modalità agile, **in deroga al limite temporale**



- di cui al comma 1 del presente art. 6, per un periodo limitato di tempo** appositamente individuato nell'accordo individuale, di cui al comma 7 dell'art. 8 del presente regolamento, durante il quale il dipendente effettuerà la prestazione lavorativa in modalità agile.
12. Nel caso d'impossibilità a svolgere la prestazione in modalità agile o al verificarsi di problematiche di natura tecnica connesse al mal funzionamento dei sistemi informatici, il dipendente è tenuto a darne tempestiva comunicazione al dirigente che potrà richiamare il dipendente a lavorare in presenza. In caso di ripresa del lavoro in presenza, il lavoratore è tenuto a completare la propria prestazione lavorativa fino al termine del proprio orario di lavoro. In alternativa al rientro in sede, il dipendente potrà prendere un giorno di ferie o altro istituto che autorizzi le assenze del personale.
 13. Il dirigente dell'ufficio ha la facoltà di richiedere la presenza in sede del dipendente in qualsiasi momento per straordinarie e non preventivabili esigenze di servizio, che dovranno essere comunicate al lavoratore agile per iscritto almeno un giorno prima.
 14. Il rientro in servizio non comporta il diritto al recupero delle giornate di lavoro agile non fruite.

ARTICOLO 7

Strumenti del lavoro agile

1. Il dipendente svolge l'attività lavorativa in modalità *di lavoro agile* avvalendosi della propria dotazione informatica, composta da:
 - a) *pc,*
 - b) *eventuale stampante o scanner*
 - c) *connessione dati.*
2. L'amministrazione mette a disposizione del dipendente gli strumenti digitali, come di seguito riportati e in via di aggiornamento, consultabili presso il link "Tecnologie informatiche" della Intranet Aziendale:
 - <https://www.office.com> la suite del pacchetto Office, gratuita per i dipendenti, che attraverso il proprio indirizzo di posta elettronica aziendale, consente la gestione della posta elettronica (Outlook), l'elaborazione dei documenti (Word), le videoconferenze (Teams) ed il cloud per il salvataggio dei dati da condividere (Onedrive). Semplicemente utilizzando un browser (Chrome, Edge, Firefox, Safari,) senza la necessità di installazioni software, il dipendente potrà collegarsi all'indirizzo web, e dopo aver inserito le proprie credenziali, potrà accedere ai programmi Microsoft e condividere i propri documenti. Strumenti come Teams per

le videoconferenze, Word, Excel, PowerPoint per l'editing dei documenti saranno sempre a portata di mano ed attraverso il cloud di OneDrive avendo a disposizione fino a 100 Gb di spazio;

- <https://personale.aslbat.it> il Portale del Dipendente per la timbratura a distanza, dove l'utente potrà timbrare in entrata ed in uscita, richiedere permessi personali o ferie (in via di attivazione), verificare il corretto inserimento delle timbrature giornaliere e mensili, nonché consultare l'archivio delle buste paga e di tutte le comunicazioni dell'Area Gestione del Personale relative agli stipendi, assegni familiari e dichiarazioni dei redditi;
 - <https://protocollo.aslbat.it> il protocollo informatico in entrata ed in uscita della Asl Bt, ora più semplice e veloce, con la possibilità (in via di attivazione) di consultare la PEC e la sua protocollazione all'interno del protocollo stesso;
 - <http://areas.aslbat.it> per la gestione degli adempimenti di tipo finanziario e contabile (ordini di pagamento e delle fatture);
 - <https://atti.aslbat.it> per la redazione degli atti ufficiali, delibere e determine.
3. Gli uffici responsabili dei sistemi informatici si impegnano ad implementare, nel corso di un triennio, le soluzioni tecnologiche necessarie a consentire al dipendente l'accesso da remoto ai sistemi applicativi necessari allo svolgimento dell'attività lavorativa dal proprio dispositivo esterno, o alla postazione di lavoro, e salvaguardando, al contempo, la sicurezza della rete e dei dati dell'Amministrazione. I predetti uffici adottano le misure necessarie a proteggere documenti e informazioni trattati dal dipendente in *modalità agile* da attacchi informatici esterni e a consentire al lavoratore agile la comunicazione sicura ed efficace da remoto.
4. Le spese riguardanti i consumi elettrici, quelle di manutenzione delle apparecchiature nonché il costo della connessione dati sono a carico del dipendente.
5. Al fine di dotare il dipendente di strumenti da lavoro aziendali, l'Amministrazione, compatibilmente con le risorse economiche-finanziarie, si impegna a sviluppare nel corso di un triennio, un piano di approvvigionamento di dotazioni informatiche e apparati digitali e tecnologici per l'espletamento dell'attività lavorativa in modalità agile (pc, tablet etc).

ARTICOLO 8

Procedura di accesso al lavoro agile

1. L'accesso e l'adesione al lavoro agile hanno natura consensuale e avvengono su base volontaria.
2. Il dipendente interessato a svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile dichiara la propria disponibilità e lo comunica al Dirigente/Direttore responsabile dell'ufficio al quale è

assegnato, secondo il modello allegato sub 1).

3. Il dirigente dell'ufficio che riceve la dichiarazione di disponibilità al lavoro agile:
 - a) valuta se ricorrono le condizioni per lo svolgimento dell'attività in modalità agile stabilite all'articolo 5 e prioritariamente il criterio della compatibilità di cui alla lettera sub a) del citato art. 5;
 - b) per l'effetto, mappa e declina nell'accordo individuale di lavoro le attività eseguibili dal dipendente;
 - c) acquisisce la dichiarazione con la quale il dipendente si impegna a mettere a disposizione, per lo svolgimento dell'attività in modalità da remoto, la propria dotazione informatica, come specificato all'articolo 7 e ne dà atto nell'accordo individuale;
 - d) verifica, tramite i competenti uffici, la disponibilità degli strumenti informatici dei *software* necessari per lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile, come specificato all'articolo 7;
4. Concluse positivamente le valutazioni e le verifiche sopra indicate, il dirigente dell'ufficio predispone, d'intesa con il dipendente, un accordo individuale, da redigere secondo il *format* allegato (all. 2), la cui durata può arrivare sino ad un massimo di un anno. Le parti possono convenire, previo accordo scritto, che gli accordi di durata inferiore a dodici mesi vengano prorogati fino al raggiungimento di un anno.
5. L'eventuale diniego di ammissione al lavoro agile deve essere motivato e comunicato al lavoratore richiedente con le stesse forme con le quali il lavoratore ne ha fatto richiesta.
6. Anche il Dirigente Responsabile di ufficio, che intenda usufruire della prestazione in modalità agile, dovrà previamente concordare, mediante sottoscrizione dell'accordo individuale di cui al successivo comma, nel rispetto del limite temporale di cui al comma 1 dell'art. 7, un calendario di giorni con il proprio Direttore di U.O.C., o in assenza con il Direttore del Dipartimento di afferenza. Altresì, il Direttore di Unità Operativa Complessa, che intenda usufruire della prestazione in modalità agile, dovrà previamente concordare, mediante sottoscrizione dell'accordo individuale di cui al successivo comma, nel rispetto del limite temporale di cui al comma 1 dell'art. 7, un calendario di giorni con il Direttore di Dipartimento, sentito il Direttore Amministrativo, nel caso di personale dirigenziale dell'Area PTA, sentito il Direttore Sanitario per il personale dirigenziale Area Sanità.
7. L'accordo individuale è stipulato per iscritto ai fini della regolarità amministrativa e della prova tra il dipendente e il Dirigente/Direttore Responsabile a ciò espressamente delegato con il presente regolamento dalla Direttrice Generale e stabilisce:
 - a) processo o settore di attività o obiettivi da espletare in *Lavoro agile*;
 - b) strumentazione tecnologica necessaria allo svolgimento dell'attività lavorativa fuori

- dalla sede di lavoro;
- c) durata;
 - d) modalità di recesso e ipotesi di giustificato motivo di recesso di cui all'art. 15;
 - e) fasce di contattabilità, diritto alla disconnessione e tempi di riposo del lavoratore;
 - f) obblighi connessi all'espletamento dell'attività in modalità agile e forme di esercizio del potere direttivo e di controllo del dirigente sulla prestazione resa dal lavoratore all'esterno dei locali dell'Amministrazione;
 - g) calendario delle giornate di lavoro agile;
 - h) obiettivi perseguiti, anche sulla base della mappatura delle attività di cui alla lett. b) del comma 3 del presente articolo;
 - i) criteri di misurazione della prestazione resa in modalità agile;
 - j) impegno del lavoratore agile a rispettare le prescrizioni indicate nelle informative di cui agli articoli 13 e 14 del presente regolamento;
8. All'accordo individuale sono allegati, costituendone parte integrante:
- a) il documento contenente le prescrizioni in materia di sicurezza della rete e dei dati dell'Amministrazione di cui all'articolo 13;
 - b) l'informativa scritta in materia di tutela della salute e sicurezza del dipendente nei luoghi di lavoro di cui all'articolo 14.
9. Gli accordi, sottoscritti dal lavoratore agile e dal Dirigente, sono trasmessi all'Ufficio Rilevazioni Presenze dell'Area Gestione del Personale, tempestivamente e comunque **entro e non oltre 5 giorni dalla sottoscrizione**, per le comunicazioni obbligatorie di cui al successivo comma, a pena di sanzioni amministrative pecuniarie in capo all'Azienda.
10. L'Ufficio Rilevazioni Presenze, ricevuti gli accordi nei termini di cui al precedente comma, assicura e cura la comunicazione on-line all'INAIL, tramite l'applicativo messo a disposizione sul portale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, dei dati dei dipendenti che si avvalgono di modalità di lavoro agile, secondo le modalità definite dal Decreto Ministeriale n. 149 del 22 agosto 2022, per assolvere agli obblighi di comunicazione previsti dall'art. 23, primo comma, della Legge n. 81/2017 (come modificato dall'articolo 41 bis del Decreto Legge n. 73/2022, convertito con modificazioni in Legge 4 agosto 2022, n. 122).

ARTICOLO 9

Fasce di contattabilità e diritto alla disconnessione

1. Il dipendente deve garantire nell'arco della giornata di lavoro agile la contattabilità per almeno 5 ore nei giorni di lunedì, mercoledì e venerdì e di 8 ore nei giorni di martedì e



- giovedì, in fasce orarie anche discontinue, indicate e concordate nell'accordo individuale. Durante tali fasce orarie il dipendente agile può essere contattato dall'Ufficio telefonicamente o via mail e deve rendersi prontamente reperibile.
2. Fatte salve le fasce di contattabilità di cui al precedente comma, al lavoratore in modalità agile è garantito il rispetto dei tempi di riposo nonché il diritto alla disconnessione dalle strumentazioni tecnologiche.
 3. A tal fine, nell'accordo individuale deve essere indicata la fascia oraria non inferiore a 11 ore consecutive, durante la quale il dipendente ha diritto ad interrompere il collegamento con gli strumenti tecnologici utilizzati per l'esecuzione della prestazione di lavoro e non può essere contattato dall'ufficio.
 4. Nelle fasce di contattabilità il lavoratore può chiedere, ove ne ricorrano i presupposti, la fruizione dei permessi orari previsti dai contratti collettivi e dalle norme di legge. Qualora sia previsto, il recupero andrà pianificato con il dirigente nelle giornate di lavoro in presenza.
 5. L'esercizio del diritto alla disconnessione non può avere ripercussioni sul rapporto di lavoro o sui trattamenti retributivi.

ARTICOLO 10

Lavoratori fragili o in condizioni di disabilità grave

1. Fino al 31 marzo 2023, in ossequio all'art. 1, comma 306, della Legge di Bilancio n. 197 del 29 dicembre 2022, per i lavoratori dipendenti in condizioni di disabilità grave ex art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92 e s.m.i., o affetti da patologie croniche con scarso compenso clinico e con particolare connotazione di gravità, in presenza delle quali ricorre la "condizione di fragilità", così come individuate dal [Decreto](#) del Ministero della Salute del 4 febbraio 2022, è assicurato lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile, che attraverso l'adibizione a diversa mansione compresa nella medesima categoria o area di inquadramento, come definite dai contratti collettivi di lavoro vigenti, senza alcuna decurtazione della retribuzione in godimento.
2. Successivamente a siffatto periodo, fatta salva ogni previsione legislativa di proroga del termine di cui al primo comma, ai lavoratori " di cui al comma 1, del presente articolo, è riconosciuta, ove compatibile con le funzioni svolte, la possibilità di usufruire di un massimo di 10 giornate lavorative, in modalità di lavoro agile, che ove non godute nel mese di riferimento non potranno essere cumulate nel mese successivo, fatte salve eccezionali esigenze organizzative o sanitarie a fronte delle quali non si potrà comunque superare il limite delle 30 giornate a trimestre.



3. Ferma restando la disciplina dettata nel presente regolamento, il dipendente in condizioni di disabilità grave e o in condizioni di fragilità, è tenuto, altresì ad esibire al proprio Dirigente/Direttore Responsabile la seguente documentazione:
 - a) idonea certificazione medico-collegiale atta a dimostrare l'esistenza della patologia e delle condizioni di cui al comma 1;
 - b) attestazione rilasciata dal proprio medico di medicina generale;
4. Ove dovesse sopraggiungere una diversa disciplina di rango legislativo o, nell'ambito della contrattazione collettiva nazionale, una diversa disciplina di fonte pattizia, le presenti disposizioni si disapplicano in luogo di quelle dettate in favore di questa categoria di lavoratori.

ARTICOLO 11

Lavoro da remoto: telelavoro domiciliare

1. Per determinate categorie di lavoro, quali i soggetti in condizione di cecità assunti con profilo di operatore tecnico centralinista, l'amministrazione, con il consenso del lavoratore, può adottare il lavoro da remoto, con l'esecuzione della prestazione lavorativa in un luogo di adempimento idoneo ma diverso dalla sede dell'ufficio al quale è assegnato il dipendente.
2. Il lavoro da remoto può essere svolto, per l'ASL BT, nella forma del **telelavoro domiciliare** la quale comporta che la prestazione dell'attività lavorativa venga resa continuativamente presso il domicilio del dipendente, con strumenti propri del dipendente.
3. L'azienda è tenuta alla verifica preventiva dell'idoneità del luogo di lavoro, anche ai fini della valutazione del rischio di infortuni, nella fase di avvio e, successivamente, con frequenza semestrale.
4. Il dipendente in condizione di cecità con profilo di operatore tecnico centralinista che intenda avvalersi del lavoro da remoto può presentare formale e motivata istanza di telelavoro domiciliare al proprio Dirigente/Direttore Responsabile il quale rilascia motivato parere in ordine alla insussistenza di motivi ostativi e alla durata della prestazione lavorativa in siffatta modalità la quale non potrà in ogni caso protrarsi oltre 12 mesi.
5. Il dirigente dell'ufficio predispone, d'intesa con il dipendente, un accordo individuale, da redigere secondo il *format* allegato (allegati 3 e 4) e contenente i dati e i requisiti di cui al comma al comma 7 dell'art. 8, **con la sola eccezione delle lettere e) concernente il diritto alla disconnessione e le fasce di contattabilità.**
6. Il lavoro da remoto viene prestato con vincoli di tempo e mediante presidio costante del processo e continua operatività e costante accesso alle procedure di lavoro sia pure nel rispetto delle disposizioni in materia di orario di lavoro, circostanze sulle quali dovrà

sorvegliare il Dirigente Responsabile dell'Ufficio presso cui è assegnato il dipendente.

7. In caso di più richieste, ove necessario, il Direttore/Dirigente Responsabile al fine di garantire la continuità dei servizi resi all'utenza, predispone apposito piano per l'individuazione dei mesi continuativi in cui i lavoratori richiedenti saranno adibiti, a rotazione, nella forma del telelavoro domiciliare.
8. Qualora dovesse sopraggiungere una diversa disciplina di rango legislativo o, nell'ambito della contrattazione collettiva nazionale, una diversa disciplina di fonte pattizia, le presenti disposizioni si disapplicano in luogo di quelle dettate in materia nonché di quelle disposte a tutela di questa categoria di lavoratori.

ARTICOLO 12

Trattamento giuridico ed economico

1. L'Amministrazione garantisce che i dipendenti che si avvalgono delle modalità di lavoro agile e lavoro da remoto non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento della professionalità e della progressione di carriera. La conclusione di accordi di lavoro in modalità *di lavoro agile e telelavoro domiciliare* non incide sulla natura giuridica del rapporto di lavoro subordinato in atto, regolato dalle norme legislative e dai contratti collettivi nazionali e integrativi, né sul trattamento economico in godimento.
2. La prestazione lavorativa in modalità agile e quella da remoto è integralmente considerata come servizio pari a quello ordinariamente reso presso le sedi abituali ed è utile ai fini della progressione in carriera, del computo dell'anzianità di servizio, nonché dell'applicazione degli istituti relativi al trattamento economico accessorio.
3. Al lavoratore agile, per effetto della distribuzione flessibile del tempo di lavoro, nelle giornate di lavoro agile non è riconosciuto il trattamento di trasferta e non sono autorizzabili prestazioni straordinarie, notturne o festive né protrazioni dell'orario di lavoro aggiuntive.
4. Nelle giornate di attività in lavoro agile il dipendente non ha diritto all'erogazione del Buono Pasto, ove istituito. E' invece riconosciuto al dipendente in telelavoro domiciliare, essendo la prestazione lavorativa effettuata continuativamente con l'osservanza dei vincoli di tempo.
5. Durante lo svolgimento della prestazione in modalità agile e del telelavoro domiciliare restano ferme le disposizioni in materia di responsabilità, infrazioni e sanzioni contemplate dalle leggi, dal decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, recante il codice di comportamento dei dipendenti pubblici e codice di comportamento dei dipendenti dell'ASL BT.



ARTICOLO 13

Obblighi afferenti alla riservatezza e alla sicurezza dei dati

1. Nell'esecuzione della prestazione, il dipendente in lavoro agile ed in telelavoro domiciliare è tenuto al rispetto degli obblighi di riservatezza previsti dalla normativa vigente di cui al regolamento UE N. 679/2016 – GDPR e al decreto legislativo n. 196/03 e sostanziali modifiche intervenute.
2. Il Lavoratore Agile è, altresì, tenuto ad adottare tutte le precauzioni idonee a impedire la visualizzazione da parte di estranei e/o la dispersione dei dati e delle informazioni trattate ed è responsabile della sicurezza dei dati anche in relazione ai rischi collegati alla scelta di un'adeguata postazione di lavoro, ed è tenuto altresì ad attenersi alle disposizioni di cui **all'allegato sub A)** dell'accordo individuale di lavoro.
3. Anche il dipendente in Telelavoro è tenuto al rispetto delle prescrizioni di cui al comma precedente ed è tenuto altresì ad attenersi alle disposizioni di cui **all'allegato sub C)** dell'accordo individuale di lavoro.
4. I servizi dei sistemi informatici adottano soluzioni tecnologiche idonee a consentire il collegamento dall'esterno alle risorse informatiche dell'ufficio necessarie allo svolgimento delle attività previste, nel rispetto di *standard* di sicurezza equivalenti a quelli garantiti alle postazioni lavorative presenti nei locali dell'Amministrazione.
5. Le medesime strutture determinano, altresì, le prescrizioni tecniche per la protezione della rete e dei dati alle quali il dipendente deve attenersi nello svolgimento dell'attività fuori dalla sede di lavoro. Tali prescrizioni confluiscono in un allegato all'accordo individuale, costituendone parte integrante e sostanziale.

ARTICOLO 14

Sicurezza sul lavoro

6. L'Amministrazione garantisce, ai sensi del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, la salute e la sicurezza del dipendente in coerenza con l'esercizio flessibile dell'attività di lavoro.
7. A tal fine, prima della sottoscrizione degli accordi individuali, il Datore di lavoro fornisce ai Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (R.L.S) un'informativa scritta, con l'indicazione delle prescrizioni concernenti i rischi generali e specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione della prestazione e si impegna di concerto con gli R.L.S dell'ASL BT, a fornire tempestivamente eventuali aggiornamenti e modifiche che dovessero sopraggiungere durante

la vigenza di siffatta regolamentazione sul lavoro agile.

8. L'informativa è **allegata sub B)** all'accordo individuale, di cui costituisce parte integrante e sostanziale **per il lavoratore agile**, ed è **allegata sub D), per il dipendente in telelavoro**, e deve essere sottoscritta sia dal dipendente che si impegna ad attenersi scrupolosamente, nella scelta del luogo in cui espletare l'attività lavorativa, alle prescrizioni ivi indicate, sia dal Datore di Lavoro, nella persona della Direttrice Generale che delega, a tal proposito, con il presente atto il Dirigente Responsabile dell'ufficio presso cui presta servizio il dipendente, nonché dai Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (R.L.S), che si riservano di individuare all'uopo, un unico referente per la sicurezza del lavoro in modalità agile.
9. Ogni dipendente collabora con l'Amministrazione al fine di garantire un adempimento sicuro e corretto della prestazione di lavoro.
10. L'Amministrazione non risponde degli infortuni verificatisi a causa della negligenza del dipendente nella scelta di un ambiente di lavoro non rispettoso delle indicazioni contenute nell'informativa.

ARTICOLO 15

Recesso

1. Durante il periodo di svolgimento dell'accordo di lavoro agile, sia il dirigente che il lavoratore agile possono, con un preavviso non inferiore a 30 giorni e fornendo specifica motivazione, recedere dall'accordo e interrompere l'esecuzione prima della sua naturale scadenza. Nel caso di lavoratori con disabilità, ai sensi dell'art. 1 della legge 12 marzo 1999, n. 68, il termine di preavviso non può essere inferiore a 90 giorni, ai sensi della legge n. 81/2017.
2. In caso di giustificato motivo le parti possono recedere dall'accordo in qualunque momento, senza preavviso. A titolo esemplificativo, costituiscono ipotesi di giustificato motivo: il venir meno delle condizioni di cui all'articolo 5 comma 1; la sopravvenuta impossibilità per il lavoratore agile di mettere a disposizione la dotazione informatica necessaria per lo svolgimento della prestazione fuori dalla sede di lavoro; l'inosservanza delle prescrizioni in materia di riservatezza e sicurezza dei dati; il venir meno delle condizioni che consentono al lavoratore agile il rispetto delle prescrizioni in materia di sicurezza sul lavoro; l'inosservanza degli obblighi connessi all'espletamento dell'attività in modalità agile indicati nell'accordo individuale.

ARTICOLO 16

Monitoraggio e Valutazione

A) STRUMENTI DI RENDICONTAZIONE

La rendicontazione del lavoro avviene mediante l'utilizzo dei seguenti strumenti:

a) **Microsoft FORMS** della piattaforma OFFICE 365, secondo il questionario presente in piattaforma, al quale il dipendente accede dalla propria posta elettronica aziendale mediante il seguente link:

https://forms.office.com/pages/responsepage.aspx?id=OcwJy-MEGEic7Sv-WBkzfPsm-IPvbOIMn_s-6QT4qmJUOU02MzdUUktXS0E1Sk04NzMwOTE5TzhJVi4u

b) **Microsoft Planner:** un'applicazione di pianificazione disponibile sulla piattaforma Microsoft 365 che consente di creare bacheche di attività da corredare con diverse funzionalità, tra cui file, elenchi di controllo ed etichette;

c) in via residuale cartella di lavoro excel;

B) STRUMENTI DI MONITORAGGIO

1. Il Direttore/Dirigente Responsabile presso il quale è assegnato il lavoratore agile ed il dipendente in telelavoro domiciliare redige con cadenza semestrale e trasmette all'Area Gestione del Personale, al Controllo di Gestione e alla Direzione Strategica un *report* sui risultati perseguiti dal dipendente rispetto agli obiettivi assegnati e prefissati, secondo il seguente schema, che potrebbe subire in sede di monitoraggio, eventuali modifiche ed integrazioni:

VERIFICA ATTIVITA' SVOLTE IN MODALITA' LAVORO AGILE e TELELAVORO DOMICILIARE

Dipendente:

Unità di assegnazione

Data _____

Attività Programmata	Riscontro attività (ad es. n. 100 determinazioni n.. del ___; 100 protocolli n.. del... etc)	Orario e giornata istituzionalmente previsti in lavoro agile/telelavoro	Cause mancato raggiungimento dell'attività prefissata e/o dell'obiettivo posto	Documentazione Allegata

2. Il controllo di Gestione d'intesa con l'Area Gestione Risorse Umane cura la rilevazione annuale dell'andamento del lavoro agile acquisendo i relativi dati dagli Uffici coinvolti nel lavoro agile.

3. L'amministrazione si riserva di implementare il sistema di monitoraggio nell'ottica di una progressiva integrazione con il sistema di misurazione e valutazione dei risultati conseguiti, in termini di obiettivi raggiunti nel periodo considerato, dal lavoratore agile.

ART. 17 - Implementazione Lavoro agile.

Analisi di Impatto e Work Life Balance negli Anni 2023-2025

Al fine di monitorare lo stato di implementazione nel triennio del lavoro agile e la performance organizzativa e individuale, si definiscono i seguenti obiettivi per il triennio 2023-2025 che saranno oggetto di monitoraggio in occasione della Relazione Annuale Sulla Performance.

Implementazione lavoro agile	Indicatori quantitativi sullo stato di implementazione del lavoro agile		Obiettivo 2023	Obiettivo 2024	Obiettivo 2025
	% Giornate lavoro agile / giornate lavorative totali		Dato 2022+3%	Dato 2023+5%	Dato 2024+7%
	% lavoratori agili effettivi		Non inferiore al 15%	Non inferiore al 20%	Non inferiore al 30%
	Indicatori qualitativi sullo stato di implementazione del lavoro agile				
	Soddisfazione per genere: % donne soddisfatte_		Dato 2022+5%	Dato 2023+7%	Dato 2024+8%



	% lavoratrici madri				
	Soddisfazione per genere: % uomini soddisfatti		Dato 2022+2%	Dato 2023+4%	Dato 2024+5%
Condizioni abilitanti lavoro agile	Indicatori di Salute Digitale				
	% Applicativi consultabili in lavoro agile		100%	100%	100%
	Firme digitali_ Numero di firme digitali		Ad almeno 10 Dirigenti in più rispetto al 2022	Ad almeno 20 Dirigenti in più rispetto al 2022; Ad almeno il 10% dei Collaboratori amministrativi che firmano atti e/o note	Almeno 30 Dirigenti in più rispetto al 2023; Ad almeno il 20% dei Collaboratori amministrativi che firmano atti e/o note
	Sistema VPN – Implementazione: Adozione di tecnica di autenticazione “forte” cosiddetta “a due fattori” (2FA) consistente nell’erogazione di un Token di sicurezza, oltre all’autenticazione di password e nome utente e installazione dell’APP FortiToken Mobile , sia per iOS che per Android, con la funzione di token software mediante lo smartphone		Per almeno 250 lavoratori in lavoro agile.	Per almeno 350 lavoratori in lavoro agile	Per almeno 500 lavoratori in lavoro agile



Indicatori di salute professionale				
Competenze direzionali	Personale dirigenziale che ha partecipato a corsi di formazione sulle competenze direzionali in materia di lavoro agile	Non inferiore al 30%	Non inferiore al 50%	Non inferiore al 20%
Competenze organizzative²	Personale Formato / Personale che opera in regime di Lavoro Agile	Non inferiore al 30%	Non inferiore al 50%	Non inferiore al 20%
	% Lavoratori che lavorano per obiettivi	Almeno il 30%	Almeno il 50%	Non inferiore al 50%
Competenze digitali	% di lavoratori Agili che utilizzano le tecnologie digitali a disposizione	Almeno il 30%	Almeno il 50%	Non inferiore al 50%
Indicatori di performance organizzativa				

² Si veda per lo sviluppo della Formazione in materia di lavoro agile il successivo art. 17 del Presente Regolamento



	Economicità	Riduzione annuo dei costi per straordinari	Costo Straordinario Strutture Che Operano In Smart Anno 2023 / Costo del Personale Anno 2023) < (Costo Straordinario Strutture Che Operano In Smart Anno 2022 / Costo del Personale Anno 2022)	Costo Straordinario Strutture Che Operano In Smart Anno 2024 / Costo del Personale Anno 2024) < (Costo Straordinario Strutture Che Operano In Smart Anno 2022 / Costo del Personale Anno 2023)	Costo Straordinario Strutture Che Operano In Smart Anno 2025 / Costo del Personale Anno 2025) < (Costo Straordinario Strutture Che Operano In Smart Anno 2024 / Costo del Personale Anno 2024)
	Efficienza	Diminuzione assenze (Giorni Assenza Anno 2022	Giorni Assenza Anno 2023 / Giorni Lavorabili Anno 2023) < (Giorni Assenza Anno 2022 / Giorni Lavorabili Anno 2022)	Giorni Assenza Anno 2024 / Giorni Lavorabili Anno 2024) < (Giorni Assenza Anno 2023/ Giorni Lavorabili Anno 2023)	Giorni Assenza Anno 2025 / Giorni Lavorabili Anno 2025 < (Giorni Assenza Anno 2024 / Giorni Lavorabili Anno 2024)



Efficacia	Indicatori di performance individuale	Punteggio medio attribuito ai dipendenti per il contributo al raggiungimento obiettivi di budget Anno 2023 > Punteggio medio attribuito ai dipendenti per il contributo al raggiungimento obiettivi di budget Anno 2022	Punteggio medio attribuito ai dipendenti per il contributo al raggiungimento obiettivi di budget Anno 2024 > Punteggio medio attribuito ai dipendenti per il contributo al raggiungimento obiettivi di budget Anno 2023	Punteggio medio attribuito ai dipendenti per il contributo al raggiungimento obiettivi di budget Anno 2025 > Punteggio medio attribuito ai dipendenti per il contributo al raggiungimento obiettivi di budget Anno 2024
------------------	--	---	---	---

ARTICOLO 18

Formazione

1. Lo sviluppo del "lavoro agile" all'interno dell'amministrazione non può prescindere da un programma formativo articolato sull'intero triennio della programmazione strategico-gestionale, che consenta ai dipendenti impegnati nel L.A. e ai Dirigenti preposti alla programmazione e controllo delle attività, di acquisire specifiche conoscenze.
2. Nell'ambito del progetto di accrescimento delle competenze del personale, si ritiene opportuno focalizzare in particolare l'attenzione su differenti percorsi formativi e nello specifico:
 - a. Corsi di formazione dedicati ai Dirigenti Responsabili delle strutture il cui personale è impiegato in L.A., e finalizzati a definire percorsi e strumenti utili da un lato alla riorganizzazione delle attività e dall'altro alla definizione di procedure per la programmazione ed il controllo.
 - b. Corsi di formazione dedicati ai dipendenti impiegati in attività di lavoro agile, finalizzati a far conoscere tutti gli strumenti tecnologici a disposizione per una migliore gestione delle attività.

c. Corsi di formazione dedicati ai dipendenti impiegati in attività di lavoro agile in materia di salute e sicurezza sul lavoro reso in modalità agile nonché sulla protezione, riservatezza e sicurezza dei dati durante l'espletamento del lavoro agile.

3. Tale percorso formativo, si svolgerà nel rispetto del seguente cronoprogramma:

Corsi dedicati al personale operante in modalità di lavoro agile	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
	<p><u>1 ° Corso</u> di formazione dedicato al 30% del personale dirigenziale sulle competenze direzionali in materia di lavoro agile;</p> <p><u>1 ° Corso</u> di formazione dedicato al 30% del personale non dirigenziale in L.A. in materia di salute e sicurezza sul lavoro reso in modalità agile nonché in materia di protezione, riservatezza e sicurezza dei dati.</p>	<p><u>2 ° Corso</u> di formazione dedicato al 50% del personale non dirigenziale in L.A. in materia di salute e sicurezza sul lavoro reso in modalità agile nonché in materia di protezione, riservatezza e sicurezza dei dati;</p> <p><u>2° Corso</u> di formazione dedicato al 50% del personale dirigenziale in L.A. sulle competenze direzionali in</p>	<p><u>1 ° Corso</u> di formazione dedicato al 20% del personale non dirigenziale finalizzato alla conoscenza di tutti gli strumenti tecnologici implementati dall'Azienda e messi a disposizione per una migliore gestione delle attività e sui connessi aspetti in materia di salute e sicurezza del lavoro nonché in materia di protezione, riservatezza e</p>



		materia di lavoro agile;	<p>sicurezza dei dati;</p> <p><u>3 ° Corso di</u> formazione dedicato al 20% del personale non dirigenziale in L.A. in materia di salute e sicurezza sul lavoro reso in modalità agile nonché in materia di protezione, riservatezza e sicurezza dei dati;</p> <p><u>3° Corso di</u> formazione dedicato al 20% del personale dirigenziale in L.A. sulle competenze direzionali in materia di lavoro agile;</p>
--	--	--------------------------	---



ASL BT

PugliaSalute

ARTICOLO 19

Clausola d'invarianza

Dall'attuazione del presente regolamento non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

ARTICOLO 20

Disposizioni finali

1. Il presente provvedimento si applica per la durata di un anno a decorrere dalla data di approvazione del P.I.A.O, con apposita delibera aziendale, fatta salva la necessità di aggiornare le presenti disposizioni in relazione alla normativa sopravvenuta o a specifiche esigenze, anche di carattere sanitario.

2. Per quanto non espressamente indicato nel presente atto, si fa rinvio alle disposizioni che regolano gli istituti che disciplinano il rapporto di lavoro del personale delle Aziende Sanitarie Locali, nonché alla Contrattazione Collettiva nazionale.

Allegato 1)

**ATTIVAZIONE DEL LAVORO AGILE NELL'ASL BT
DICHIARAZIONE DISPONIBILITA'**

Al Dirigente Responsabile dell'U.O.

(e per i Direttori/Dirigenti Responsabili)

Al Direttore di Dipartimento/Al Direttore di U.O.C

Il sottoscritto sig /sig.ra _____, in servizio presso l'ufficio / Area / Servizio _____ in qualità di (profilo) _____

Richiamato il Regolamento aziendale, approvato con Deliberazione della Direttrice Generale n. ____ del ____

D I C H I A R A

- ✓ di essere interessato all'espletamento del lavoro agile;
- ✓ di essere in possesso degli strumenti di lavoro necessari all'espletamento delle attività lavorative ordinariamente svolte e nello specifico:

	INDICARE Si O NO
Computer	
Stampante	
Collegamento web	
Altro	

(COMPILARE SOLO PER LE PARTI DI INTERESSE)

di trovarsi nella condizione di lavoratrice o lavoratore con figli di età inferiore ad anni tre, che abbia già fruito dei permessi obbligatori previsti per legge a tutela della maternità e paternità, o di dipendente con figli che, indipendentemente dall'età, siano affetti da disabilità grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/92, così come previste dall'art. 6, comma 7 lett. a) e b) e comma 8 del Regolamento aziendale, approvato con Deliberazione della Direttrice Generale n___ del ___ come di seguito riportato:

INDICARE LA PRIORITA' (tra quelle sopra indicate)	NOTE (INDICARE la data di nascita dei figli o la condizione di infermità da cui essi siano affetti allegando idonea documentazione)

di trovarsi in condizioni di eccezionale e comprovata necessità, per impedimenti personali gravi, debitamente documentati e non altrimenti risolvibili, che comportino un'assenza frequente dal servizio con ripercussioni notevoli sul buon andamento dell'ufficio di assegnazione e con aggravio notevole dei procedimenti a carico degli altri dipendenti rimasti in servizio, previste dall'art. 6, comma 11, ai fini dell'**Autorizzazione in deroga** del Regolamento aziendale, approvato con Deliberazione della Direttrice Generale n___ del ___ come di seguito indicato.

Indicare i motivi di grave ed eccezionale impedimento	Indicare e allegare documentazione a comprova dei gravi ed eccezionali impedimenti

di trovarsi nelle condizioni di disabilità grave ex art. 3, comma 3, della legge n. 104/92 o in condizioni di fragilità di cui al Decreto del Ministero della Salute del 04.02.2022, accluso alla presente, come da certificazioni che di seguito si indicano e che si allegano:



ASL BT

PugliaSalute

<ul style="list-style-type: none">✓ idonea certificazione medico-collegiale atta a dimostrare l'esistenza della patologia e delle condizioni di cui al comma 1;✓ attestazione rilasciata dal proprio medico di medicina generale;	
--	--

Data _____

Firma _____

**ACCORDO INDIVIDUALE
PER L'ATTIVAZIONE DEL LAVORO AGILE NELL'ASL BT**

TRA

L'Asl BT, in persona del Dott. _____ / Dott.ssa _____ in
 qualità _____ di _____ responsabile _____ della
 UOS/UOC/UOSVD _____

E

Il/la sig/dott/sig.ra/dott.ssa _____, in servizio presso l'ufficio / area /
 servizio _____ in qualità di (profilo) _____

Richiamato il Regolamento aziendale sul lavoro agile approvato con deliberazione della direttrice generale n. __ del ____

SI DEFINISCE QUANTO SEGUE

**ARTICOLO 1) - DURATA DELL'ACCORDO. FASCE DI CONTATTABILITÀ E TEMPI DI
DISCONNESSIONE**

Il presente accordo è valido per il periodo al _____ al _____ (non superiore a 1 ANNO)
 nelle seguenti giornate e orari lavorativi:

Giorno(*)	Dalle Ore**	Alle Ore	Durata Lavorativo	Orario
Lunedì				

Martedì			
Mercoledì			
Giovedì			
Venerdì			
Sabato			

(* indicare 1 giorno a settimana_ max 4 al mese; indicare 2 giorni a settimana max 8 al mese, per i lavoratori/lavoratrici con figli inferiori ad anni tre o con figli che indipendentemente dell'età siano affetti da disabilità grave documentata che ne facciano richiesta; Per i soggetti in condizioni di fragilità e grave disabilità, fermo restando quanto previsto dalla legge fino al 31.03.2023 e successive proroghe, indicare, 2 giorni a settimana_ max 10 al mese).

(*le ore di inizio e fine attività individuate nel presente prospetto sono meramente indicative e potranno essere modificate nel rispetto del debito orario contrattualmente previsto).

Il dipendente si impegna ad essere reperibile nelle seguenti fasce di contattabilità*:

Giorno	Dalle Ore	Alle Ore
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		

(* per almeno 5 ore nei giorni di lunedì, mercoledì e venerdì e di 8 ore nei giorni di martedì e giovedì)

Il Dirigente Responsabile dell'ufficio ha la facoltà di richiedere la presenza in sede del dipendente in qualsiasi momento per straordinarie e non preventivabili esigenze di servizio, che dovranno essere comunicate al lavoratore agile per iscritto almeno un giorno prima. **Il rientro in servizio non comporta il diritto al recupero delle giornate di lavoro agile non fruito.**

Il Dirigente Responsabile/Direttore di Dipartimento ed il dipendente concordano, nel rispetto di una fascia oraria non inferiore a 11 ore consecutive, i seguenti tempi di disconnessione:

✓ dalle ore _____ alle ore _____ (es. dalle 19.00 alle 7.30).

ARTICOLO 2) - MODALITA' DI ESECUZIONE DEL LAVORO AGILE

Il lavoratore/lavoratrice si impegna a svolgere l'attività lavorativa in modalità agile nei giorni e negli orari previsti al precedente punto 1 o in orari differenti concordati e definiti nel rispetto delle indicazioni fornite dal Regolamento Aziendale, garantendo la reperibilità nelle fasce di contattabilità come concordate con il dirigente.

Il lavoratore dovrà attestare la propria presenza mediante la causale "Lavoro agile" del terminale virtuale, nel rispetto del debito orario stabilito dai CCNLL di rispettiva pertinenza.

Il luogo/ I luoghi tendenzialmente prescelto/i dal dipendente per l'esecuzione della prestazione lavorativa sono:

_____;

_____;

Ove nel corso della durata dell'accordo sopraggiungesse la necessità di variare il luogo/i luoghi di svolgimento del lavoro agile, il dipendente si impegna a comunicare senza indugio, e comunque almeno 24 ore prima della giornata in modalità agile, la relativa variazione al proprio dirigente responsabile.

Il dipendente si impegna, in relazione all'attività lavorativa e alle mutate esigenze aziendali che dovessero intervenire, a garantire la propria presenza presso la sede di lavoro, su richiesta del Dirigente Responsabile ovvero sulla base di autonoma valutazione delle esigenze di servizio.

Il Direttore responsabile dell'Area Gestione Risorse Umane cura la comunicazione on-line all'INAIL, tramite l'applicativo messo a disposizione sul portale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, dei dati dei dipendenti che si avvalgono di modalità di lavoro agile in servizio presso il proprio ufficio.

A tal fine, gli accordi, sottoscritti dal lavoratore agile e dal Dirigente, **sono trasmessi all'Ufficio Rilevazioni Presenze dell'Area Gestione del Personale, tempestivamente e comunque entro e non oltre 5 giorni dalla sottoscrizione**, per le comunicazioni obbligatorie di cui al precedente comma, a pena di sanzioni amministrative pecuniarie in capo all'Azienda.

ARTICOLO 5) - OBBLIGHI DEL DIPENDENTE IN MATERIA DI RISERVATEZZA E DI SICUREZZA DEI DATI

IL dipendente si impegna a sottoscrivere e ad osservare scrupolosamente, nello svolgimento dell'attività fuori dalla sede di lavoro, il documento allegato **sub A)** al presente accordo individuale, costituendone parte integrante e sostanziale, sulle prescrizioni tecniche per la protezione della rete e dei dati, nel rispetto di standard di sicurezza.

Il dipendente si impegna altresì ad esonerare l'amministrazione da ogni spesa sostenuta per l'utilizzo delle apparecchiature, consumi elettrici, connessione alla rete internet, alle comunicazioni telefoniche e ad ogni altro onere connesso all'attività lavorativa.

ARTICOLO 6) - RENDICONTAZIONE, CONTROLLI E MONITORAGGIO

Il dipendente che svolge la prestazione in modalità agile è tenuto a rendicontare le attività svolte, a cadenza giornaliera, mediante l'utilizzo del seguente applicativo:

(segnare con una x quello prescelto)

- Microsoft FORMS
- Microsoft Planner
- Report in file .excel

I controlli del datore di lavoro avverranno sempre nel rispetto della vigente normativa e saranno principalmente rivolti alla verifica del raggiungimento degli obiettivi e svolgimento delle attività concordate, nei tempi e con il livello di qualità previsti, e di cui dovrà darsi evidenza, avendo cura di documentare con ogni strumento utile (mail inviate dal lavoratore, delibere predisposte, documenti prodotti, documenti cartacei consegnati in occasione della verifica ecc.).

A tal fine, al termine della durata dell'accordo o nel diverso termine eventualmente richiesto dalla Direzione Strategica, il Dirigente Responsabile richiede al dipendente le prova documentata, di cui al comma precedente, per ogni singola attività effettuata in lavoro agile e conseguentemente elabora un report secondo il *fac simile* di seguito riportato:

VERIFICA ATTIVITA' SVOLTE IN MODALITA' LAVORO AGILE

Dipendente:

Unità di assegnazione

Data _____ **alle ore** _____

Attività Programmata	Riscontro attività (ad es. n. 100 determinazioni n.. del __; 100 protocolli n.. del... etc)	Orario e giornata istituzionalmente previsti in lavoro agile/telelavoro	Cause mancato raggiungimento dell'attività prefissata e/o dell'obiettivo posto	Documentazione Allegata

ARTICOLO 7) - OBBLIGHI DEL DIPENDENTE IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA

Il lavoratore/lavoratrice in lavoro agile è tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione applicando correttamente le direttive aziendali. Il lavoratore collabora con l'amministrazione al fine di garantire un adempimento sicuro e corretto della prestazione di lavoro.

A tal fine, in osservanza del Regolamento Aziendale sul lavoro agile, il dipendente si impegna ad attenersi alle disposizioni impartite dall'amministrazione, per lo svolgimento del lavoro agile, nel rispetto dei criteri di idoneità, sicurezza e riservatezza e in un luogo rispondente ai requisiti minimi stabiliti dalla Direttiva dell'INAIL sulla salute e sicurezza nel lavoro agile, ai sensi dell'art. 22 co 1 L. 81/17 e riportati nell'informativa generale, allegata al presente accordo sub B) e a sottoscriverne il contenuto.

L'amministrazione non risponde degli infortuni verificatisi a causa di comportamenti del dipendente incoerenti con quanto indicato nell'informativa di cui al comma precedente e comunque incompatibili con un corretto svolgimento della prestazione lavorativa.

ARTICOLO 8) - RECESSO, RISOLUZIONE e MODIFICA

Durante il periodo di svolgimento dell'accordo di lavoro agile, sia il dirigente che il lavoratore agile possono, con un preavviso non inferiore a 30 giorni e fornendo specifica motivazione, recedere dall'accordo e interrompere l'esecuzione prima della sua naturale scadenza. Nel caso di lavoratori con disabilità, ai sensi dell'art. 1 della legge 12 marzo 1999, n. 68, il termine di preavviso non può essere inferiore a 90 giorni, ai sensi della legge n. 81/2017.

Il recesso dal presente accordo prima della sua scadenza naturale è possibile su impulso di entrambe le parti senza preavviso in presenza di giustificato motivo oggettivo (a titolo

esemplificativo: mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati/ concordati, assegnazione ad altre strutture aziendali, modifica esigenze di bilanciamento personali, inosservanza dei termini dell'accordo, mancato rispetto degli orari lavorativi previsti per ciascuna giornata, la sopravvenuta impossibilità per il lavoratore agile di mettere a disposizione la dotazione informatica necessaria per lo svolgimento della prestazione fuori dalla sede di lavoro; l'inosservanza delle prescrizioni in materia di riservatezza e sicurezza dei dati; il venir meno delle condizioni che consentono al lavoratore agile il rispetto delle prescrizioni in materia di sicurezza sul lavoro, ecc.)

Il dipendente e il dirigente Responsabile acconsentono alla possibilità che il presente accordo possa essere risolto o modificato per mutata volontà della Direzione Strategica Aziendale in relazione alle esigenze aziendali, regolamentari e normative che dovessero sopravvenire.

ARTICOLO 9) - NORMATIVA DI RINVIO E DISPOSIZIONI FINALI

Per ogni altro aspetto non trattato espressamente nel presente accordo si rinvia a quanto disciplinato nel Regolamento aziendale sul lavoro agile che qui si ha per integralmente riportato e ritrascritto.

Il presente accordo ha validità fino alla data fissata fra le parti o fino alla diversa data, anche antecedente, di entrata in vigore della nuova REGOLAMENTAZIONE AZIENDALE nonché dei nuovi CCNLL di categoria che dovessero sopraggiungere ad integrazione e modifica della disciplina sul lavoro agile.

FIRMA DEL LAVORATORE/LAVORATRICE

FIRMA DEL DIRETTORE/DIRIGENTE RESPONSABILE

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1341 c.c. il dipendente si impegna ad approvare specificatamente le clausole contrattuali contenute negli artt. 1, commi 2 e 3, art. 2 commi 1 e 5, art. 4, art. 5, art. 7, art. 8, art. 9.

FIRMA DEL LAVORATORE/LAVORATRICE

—

**ATTIVAZIONE DEL TELELAVORO DOMICILIARE NELL'ASL BT
DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA'**

Al Dirigente Responsabile dell'UO _____
Dott. / Dott.ssa _____

Il sottoscritto sig /sig.ra _____, in servizio presso l'ufficio / Area / Servizio _____ in qualità di (profilo) _____

Richiamato il Regolamento aziendale, approvato con Deliberazione della Direttrice Generale n ____ del ____

D I C H I A R A

✓ di trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 11 del Regolamento aziendale, approvato con Deliberazione della Direttrice Generale n ____ del ____ come di seguito riportato:

- ✓ di essere interessato all'espletamento del lavoro agile nella forma del Telelavoro domiciliare;
- ✓ di essere in possesso degli strumenti di lavoro necessari all'espletamento delle attività lavorative ordinariamente svolte e nello specifico:

	INDICARE Si O NO
Computer	
Stampante	
Collegamento web	
Altro	

✓ (barrare con una X l'opzione di interesse) Di non trovarsi / di trovarsi nelle condizioni di disabilità grave ex art. 3, comma 3, della legge n. 104/92 o in condizioni di fragilità di cui al DM DEL 04.02.2022, come da certificazioni di seguito riportate debitamente allegate:



ASL BT

PugliaSalute

<ul style="list-style-type: none">✓ idonea certificazione medico-collegiale atta a dimostrare l'esistenza della patologia e delle condizioni di cui al comma 1;✓ attestazione rilasciata dal proprio medico di medicina generale;	
--	--

Data _____

Firma

**ACCORDO INDIVIDUALE PER L'ATTIVAZIONE DEL LAVORO DA REMOTO
NELLA FORMA DEL TELELAVORO DOMICILIARE
NELL'ASL BT**

TRA

L'Asl BT, in persona del Dott. _____ / Dott.ssa _____ in
 qualità _____ di _____ responsabile _____ della
 UOS/UOC/UOSVD _____

E

Il/la sig/dott/sig.ra/dott.ssa _____, in servizio presso l'ufficio / area /
 servizio _____ in qualità di (profilo) _____

Richiamato il Regolamento aziendale sul lavoro agile approvato con deliberazione della direttrice generale n. ___ del _____

SI DEFINISCE QUANTO SEGUE

1) DURATA DELL'ACCORDO. FASCE DI CONTATTABILITÀ E TEMPI DI DISCONNESSIONE

Il presente accordo è valido per il periodo non superiore a 12 mesi dal _____ al _____
 nelle seguenti giornate nell'osservanza del debito orario stabilito dal CCNL COMPARTO SANITA':

Giorno	Dalle Ore	Alle Ore	Durata Lavorativo	Orario

Lunedì			
Martedì			
Mercoledì			
Giovedì			
Venerdì			
Sabato			

2) MODALITA' DI ESECUZIONE DEL TELELAVORO

Il lavoratore/La lavoratrice si impegna a svolgere l'attività lavorativa nell'osservanza dei vincoli di tempo e mediante presidio costante del processo e continua operatività e costante accesso alle procedure di lavoro sia pure nel rispetto delle disposizioni in materia di orario di lavoro, circostanze sulle quali dovrà sorvegliare il Dirigente Responsabile dell'Ufficio presso cui è assegnato il dipendente.

Il lavoratore dovrà attestare la propria presenza mediante la causale "62 Telelavoro domiciliare" del terminale virtuale, nel rispetto del debito orario stabilito dai CCNLL di rispettiva pertinenza.

Il luogo prescelto dal dipendente per l'esecuzione della prestazione lavorativa è

il proprio domicilio sito in _____ Prov. _____ alla via

_____;

Il dipendente si impegna, in relazione all'attività lavorativa e alle mutate esigenze aziendali che dovessero intervenire, a garantire la propria presenza presso la sede di lavoro, su richiesta del Dirigente Responsabile ovvero sulla base di autonoma valutazione delle esigenze di servizio.

3) DEFINIZIONE DELLE ATTIVITA' DA SVOLGERE

Il lavoratore/lavoratrice ed il Responsabile di struttura in base ai carichi di lavoro ordinariamente assegnati concordano che dovranno essere rese in modalità agile nelle giornate concordate le seguenti attività:

telefoniche e ad ogni altro onere connesso all'attività lavorativa.

6) RENDICONTAZIONE, CONTROLLI E MONITORAGGIO

Il dipendente che svolge la prestazione in modalità agile nella forma del telelavoro domiciliare è tenuto a rendicontare in modo analitico e a quantificare le attività svolte, a cadenza giornaliera, mediante l'utilizzo del seguente applicativo:

(segnare con una x quello prescelto)

- Report in file excel predisposto dal Dirigente Responsabile
- Microsoft FORMS
- Microsoft Planner

I controlli del datore di lavoro avverranno sempre nel rispetto della vigente normativa e saranno principalmente rivolti alla verifica del raggiungimento degli obiettivi e svolgimento delle attività concordate, nei tempi e con il livello di qualità previsti, e di cui dovrà darsi evidenza, avendo cura di documentare con ogni strumento utile (ad es. mail inviate dal lavoratore o documenti consegnati in occasione della verifica ecc.).

Al termine della durata dell'accordo o nel diverso termine eventualmente richiesto dalla Direzione Strategica, il Dirigente Responsabile richiede al dipendente la prova documentata, di cui al comma precedente, per ogni singola attività effettuata in lavoro agile e conseguentemente elabora un *report* secondo il *fac simile* di seguito riportato:

VERIFICA ATTIVITA' SVOLTE IN MODALITA' TELELAVORO DOMICILIARE

Dipendente:

Unità di assegnazione

Data _____ alle ore _____

Attività Programmata	Riscontro attività (ad es. n. 100 determinazioni n.. del ___; 100 protocolli n.. del.... etc)	Orario e giornata istituzionalmente previsti in lavoro agile/telelavoro	Cause mancato raggiungimento dell'attività prefissata e/o dell'obiettivo posto	Documentazione Allegata

7) OBBLIGHI DEL DIPENDENTE IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA

Il lavoratore/lavoratrice in lavoro agile è tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione applicando correttamente le direttive aziendali e a favorire i controlli sull'idoneità del luogo di lavoro alla fase dell'avvio del telelavoro e successivamente, semestralmente, su richiesta dell'Azienda.

Il lavoratore collabora con l'amministrazione al fine di garantire un adempimento sicuro e corretto della prestazione di lavoro.

A tal fine, in osservanza del Regolamento Aziendale sul lavoro agile, il dipendente si impegna ad attenersi scrupolosamente alle disposizioni impartite dall'amministrazione, per lo svolgimento del lavoro agile, nel rispetto dei criteri di idoneità, sicurezza e riservatezza e in un luogo rispondente ai requisiti minimi stabiliti dalla Direttiva dell'INAIL sulla salute e sicurezza nel lavoro agile, ai sensi dell'art. 22 co 1 L. 81/17 e riportati nell'informativa generale, allegata al presente accordo **sub D)** e a sottoscriverne il contenuto.

L'amministrazione non risponde degli infortuni verificatisi a causa di comportamenti del dipendente incoerenti con quanto indicato nell'informativa di cui al comma precedente e comunque incompatibili con un corretto svolgimento della prestazione lavorativa.

8) RECESSO, RISOLUZIONE e MODIFICA

Durante il periodo di svolgimento dell'accordo di lavoro agile, sia il dirigente che il lavoratore agile possono, con un preavviso non inferiore a 30 giorni e fornendo specifica motivazione, recedere dall'accordo e interrompere l'esecuzione prima della sua naturale scadenza. Nel caso di lavoratori con disabilità, ai sensi dell'art. 1 della legge 12 marzo 1999, n. 68, il termine di preavviso non può essere inferiore a 90 giorni, ai sensi della legge n. 81/2017.

Il recesso dal presente accordo prima della sua scadenza naturale è possibile su impulso di entrambe le parti senza preavviso in presenza di giustificato motivo oggettivo (a titolo esemplificativo: mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati/ concordati, assegnazione ad altre strutture aziendali, modifica esigenze di bilanciamento personali, inosservanza dei termini dell'accordo, mancato rispetto degli orari lavorativi previsti per ciascuna giornata, la sopravvenuta impossibilità per il lavoratore agile di mettere a disposizione la dotazione informatica necessaria per lo svolgimento della prestazione fuori dalla sede di lavoro; l'inosservanza delle prescrizioni in materia di riservatezza e sicurezza dei dati; il venir meno delle condizioni che consentono al lavoratore agile il rispetto delle prescrizioni in materia di sicurezza sul lavoro, ecc.)

Il dipendente e il dirigente Responsabile acconsentono alla possibilità che il presente accordo possa essere risolto o modificato per mutata volontà della Direzione Strategica Aziendale in relazione

alle esigenze aziendali, regolamentari e normative che dovessero sopravvenire.

9) NORMATIVA DI RINVIO E DISPOSIZIONI FINALI

Per ogni altro aspetto non trattato espressamente nel presente accordo si rinvia a quanto disciplinato nel Regolamento aziendale sul lavoro agile che qui si ha per integralmente riportato e ritrascritto, fatta eccezione per la disciplina di cui ai commi 12, 13 e 14 dell'art. 6 nonché dell'art. 9.

Il presente accordo ha validità fino alla data fissata fra le parti o fino alla diversa data, anche antecedente, di entrata in vigore dei CCNLL che definiscono l'istituto del lavoro agile.

FIRMA DEL LAVORATORE/LAVORATRICE

FIRMA DEL DIRETTORE/DIRIGENTE RESPONSABILE

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1341 cc il dipendente si impegna ad approvare specificatamente le clausole contrattuali contenute negli artt. 2, commi 4, art. 4, art. 5, art. 7, art. 8, art. 9.

FIRMA DEL LAVORATORE/LAVORATRICE _____

Allegato A) all'Accordo Individuale

**OBBLIGHI IN MATERIA DI RISERVATEZZA E DI SICUREZZA DEI DATI
DEL DIPENDENTE IN LAVORO AGILE**

Il/La sottoscritto/a _____, in servizio presso l'ufficio / Area/Servizio
_____ in qualità di (profilo) _____

Richiamato il Regolamento aziendale, approvato con Deliberazione della Direttrice Generale
n___ del ____

D I C H I A R A

che durante lo svolgimento del lavoro agile si impegna a:

- Utilizzare responsabilmente le dotazioni informatiche fornite dall'Azienda e, ove richiesto, restituire nelle medesime condizioni riscontrate al momento della consegna, fatta salva l'usura per il normale utilizzo dello strumento. In caso di problemi tecnici della dotazione in uso per lo SW, il lavoratore deve prontamente avvisare il Dirigente/Responsabile di riferimento ed attivare i consueti canali di assistenza informatica.
- Utilizzare i sistemi di sicurezza forniti (VPN et similia), atti a garantire la confidenzialità e l'integrità dei dati che transitano attraverso il collegamento verso la rete informatica dell'Azienda.
- Custodire e controllare i dati personali trattati, in modo da ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito, nonché evitare la diffusione dei dati personali trattati a soggetti terzi.
- Non comunicare le proprie password personali ed assicurarsi che le relative digitazioni non siano osservabili da soggetti terzi.
- In caso di furto o smarrimento degli strumenti informatici e di telecomunicazione utilizzati per l'attività lavorativa, a darne immediata comunicazione al proprio Dirigente Responsabile, oltre ad attenersi alle direttive previste e impartite.
- Non causare alterazioni alle configurazioni di sistema degli strumenti informatici forniti dall'Amministrazione e, in particolare, non effettuare installazioni di software non previamente autorizzate.



OBBLIGHI DEL DIPENDENTE IN MATERIA DI RISERVATEZZA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI

Il/la sottoscritto/a è tenuto/a, altresì, a custodire con diligenza la documentazione, i dati e le informazioni dell'Azienda utilizzati in connessione con la prestazione lavorativa;

Il/la sottoscritto/a è inoltre tenuto al rispetto delle previsioni del Regolamento UE 679/2016 e del D.lgs. 196/2003 in materia di privacy e protezione dei dati personali.

Nell'esecuzione della prestazione lavorativa in Lavoro agile, Il/la sottoscritto/a è tenuto al rispetto degli obblighi di riservatezza e ai doveri di comportamento previsti dal decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici" e dal Codice di comportamento vigente presso la ASL BT.

L'inosservanza delle disposizioni di cui al presente Regolamento costituisce comportamento rilevante ai fini disciplinari e può conseguentemente determinare l'applicazione delle sanzioni disciplinari previste dalla contrattazione collettiva.

In particolare, Il/la sottoscritto/a è si impegna a porre maggiore attenzione sui seguenti punti:

- occorre porre ogni cura per evitare che ai dati possano accedere persone non autorizzate presenti nel luogo scelto per la prestazione di lavoro;
- evitare di fissare call con necessità di discutere informazioni confidenziali in un luogo pubblico e/o in presenza di terzi;
- Occorre provvedere tempestivamente alla distruzione di tutte le stampe effettuate durante l'attività lavorativa in SW, laddove non sia più necessario conservarle ai fini dell'espletamento del procedimento;
- qualora invece in via d'eccezione al termine del lavoro risulti necessario trattenere presso il proprio domicilio materiale cartaceo contenente dati personali, lo stesso dovrà esser riposto in armadi, cassetti o altri contenitori protetti.

FIRMA DEL LAVORATORE/LAVORATRICE

FIRMA DEL DIRETTORE/DIRIGENTE RESPONSABILE

**INFORMATIVA SULLA SALUTE E SICUREZZA NEL LAVORO AGILE AI SENSI DELL' ART. 22,
COMMA 1, L. 81/2017**

**Al lavoratore
Al Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS)**

**Oggetto: informativa sulla sicurezza dei lavoratori (art. 22, comma 1, della legge 22 maggio
2017 n. 81)**

AVVERTENZE GENERALI

Si informa il lavoratore (_____) degli obblighi e dei diritti previsti dalla legge del 22 maggio 2017 n. 81 e dal decreto legislativo del 9 aprile 2008 n. 81.

Sicurezza sul lavoro (art. 22 L. 81/2017)

1. 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.
2. 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.

Obblighi dei lavoratori (art. 20 D. Lgs. 81/2008)

1. Ogni lavoratore deve prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro, su cui ricadono gli effetti delle sue azioni o omissioni, conformemente alla sua formazione, alle istruzioni e ai mezzi forniti dal datore di lavoro.
2. I lavoratori devono in particolare:
 - a) contribuire, insieme al datore di lavoro, ai dirigenti e ai preposti, all'adempimento degli obblighi previsti a tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
 - b) osservare le disposizioni e le istruzioni impartite dal datore di lavoro, dai dirigenti e dai preposti, ai fini della protezione collettiva ed individuale;



- c) utilizzare correttamente le attrezzature di lavoro, le sostanze e i preparati pericolosi, i mezzi di trasporto, nonché i dispositivi di sicurezza;
- d) utilizzare in modo appropriato i dispositivi di protezione messi a loro disposizione;
- e) segnalare immediatamente al datore di lavoro, al dirigente o al preposto le deficienze dei mezzi e dei dispositivi di cui alle lettere c) e d), nonché qualsiasi eventuale condizione di pericolo di cui vengano a conoscenza, adoperandosi direttamente, in caso di urgenza, nell'ambito delle proprie competenze e possibilità e fatto salvo l'obbligo di cui alla lettera f) per eliminare o ridurre le situazioni di pericolo grave e incombente, dandone notizia al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza;
- f) non rimuovere o modificare senza autorizzazione i dispositivi di sicurezza o di segnalazione o di controllo;
- g) non compiere di propria iniziativa operazioni o manovre che non sono di loro competenza ovvero che possono compromettere la sicurezza propria o di altri lavoratori;
- h) partecipare ai programmi di formazione e di addestramento organizzati dal datore di lavoro;
- i) sottoporsi ai controlli sanitari previsti dal D. Lgs. n. 81/2008 o comunque disposti dal medico competente.

3. In attuazione di quanto disposto dalla normativa in materia di salute e sicurezza sul lavoro, il Datore di Lavoro ha provveduto ad attuare le misure generali di tutela di cui all'art. 15 del T.U. sulla sicurezza; ha provveduto alla redazione del Documento di Valutazione di tutti i rischi presenti nella realtà lavorativa, ai sensi degli artt. 17 e 28 D. Lgs. 81/2008; ha provveduto alla formazione e informazione di tutti i lavoratori, ex artt. 36 e 37 del medesimo D. Lgs. 81/2008.

Pertanto, di seguito, si procede alla analitica informazione, con specifico riferimento alle modalità di lavoro per il *LAVORATORE AGILE*.

*** **

COMPORAMENTI DI PREVENZIONE GENERALE RICHIESTI AL LAVORATORE AGILE

- Cooperare con diligenza all'attuazione delle misure di prevenzione e protezione predisposte dal datore di lavoro (DL) per fronteggiare i rischi connessi all'esecuzione della prestazione in ambienti *indoor* e *outdoor* diversi da quelli di lavoro abituali.
- Non adottare condotte che possano generare rischi per la propria salute e sicurezza o per quella di terzi.
- Individuare, secondo le esigenze connesse alla prestazione stessa o dalla necessità del lavoratore di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative e adottando principi di

ragionevolezza, i luoghi di lavoro per l'esecuzione della prestazione lavorativa in *LAVORO AGILE* rispettando le indicazioni previste dalla presente informativa.

- In ogni caso, evitare luoghi, ambienti, situazioni e circostanze da cui possa derivare un pericolo per la propria salute e sicurezza o per quella dei terzi.

Di seguito, le indicazioni che il lavoratore è tenuto ad osservare per prevenire i rischi per la salute e sicurezza legati allo svolgimento della prestazione in modalità di lavoro agile.

*** **

CAPITOLO 1

INDICAZIONI RELATIVE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' LAVORATIVA IN AMBIENTI OUTDOOR

Nello svolgere l'attività all'aperto si richiama il lavoratore ad adottare un comportamento coscienzioso e prudente, escludendo luoghi che lo esporrebbero a rischi aggiuntivi rispetto a quelli specifici della propria attività svolta in luoghi chiusi.

È opportuno non lavorare con dispositivi elettronici come *tablet* e *smartphone* o similari all'aperto, soprattutto se si nota una diminuzione di visibilità dei caratteri sullo schermo rispetto all'uso in locali al chiuso dovuta alla maggiore luminosità ambientale.

All'aperto inoltre aumenta il rischio di riflessi sullo schermo o di abbagliamento.

Pertanto le attività svolgibili all'aperto sono essenzialmente quelle di lettura di documenti cartacei o comunicazioni telefoniche o tramite servizi VOIP (ad es. Skype).

Fermo restando che va seguito il criterio di ragionevolezza nella scelta del luogo in cui svolgere la prestazione lavorativa, si raccomanda di:

- privilegiare luoghi ombreggiati per ridurre l'esposizione a radiazione solare ultravioletta (UV);
- evitare di esporsi a condizioni meteorologiche sfavorevoli quali caldo o freddo intenso;
- non frequentare aree con presenza di animali incustoditi o aree che non siano adeguatamente mantenute quali ad esempio aree verdi incolte, con degrado ambientale e/o con presenza di rifiuti;
- non svolgere l'attività in un luogo isolato in cui sia difficoltoso richiedere e ricevere soccorso;
- non svolgere l'attività in aree con presenza di sostanze combustibili e infiammabili (vedere capitolo 5);
- non svolgere l'attività in aree in cui non ci sia la possibilità di approvvigionarsi di acqua potabile;
- mettere in atto tutte le precauzioni che consuetamente si adottano svolgendo attività *outdoor* (ad es.: creme contro le punture, antistaminici, abbigliamento adeguato, quanto prescritto dal proprio medico per situazioni personali di maggiore sensibilità, intolleranza, allergia, ecc.), per quanto riguarda i potenziali pericoli da esposizione ad agenti biologici (ad es. morsi, graffi e punture di insetti o altri animali, esposizione ad allergeni pollinici, ecc.).

*** **

CAPITOLO 2

INDICAZIONI RELATIVE AD AMBIENTI INDOOR PRIVATI

Di seguito vengono riportate le principali indicazioni relative ai requisiti igienico-sanitari previsti per i locali privati in cui possono operare i lavoratori destinati a svolgere il lavoro agile.

Raccomandazioni generali per i locali:

- le attività lavorative non possono essere svolte in locali tecnici o locali non abitabili (ad es. soffitte, seminterrati, rustici, box);
- adeguata disponibilità di servizi igienici e acqua potabile e presenza di impianti a norma (elettrico, termoidraulico, ecc.) adeguatamente mantenuti;
- le superfici interne delle pareti non devono presentare tracce di condensazione permanente (muffe);
- i locali, eccettuati quelli destinati a servizi igienici, disimpegni, corridoi, vani-scala e ripostigli debbono fruire di illuminazione naturale diretta, adeguata alla destinazione d'uso e, a tale scopo, devono avere una superficie finestrata idonea;
- i locali devono essere muniti di impianti di illuminazione artificiale, generale e localizzata, atti a garantire un adeguato comfort visivo agli occupanti.

Indicazioni per l'illuminazione naturale ed artificiale:

- si raccomanda, soprattutto nei mesi estivi, di schermare le finestre (ad es. con tendaggi, appropriato utilizzo delle tapparelle, ecc.) allo scopo di evitare l'abbagliamento e limitare l'esposizione diretta alle radiazioni solari;
- l'illuminazione generale e specifica (lampade da tavolo) deve essere tale da garantire un illuminamento sufficiente e un contrasto appropriato tra lo schermo e l'ambiente circostante.
- è importante collocare le lampade in modo tale da evitare abbagliamenti diretti e/o riflessi e la proiezione di ombre che ostacolino il compito visivo mentre si svolge l'attività lavorativa.

Indicazioni per l'aerazione naturale ed artificiale:

- è opportuno garantire il ricambio dell'aria naturale o con ventilazione meccanica;
- evitare di esporsi a correnti d'aria fastidiose che colpiscano una zona circoscritta del corpo (ad es. la nuca, le gambe, ecc.);
- gli eventuali impianti di condizionamento dell'aria devono essere a norma e regolarmente mantenuti; i sistemi filtranti dell'impianto e i recipienti eventuali per la raccolta della condensa, vanno regolarmente ispezionati e puliti e, se necessario, sostituiti;
- evitare di regolare la temperatura a livelli troppo alti o troppo bassi (a seconda della stagione) rispetto alla temperatura esterna;
- evitare l'inalazione attiva e passiva del fumo di tabacco, soprattutto negli ambienti chiusi, in quanto molto pericolosa per la salute umana.

*** **



CAPITOLO 3

UTILIZZO SICURO DI ATTREZZATURE/DISPOSITIVI DI LAVORO

Di seguito vengono riportate le principali indicazioni relative ai requisiti e al corretto utilizzo di attrezzature/dispositivi di lavoro, con specifico riferimento a quelle consegnate ai lavoratori destinati a svolgere il lavoro agile: *notebook*, *tablet* e *smartphone*.

Indicazioni generali:

- conservare in luoghi in cui siano facilmente reperibili e consultabili il manuale/istruzioni per l'uso redatte dal fabbricante;
- leggere il manuale/istruzioni per l'uso prima dell'utilizzo dei dispositivi, seguire le indicazioni del costruttore/importatore e tenere a mente le informazioni riguardanti i principi di sicurezza;
- si raccomanda di utilizzare apparecchi elettrici integri, senza parti conduttrici in tensione accessibili (ad es. cavi di alimentazione con danni alla guaina isolante che rendano visibili i conduttori interni), e di interromperne immediatamente l'utilizzo in caso di emissione di scintille, fumo e/o odore di bruciato, provvedendo a spegnere l'apparecchio e disconnettere la spina dalla presa elettrica di alimentazione (se connesse);
- verificare periodicamente che le attrezzature siano integre e correttamente funzionanti, compresi i cavi elettrici e la spina di alimentazione;
- non collegare tra loro dispositivi o accessori incompatibili;
- effettuare la ricarica elettrica da prese di alimentazione integre e attraverso i dispositivi (cavi di collegamento, alimentatori) forniti in dotazione;
- disporre i cavi di alimentazione in modo da minimizzare il pericolo di inciampo;
- spegnere le attrezzature una volta terminati i lavori;
- controllare che tutte le attrezzature/dispositivi siano scollegate/i dall'impianto elettrico quando non utilizzati, specialmente per lunghi periodi;
- si raccomanda di collocare le attrezzature/dispositivi in modo da favorire la loro ventilazione e raffreddamento (non coperti e con le griglie di aerazione non ostruite) e di astenersi dall'uso nel caso di un loro anomalo riscaldamento;
- inserire le spine dei cavi di alimentazione delle attrezzature/dispositivi in prese compatibili (ad es. spine a poli allineati in prese a poli allineati, spine *schuko* in prese *schuko*). Utilizzare la presa solo se ben ancorata al muro e controllare che la spina sia completamente inserita nella presa a garanzia di un contatto certo ed ottimale;
- riporre le attrezzature in luogo sicuro, lontano da fonti di calore o di innesco, evitare di pigiare i cavi e di piegarli in corrispondenza delle giunzioni tra spina e cavo e tra cavo e connettore (la parte che serve per connettere l'attrezzatura al cavo di alimentazione);
- non effettuare operazioni di riparazione e manutenzione fai da te;
- lo schermo dei dispositivi è realizzato in vetro/cristallo e può rompersi in caso di caduta o a seguito di un forte urto. In caso di rottura dello schermo, evitare di toccare le schegge di vetro e non tentare

di rimuovere il vetro rotto dal dispositivo; il dispositivo non dovrà essere usato fino a quando non sarà stato riparato;

- le batterie/accumulatori non vanno gettati nel fuoco (potrebbero esplodere), né smontati, tagliati, compressi, piegati, forati, danneggiati, manomessi, immersi o esposti all'acqua o altri liquidi;
- in caso di fuoriuscita di liquido dalle batterie/accumulatori, va evitato il contatto del liquido con la pelle o gli occhi; qualora si verificasse un contatto, la parte colpita va sciacquata immediatamente con abbondante acqua e va consultato un medico;
- segnalare tempestivamente al datore di lavoro eventuali malfunzionamenti, tenendo le attrezzature/dispositivi spenti e scollegati dall'impianto elettrico;
- è opportuno fare periodicamente delle brevi pause per distogliere la vista dallo schermo e sgranchirsi le gambe;
- è bene cambiare spesso posizione durante il lavoro anche sfruttando le caratteristiche di estrema maneggevolezza di *tablet* e *smartphone*, tenendo presente la possibilità di alternare la posizione eretta con quella seduta;
- prima di iniziare a lavorare, orientare lo schermo verificando che la posizione rispetto alle fonti di luce naturale e artificiale sia tale da non creare riflessi fastidiosi (come ad es. nel caso in cui l'operatore sia posizionato con le spalle rivolte ad una finestra non adeguatamente schermata o sotto un punto luce a soffitto) o abbagliamenti (ad es. evitare di sedersi di fronte ad una finestra non adeguatamente schermata);
- in una situazione corretta lo schermo è posto perpendicolarmente rispetto alla finestra e ad una distanza tale da evitare riflessi e abbagliamenti;
- i *notebook*, *tablet* e *smartphone* hanno uno schermo con una superficie molto riflettente (schermi lucidi o *glossy*) per garantire una resa ottimale dei colori; tenere presente che l'utilizzo di tali schermi può causare affaticamento visivo e pertanto:
 - regolare la luminosità e il contrasto sullo schermo in modo ottimale;
 - durante la lettura, distogliere spesso lo sguardo dallo schermo per fissare oggetti lontani, così come si fa quando si lavora normalmente al computer fisso;
 - in tutti i casi in cui i caratteri sullo schermo del dispositivo mobile siano troppo piccoli, è importante ingrandire i caratteri a schermo e utilizzare la funzione zoom per non affaticare gli occhi;
 - non lavorare mai al buio.

Indicazioni per il lavoro con il *notebook*

In caso di attività che comportino la redazione o la revisione di lunghi testi, tabelle o simili è opportuno l'impiego del *notebook* con le seguenti raccomandazioni:

- sistemare il *notebook* su un idoneo supporto che consenta lo stabile posizionamento dell'attrezzatura e un comodo appoggio degli avambracci;

- il sedile di lavoro deve essere stabile e deve permettere una posizione comoda. In caso di lavoro prolungato, la seduta deve avere bordi smussati;
- è importante stare seduti con un comodo appoggio della zona lombare e su una seduta non rigida (eventualmente utilizzare dei cuscini poco spessi);
- durante il lavoro con il *notebook*, la schiena va mantenuta poggiata al sedile provvisto di supporto per la zona lombare, evitando di piegarla in avanti;
- mantenere gli avambracci, i polsi e le mani allineati durante l'uso della tastiera, evitando di piegare o angolare i polsi;
- è opportuno che gli avambracci siano appoggiati sul piano e non tenuti sospesi;
- utilizzare un piano di lavoro stabile, con una superficie a basso indice di riflessione, con altezza sufficiente per permettere l'alloggiamento e il movimento degli arti inferiori, in grado di consentire cambiamenti di posizione nonché l'ingresso del sedile e dei braccioli, se presenti, e permettere una disposizione comoda del dispositivo (*notebook*), dei documenti e del materiale accessorio;
- l'altezza del piano di lavoro e della seduta devono essere tali da consentire all'operatore in posizione seduta di avere gli angoli braccio/avambraccio e gamba/coscia ciascuno a circa 90°;
- la profondità del piano di lavoro deve essere tale da assicurare una adeguata distanza visiva dallo schermo;
- in base alla statura, e se necessario per mantenere un angolo di 90° tra gamba e coscia, creare un poggiapiedi con un oggetto di dimensioni opportune.

In caso di uso su mezzi di trasporto (treni/aerei/ navi) in qualità di passeggeri o in locali pubblici:

- è possibile lavorare in un locale pubblico o in viaggio solo ove le condizioni siano sufficientemente confortevoli ed ergonomiche, prestando particolare attenzione alla comodità della seduta, all'appoggio lombare e alla posizione delle braccia rispetto al tavolino di appoggio;
- evitare lavori prolungati nel caso l'altezza della seduta sia troppo bassa o alta rispetto al piano di appoggio del *notebook*;
- osservare le disposizioni impartite dal personale viaggiante (autisti, controllori, personale di volo, ecc.);
- nelle imbarcazioni il *notebook* è utilizzabile solo nei casi in cui sia possibile predisporre una idonea postazione di lavoro al chiuso e in assenza di rollio/beccheggio della nave;
- se fosse necessario ricaricare, e se esistono prese elettriche per la ricarica dei dispositivi mobili a disposizione dei clienti, verificare che la presa non sia danneggiata e che sia normalmente ancorata al suo supporto parete;
- non utilizzare il *notebook* su autobus/tram, metropolitane, taxi e in macchina anche se si è passeggeri.

Indicazioni per il lavoro con *tablet* e *smartphone*

I *tablet* sono idonei prevalentemente alla gestione della posta elettronica e della documentazione, mentre gli *smartphone* sono idonei essenzialmente alla gestione della posta elettronica e alla lettura di brevi documenti.

In caso di impiego di *tablet* e *smartphone* si raccomanda di:

- effettuare frequenti pause, limitando il tempo di digitazione continuata;
- evitare di utilizzare questi dispositivi per scrivere lunghi testi;
- evitare di utilizzare tali attrezzature mentre si cammina, salvo che per rispondere a chiamate vocali prediligendo l'utilizzo dell'auricolare;
- per prevenire l'affaticamento visivo, evitare attività prolungate di lettura sullo *smartphone*;
- effettuare periodicamente esercizi di allungamento dei muscoli della mano e del pollice (*stretching*).

Indicazioni per l'utilizzo sicuro dello *smartphone* come telefono cellulare

- È bene utilizzare l'auricolare durante le chiamate, evitando di tenere il volume su livelli elevati;
- spegnere il dispositivo nelle aree in cui è vietato l'uso di telefoni cellulari/*smartphone* o quando può causare interferenze o situazioni di pericolo (in aereo, strutture sanitarie, luoghi a rischio di incendio/esplosione, ecc.);
- al fine di evitare potenziali interferenze con apparecchiature mediche impiantate seguire le indicazioni del medico competente e le specifiche indicazioni del produttore/importatore dell'apparecchiatura.

I dispositivi potrebbero interferire con gli apparecchi acustici. A tal fine:

- non tenere i dispositivi nel taschino;
- in caso di utilizzo posizzionarli sull'orecchio opposto rispetto a quello su cui è installato l'apparecchio acustico;
- evitare di usare il dispositivo in caso di sospetta interferenza;
- un portatore di apparecchi acustici che usasse l'auricolare collegato al telefono/*smartphone* potrebbe avere difficoltà nell'udire i suoni dell'ambiente circostante. Non usare l'auricolare se questo può mettere a rischio la propria e l'altrui sicurezza.

Nel caso in cui ci si trovi all'interno di un veicolo:

- non tenere mai in mano il telefono cellulare/*smartphone* durante la guida: le mani devono essere sempre tenute libere per poter condurre il veicolo;
- durante la guida usare il telefono cellulare/*smartphone* esclusivamente con l'auricolare o in modalità viva voce;
- inviare e leggere i messaggi solo durante le fermate in area di sosta o di servizio o se si viaggia in qualità di passeggeri;
- non tenere o trasportare liquidi infiammabili o materiali esplosivi in prossimità del dispositivo, dei suoi componenti o dei suoi accessori;
- non utilizzare il telefono cellulare/*smartphone* nelle aree di distribuzione di carburante;
- non collocare il dispositivo nell'area di espansione dell'airbag.

CAPITOLO 4

INDICAZIONI RELATIVE A REQUISITI E CORRETTO UTILIZZO DI IMPIANTI ELETTRICI

Indicazioni relative ai requisiti e al corretto utilizzo di impianti elettrici, apparecchi/dispositivi elettrici utilizzatori, dispositivi di connessione elettrica temporanea.

Impianto elettrico

A. Requisiti:

- 1) i componenti dell'impianto elettrico utilizzato (prese, interruttori, ecc.) devono apparire privi di parti danneggiate;
- 2) le sue parti conduttrici in tensione non devono essere accessibili (ad es. a causa di scatole di derivazione prive di coperchio di chiusura o con coperchio danneggiato, di scatole per prese o interruttori prive di alcuni componenti, di canaline portacavi a vista prive di coperchi di chiusura o con coperchi danneggiati);
- 3) le parti dell'impianto devono risultare asciutte, pulite e non devono prodursi scintille, odori di bruciato e/o fumo;
- 4) nel caso di utilizzo della rete elettrica in locali privati, è necessario conoscere l'ubicazione del quadro elettrico e la funzione degli interruttori in esso contenuti per poter disconnettere la rete elettrica in caso di emergenza;

B. Indicazioni di corretto utilizzo:

- è buona norma che le zone antistanti i quadri elettrici, le prese e gli interruttori siano tenute sgombre e accessibili;
- evitare di accumulare o accostare materiali infiammabili (carta, stoffe, materiali sintetici di facile innesco, buste di plastica, ecc.) a ridosso dei componenti dell'impianto, e in particolare delle prese elettriche a parete, per evitare il rischio di incendio;
- è importante posizionare le lampade, specialmente quelle da tavolo, in modo tale che non vi sia contatto con materiali infiammabili.

Dispositivi di connessione elettrica temporanea

(prolunghe, adattatori, prese a ricettività multipla, avvolgicavo, ecc.).

A. Requisiti:

- i dispositivi di connessione elettrica temporanea devono essere dotati di informazioni (targhetta) indicanti almeno la tensione nominale (ad es. 220-240 Volt), la corrente nominale (ad es. 10 Ampere) e la potenza massima ammissibile (ad es. 1500 Watt);
- i dispositivi di connessione elettrica temporanea che si intende utilizzare devono essere integri (la guaina del cavo, le prese e le spine non devono essere danneggiate), non avere parti conduttrici scoperte (a spina inserita), non devono emettere scintille, fumo e/o odore di bruciato durante il funzionamento.



B. Indicazioni di corretto utilizzo:

- l'utilizzo di dispositivi di connessione elettrica temporanea deve essere ridotto al minimo indispensabile e preferibilmente solo quando non siano disponibili punti di alimentazione più vicini e idonei;
- le prese e le spine degli apparecchi elettrici, dei dispositivi di connessione elettrica temporanea e dell'impianto elettrico devono essere compatibili tra loro (spine a poli allineati in prese a poli allineati, spine *schuko* in prese *schuko*) e, nel funzionamento, le spine devono essere inserite completamente nelle prese, in modo da evitare il danneggiamento delle prese e garantire un contatto certo;
- evitare di piegare, schiacciare, tirare prolunghe, spine, ecc.;
- disporre i cavi di alimentazione e/o le eventuali prolunghe con attenzione, in modo da minimizzare il pericolo di inciampo;
- verificare sempre che la potenza ammissibile dei dispositivi di connessione elettrica temporanea (ad es. presa multipla con 1500 Watt) sia maggiore della somma delle potenze assorbite dagli apparecchi elettrici collegati (ad es. PC 300 Watt + stampante 1000 Watt);
- fare attenzione a che i dispositivi di connessione elettrica temporanea non risultino particolarmente caldi durante il loro funzionamento;
- srotolare i cavi il più possibile o comunque disporli in modo tale da esporre la maggiore superficie libera per smaltire il calore prodotto durante il loro impiego.

CAPITOLO 5

INFORMATIVA RELATIVA AL RISCHIO INCENDI PER IL LAVORO "AGILE"

Indicazioni generali:

- identificare il luogo di lavoro (indirizzo esatto) e avere a disposizione i principali numeri telefonici dei soccorsi nazionali e locali (VVF, Polizia, ospedali, ecc.);
- prestare attenzione ad apparecchi di cottura e riscaldamento dotati di resistenza elettrica a vista o a fiamma libera (alimentati a combustibili solidi, liquidi o gassosi) in quanto possibili focolai di incendio e di rischio ustione. Inoltre, tenere presente che questi ultimi necessitano di adeguati ricambi d'aria per l'eliminazione dei gas combustibili;
- rispettare il divieto di fumo laddove presente;
- non gettare mozziconi accesi nelle aree a verde all'esterno, nei vasi con piante e nei contenitori destinati ai rifiuti;
- non ostruire le vie di esodo e non bloccare la chiusura delle eventuali porte tagliafuoco.

Comportamento per principio di incendio:

- mantenere la calma;
- disattivare le utenze presenti (PC, termoconvettori, apparecchiature elettriche) staccandone anche le spine;

- avvertire i presenti all'interno dell'edificio o nelle zone circostanti *outdoor*, chiedere aiuto e, nel caso si valuti l'impossibilità di agire, chiamare i soccorsi telefonicamente (VVF, Polizia, ecc.), fornendo loro cognome, luogo dell'evento, situazione, affollamento, ecc.;

- se l'evento lo permette, in attesa o meno dell'arrivo di aiuto o dei soccorsi, provare a spegnere l'incendio attraverso i mezzi di estinzione presenti (acqua³, coperte⁴, estintori⁵, ecc.);- non utilizzare acqua per estinguere l'incendio su apparecchiature o parti di impianto elettrico o quantomeno prima di avere disattivato la tensione dal quadro elettrico;

- se non si riesce ad estinguere l'incendio, abbandonare il luogo dell'evento (chiudendo le porte dietro di sé ma non a chiave) e aspettare all'esterno l'arrivo dei soccorsi per fornire indicazioni;

- se non è possibile abbandonare l'edificio, chiudersi all'interno di un'altra stanza tamponando la porta con panni umidi, se disponibili, per ostacolare la diffusione dei fumi all'interno, aprire la finestra e segnalare la propria presenza.

Nel caso si svolga lavoro agile in luogo pubblico o come ospiti in altro luogo di lavoro privato è importante:

- accertarsi dell'esistenza di divieti e limitazioni di esercizio imposti dalle strutture e rispettarli;
- prendere visione, soprattutto nel piano dove si è collocati, delle piantine particolareggiate a parete, della dislocazione dei mezzi antincendio, dei pulsanti di allarme, delle vie di esodo;
- visualizzare i numeri di emergenza interni che sono in genere riportati sulle piantine a parete (addetti lotta antincendio/emergenze/coordinatore per l'emergenza, ecc.);
- leggere attentamente le indicazioni scritte e quelle grafiche riportate in planimetria;
- rispettare il divieto di fumo;
- evitare di creare ingombri alla circolazione lungo le vie di esodo;

³ È idonea allo spegnimento di incendi di manufatti in legno o in stoffa ma non per incendi che originano dall'impianto o da attrezzature elettriche.

⁴ In caso di principi di incendio dell'impianto elettrico o di altro tipo (purché si tratti di piccoli focolai) si possono utilizzare le coperte ignifughe o, in loro assenza, coperte di lana o di cotone spesso (evitare assolutamente materiali sintetici o di piume come i *pile* e i *piumini*) per soffocare il focolaio (si impedisce l'arrivo di ossigeno alla fiamma). Se particolarmente piccolo il focolaio può essere soffocato anche con un recipiente di metallo (ad es. un coperchio o una pentola di acciaio rovesciata).

⁵ ESTINTORI A POLVERE (ABC)

Sono idonei per spegnere i fuochi generati da sostanze solide che formano braci (fuochi di classe A), da sostanze liquide (fuochi di classe B) e da sostanze gassose (fuochi di classe C). Gli estintori a polvere sono utilizzabili per lo spegnimento dei principi d'incendio di ogni sostanza anche in presenza d'impianti elettrici in tensione.

ESTINTORI AD ANIDRIDE CARBONICA (CO₂)

Sono idonei allo spegnimento di sostanze liquide (fuochi di classe B) e fuochi di sostanze gassose (fuochi di classe C); possono essere usati anche in presenza di impianti elettrici in tensione. Occorre prestare molta attenzione all'eccessivo raffreddamento che genera il gas: ustione da freddo alle persone e possibili rotture su elementi caldi (ad es.: motori o parti metalliche calde potrebbero rompersi per eccessivo raffreddamento superficiale). Non sono indicati per spegnere fuochi di classe A (sostanze solide che formano braci). A causa dell'elevata pressione interna l'estintore a CO₂ risulta molto più pesante degli altri estintori a pari quantità di estinguente.

ISTRUZIONI PER L'UTILIZZO DELL'ESTINTORE

- sganciare l'estintore dall'eventuale supporto e porlo a terra;
- rompere il sigillo ed estrarre la spinetta di sicurezza;
- impugnare il tubo erogatore o manichetta;
- con l'altra mano, impugnata la maniglia dell'estintore, premere la valvola di apertura;
- dirigere il getto alla base delle fiamme premendo la leva prima ad intermittenza e poi con maggiore progressione;
- iniziare lo spegnimento delle fiamme più vicine a sé e solo dopo verso il focolaio principale.

- segnalare al responsabile del luogo o ai lavoratori designati quali addetti ogni evento pericoloso, per persone e cose, rilevato nell'ambiente occupato.

*** **

Di seguito si riporta una tabella riepilogativa al fine di indicare in quali dei diversi scenari lavorativi dovranno trovare applicazione le informazioni contenute nei cinque capitoli di cui sopra.

Scenario lavorativo	Attrezzatura utilizzabile	Capitoli da applicare				
		1	2	3	4	5
1. Lavoro agile in locali privati al chiuso	Smartphone Auricolare Tablet Notebook		X	X	X	X
2. Lavoro agile in locali pubblici al chiuso	Smartphone Auricolare Tablet Notebook			X	X	X
3. Lavoro agile nei trasferimenti, su mezzi privati come passeggero o su autobus/tram, metropolitane e taxi	Smartphone Auricolare			X		
4. Lavoro agile nei trasferimenti su mezzi sui quali sia assicurato il posto a sedere e con tavolino di appoggio quali aerei, treni, autolinee extraurbane, imbarcazioni (traghetti e similari)	Smartphone Auricolare Tablet Notebook			X	X	
5. Lavoro agile nei luoghi all'aperto	Smartphone Auricolare Tablet Notebook	X		X		X

Con la sottoscrizione del presente documento, il lavoratore attesta di aver preso conoscenza in modo puntuale del contenuto del medesimo e il Rappresentante dei lavoratori per la Sicurezza di averne condiviso pienamente il contenuto.



ASL BT

PugliaSalute

Data --/--/----

Firma del Direttore/Dirigente Responsabile, delegato dal Datore di Lavoro, ex art. 14, comma 8, del Regolamento per lo sviluppo ed attuazione del lavoro agile.

Firma del Lavoratore

Firma del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza - RLS ZINGARELLI Giuseppe, delegato da tutti gli R.L.S. dell'ASL BT
(email reflusso@gmail.com - giuseppe.zingarelli@aslbat.it)

**OBBLIGHI IN MATERIA DI RISERVATEZZA E DI SICUREZZA DEI DATI
DEL DIPENDENTE IN TELELAVORO DOMICILIARE**

Il/La sottoscritto/a _____, in servizio presso l'ufficio / Area/Servizio
_____ in qualità di (profilo)_____

Richiamato il Regolamento aziendale, approvato con Deliberazione della Direttrice Generale
n___ del ____

D I C H I A R A

che durante lo svolgimento del lavoro da remoto, nella forma del telelavoro domiciliare si impegna, ove compatibile con il proprio profilo professionale, a:

- Utilizzare responsabilmente le dotazioni informatiche fornite dall'Azienda e, ove richiesto, restituire nelle medesime condizioni riscontrate al momento della consegna, fatta salva l'usura per il normale utilizzo dello strumento. In caso di problemi tecnici della dotazione in uso per lo SW, il lavoratore deve prontamente avvisare il Dirigente/Responsabile di riferimento ed attivare i consueti canali di assistenza informatica.
- Utilizzare i sistemi di sicurezza forniti (VPN et similia), atti a garantire la confidenzialità e l'integrità dei dati che transitano attraverso il collegamento verso la rete informatica dell'Azienda.
- Custodire e controllare i dati personali trattati, in modo da ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito, nonché evitare la diffusione dei dati personali trattati a soggetti terzi.
- Non comunicare le proprie password personali ed assicurarsi che le relative digitazioni non siano osservabili da soggetti terzi.
- In caso di furto o smarrimento degli strumenti informatici e di telecomunicazione di proprietà aziendale, ove utilizzati per l'attività lavorativa, a darne immediata comunicazione al proprio Dirigente Responsabile, oltre ad attenersi alle direttive previste e impartite.
- Non causare alterazioni alle configurazioni di sistema degli strumenti informatici, ove forniti dall'Amministrazione e, in particolare, non effettuare installazioni di software non previamente autorizzate.

OBBLIGHI DEL DIPENDENTE IN MATERIA DI RISERVATEZZA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI

Il/la sottoscritto/a è tenuto/a, altresì, a custodire con diligenza la documentazione, i dati e le informazioni dell'Azienda utilizzati in connessione con la prestazione lavorativa;

Il/la sottoscritto/a è inoltre tenuto al rispetto delle previsioni del Regolamento UE 679/2016 e del D.lgs. 196/2003 in materia di privacy e protezione dei dati personali.

Nell'esecuzione della prestazione lavorativa in Telelavoro domiciliare, Il/la sottoscritto/a è tenuto al rispetto degli obblighi di riservatezza e ai doveri di comportamento previsti dal decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici" e dal Codice di comportamento vigente presso la ASL BT.

L'inosservanza delle disposizioni di cui al presente Regolamento costituisce comportamento rilevante ai fini disciplinari e può conseguentemente determinare l'applicazione delle sanzioni disciplinari previste dalla contrattazione collettiva.

In particolare, Il/la sottoscritto/a è si impegna a porre maggiore attenzione, per quanto compatibile con il profilo professionale posseduto, sui seguenti punti:

- occorre porre ogni cura per evitare che ai dati possano accedere persone non autorizzate presenti nel luogo scelto per la prestazione di lavoro;
- evitare di fissare call con necessità di discutere informazioni confidenziali in un luogo pubblico e/o in presenza di terzi;
- Occorre provvedere tempestivamente alla distruzione di tutte le stampe effettuate durante l'attività lavorativa in SW, laddove non sia più necessario conservarle ai fini dell'espletamento del procedimento;
- qualora invece in via d'eccezione al termine del lavoro risulti necessario trattenere presso il proprio domicilio materiale cartaceo contenente dati personali, lo stesso dovrà esser riposto in armadi, cassetti o altri contenitori protetti.

FIRMA DEL LAVORATORE/LAVORATRICE

FIRMA DEL DIRETTORE/DIRIGENTE RESPONSABILE

ALLEGATO D)

INFORMATIVA SULLA SALUTE E SICUREZZA NEL LAVORO DA REMOTO NELLA FORMA DEL
TELELAVORO DOMICILIARE, AI SENSI DELL' ART. 22, COMMA 1, L. 81/2017

**Al lavoratore
Al Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS)**

Oggetto: informativa sulla sicurezza dei lavoratori (art. 22, comma 1, della legge 22 maggio 2017 n. 81)

AVVERTENZE GENERALI

Si informa il lavoratore (_____) sugli obblighi e sui diritti previsti dalla legge del 22 maggio 2017 n. 81 e dal decreto legislativo del 9 aprile 2008 n. 81.

Sicurezza sul lavoro (art. 22 L. 81/2017)

1. Il datore di lavoro garantisce la salute e la sicurezza del lavoratore, che svolge la prestazione in modalità di TELELAVORO DOMICILIARE, 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.

2. 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 e consentire il sopralluogo del domicilio, ove sarà effettuata la prestazione lavorativa, **sia all'avvio della prestazione in telelavoro domiciliare, sia ogni sei mesi.**

Obblighi dei lavoratori (art. 20 D. Lgs. 81/2008)

1. Ogni lavoratore deve prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro, su cui ricadono gli effetti delle sue azioni o omissioni, conformemente alla sua formazione, alle istruzioni e ai mezzi forniti dal datore di lavoro.

2. I lavoratori devono in particolare:

a) contribuire, insieme al datore di lavoro, ai dirigenti e ai preposti, all'adempimento degli obblighi previsti a tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;

b) osservare le disposizioni e le istruzioni impartite dal datore di lavoro, dai dirigenti e dai preposti, ai fini della protezione collettiva ed individuale;

- c) utilizzare correttamente le attrezzature di lavoro, le sostanze e i preparati pericolosi, i mezzi di trasporto, nonché i dispositivi di sicurezza;
- d) utilizzare in modo appropriato i dispositivi di protezione messi a loro disposizione;
- e) segnalare immediatamente al datore di lavoro, al dirigente o al preposto le deficienze dei mezzi e dei dispositivi di cui alle lettere c) e d), nonché qualsiasi eventuale condizione di pericolo di cui vengano a conoscenza, adoperandosi direttamente, in caso di urgenza, nell'ambito delle proprie competenze e possibilità e fatto salvo l'obbligo di cui alla lettera f) per eliminare o ridurre le situazioni di pericolo grave e incombente, dandone notizia al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza;
- f) non rimuovere o modificare senza autorizzazione i dispositivi di sicurezza o di segnalazione o di controllo;
- g) non compiere di propria iniziativa operazioni o manovre che non sono di loro competenza ovvero che possono compromettere la sicurezza propria o di altri lavoratori;
- h) partecipare ai programmi di formazione e di addestramento organizzati dal datore di lavoro;
- i) sottoporsi ai controlli sanitari previsti dal D. Lgs. 81/2008 o comunque disposti dal medico competente.

3. In attuazione di quanto disposto dalla normativa in materia di salute e sicurezza sul lavoro, il Datore di Lavoro ha provveduto ad attuare le misure generali di tutela di cui all'art. 15 del T.U. sulla sicurezza; ha provveduto alla redazione del Documento di Valutazione di tutti i rischi presenti nella realtà lavorativa, ai sensi degli artt. 17 e 28 D. Lgs. 81/2008; ha provveduto alla formazione e informazione di tutti i lavoratori, ex artt. 36 e 37 del medesimo D. Lgs. 81/2008.

Pertanto, di seguito, si procede alla analitica informazione, con specifico riferimento alle modalità di lavoro per il *LAVORATORE AGILE*.

*** **

COMPORAMENTI DI PREVENZIONE GENERALE RICHIESTI AL LAVORATORE AGILE

- Cooperare con diligenza all'attuazione delle misure di prevenzione e protezione predisposte dal datore di lavoro (DL) per fronteggiare i rischi connessi all'esecuzione della prestazione in ambienti *indoor* e *outdoor* diversi da quelli di lavoro abituali.
- Non adottare condotte che possano generare rischi per la propria salute e sicurezza o per quella di terzi.
- Individuare, secondo le esigenze connesse alla prestazione stessa o dalla necessità del lavoratore di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative e adottando principi di ragionevolezza, i luoghi di lavoro per l'esecuzione della prestazione lavorativa in *TELELAVORO DOMICILIARE* rispettando le indicazioni previste dalla presente informativa.

- In ogni caso, evitare luoghi, ambienti, situazioni e circostanze da cui possa derivare un pericolo per la propria salute e sicurezza o per quella dei terzi.

Di seguito, le indicazioni che il lavoratore è tenuto ad osservare per prevenire i rischi per la salute e sicurezza legati allo svolgimento della prestazione in modalità di TELELAVORO DOMICILIARE.

*** **

CAPITOLO 1

INDICAZIONI RELATIVE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' LAVORATIVA IN AMBIENTI OUTDOOR

Nello svolgere l'attività all'aperto si richiama il lavoratore ad adottare un comportamento coscienzioso e prudente, escludendo luoghi che lo esporrebbero a rischi aggiuntivi rispetto a quelli specifici della propria attività svolta in luoghi chiusi.

È opportuno non lavorare con dispositivi elettronici come *tablet* e *smartphone* o similari all'aperto, soprattutto se si nota una diminuzione di visibilità dei caratteri sullo schermo rispetto all'uso in locali al chiuso dovuta alla maggiore luminosità ambientale.

All'aperto inoltre aumenta il rischio di riflessi sullo schermo o di abbagliamento.

Pertanto le attività svolgibili all'aperto sono essenzialmente quelle di lettura di documenti cartacei o comunicazioni telefoniche o tramite servizi VOIP (ad es. Skype).

Fermo restando che va seguito il criterio di ragionevolezza nella scelta del luogo in cui svolgere la prestazione lavorativa, si raccomanda di:

- privilegiare luoghi ombreggiati per ridurre l'esposizione a radiazione solare ultravioletta (UV);
- evitare di esporsi a condizioni meteorologiche sfavorevoli quali caldo o freddo intenso;
- non frequentare aree con presenza di animali incustoditi o aree che non siano adeguatamente mantenute quali ad esempio aree verdi incolte, con degrado ambientale e/o con presenza di rifiuti;
- non svolgere l'attività in un luogo isolato in cui sia difficoltoso richiedere e ricevere soccorso;
- non svolgere l'attività in aree con presenza di sostanze combustibili e infiammabili (vedere capitolo 5);
- non svolgere l'attività in aree in cui non ci sia la possibilità di approvvigionarsi di acqua potabile;
- mettere in atto tutte le precauzioni che consuetamente si adottano svolgendo attività *outdoor* (ad es.: creme contro le punture, antistaminici, abbigliamento adeguato, quanto prescritto dal proprio medico per situazioni personali di maggiore sensibilità, intolleranza, allergia, ecc.), per quanto riguarda i potenziali pericoli da esposizione ad agenti biologici (ad es. morsi, graffi e punture di insetti o altri animali, esposizione ad allergeni pollinici, ecc.).

*** **

CAPITOLO 2

INDICAZIONI RELATIVE AD AMBIENTI INDOOR PRIVATI

Di seguito vengono riportate le principali indicazioni relative ai requisiti igienico-sanitari previsti per i locali privati in cui possono operare i lavoratori destinati a svolgere il TELELAVORO DOMICILIARE.

Raccomandazioni generali per i locali:

- le attività lavorative non possono essere svolte in locali tecnici o locali non abitabili (ad es. soffitte, seminterrati, rustici, box);
- adeguata disponibilità di servizi igienici e acqua potabile e presenza di impianti a norma (elettrico, termoidraulico, ecc.) adeguatamente mantenuti;
- le superfici interne delle pareti non devono presentare tracce di condensazione permanente (muffe);
- i locali, eccettuati quelli destinati a servizi igienici, disimpegni, corridoi, vani-scala e ripostigli debbono fruire di illuminazione naturale diretta, adeguata alla destinazione d'uso e, a tale scopo, devono avere una superficie finestrata idonea;
- i locali devono essere muniti di impianti di illuminazione artificiale, generale e localizzata, atti a garantire un adeguato comfort visivo agli occupanti.

Indicazioni per l'illuminazione naturale ed artificiale:

- si raccomanda, soprattutto nei mesi estivi, di schermare le finestre (ad es. con tendaggi, appropriato utilizzo delle tapparelle, ecc.) allo scopo di evitare l'abbagliamento e limitare l'esposizione diretta alle radiazioni solari;
- l'illuminazione generale e specifica (lampade da tavolo) deve essere tale da garantire un illuminamento sufficiente e un contrasto appropriato tra lo schermo e l'ambiente circostante.
- è importante collocare le lampade in modo tale da evitare abbagliamenti diretti e/o riflessi e la proiezione di ombre che ostacolino il compito visivo mentre si svolge l'attività lavorativa.

Indicazioni per l'aerazione naturale ed artificiale:

- è opportuno garantire il ricambio dell'aria naturale o con ventilazione meccanica;
- evitare di esporsi a correnti d'aria fastidiose che colpiscano una zona circoscritta del corpo (ad es. la nuca, le gambe, ecc.);
- gli eventuali impianti di condizionamento dell'aria devono essere a norma e regolarmente mantenuti; i sistemi filtranti dell'impianto e i recipienti eventuali per la raccolta della condensa, vanno regolarmente ispezionati e puliti e, se necessario, sostituiti;
- evitare di regolare la temperatura a livelli troppo alti o troppo bassi (a seconda della stagione) rispetto alla temperatura esterna;
- evitare l'inalazione attiva e passiva del fumo di tabacco, soprattutto negli ambienti chiusi, in quanto molto pericolosa per la salute umana.

*** **



CAPITOLO 3

UTILIZZO SICURO DI ATTREZZATURE/DISPOSITIVI DI LAVORO

Di seguito vengono riportate le principali indicazioni relative ai requisiti e al corretto utilizzo di attrezzature/dispositivi di lavoro, con specifico riferimento a quelle consegnate ai lavoratori destinati a svolgere il TELELAVORO DOMICILIARE: *notebook, tablet e smartphone*.

Indicazioni generali:

- conservare in luoghi in cui siano facilmente reperibili e consultabili il manuale/istruzioni per l'uso redatte dal fabbricante;
- leggere il manuale/istruzioni per l'uso prima dell'utilizzo dei dispositivi, seguire le indicazioni del costruttore/importatore e tenere a mente le informazioni riguardanti i principi di sicurezza;
- si raccomanda di utilizzare apparecchi elettrici integri, senza parti conduttrici in tensione accessibili (ad es. cavi di alimentazione con danni alla guaina isolante che rendano visibili i conduttori interni), e di interromperne immediatamente l'utilizzo in caso di emissione di scintille, fumo e/o odore di bruciato, provvedendo a spegnere l'apparecchio e disconnettere la spina dalla presa elettrica di alimentazione (se connesse);
- verificare periodicamente che le attrezzature siano integre e correttamente funzionanti, compresi i cavi elettrici e la spina di alimentazione;
- non collegare tra loro dispositivi o accessori incompatibili;
- effettuare la ricarica elettrica da prese di alimentazione integre e attraverso i dispositivi (cavi di collegamento, alimentatori) forniti in dotazione;
- disporre i cavi di alimentazione in modo da minimizzare il pericolo di inciampo;
- spegnere le attrezzature una volta terminati i lavori;
- controllare che tutte le attrezzature/dispositivi siano scollegate/i dall'impianto elettrico quando non utilizzati, specialmente per lunghi periodi;
- si raccomanda di collocare le attrezzature/dispositivi in modo da favorire la loro ventilazione e raffreddamento (non coperti e con le griglie di aerazione non ostruite) e di astenersi dall'uso nel caso di un loro anomalo riscaldamento;
- inserire le spine dei cavi di alimentazione delle attrezzature/dispositivi in prese compatibili (ad es. spine a poli allineati in prese a poli allineati, spine *schuko* in prese *schuko*). Utilizzare la presa solo se ben ancorata al muro e controllare che la spina sia completamente inserita nella presa a garanzia di un contatto certo ed ottimale;
- riporre le attrezzature in luogo sicuro, lontano da fonti di calore o di innesco, evitare di pigiare i cavi e di piegarli in corrispondenza delle giunzioni tra spina e cavo e tra cavo e connettore (la parte che serve per connettere l'attrezzatura al cavo di alimentazione);
- non effettuare operazioni di riparazione e manutenzione fai da te;
- lo schermo dei dispositivi è realizzato in vetro/cristallo e può rompersi in caso di caduta o a seguito di un forte urto. In caso di rottura dello schermo, evitare di toccare le schegge di vetro e non tentare

di rimuovere il vetro rotto dal dispositivo; il dispositivo non dovrà essere usato fino a quando non sarà stato riparato;

- le batterie/accumulatori non vanno gettati nel fuoco (potrebbero esplodere), né smontati, tagliati, compressi, piegati, forati, danneggiati, manomessi, immersi o esposti all'acqua o altri liquidi;
- in caso di fuoriuscita di liquido dalle batterie/accumulatori, va evitato il contatto del liquido con la pelle o gli occhi; qualora si verificasse un contatto, la parte colpita va sciacquata immediatamente con abbondante acqua e va consultato un medico;
- segnalare tempestivamente al datore di lavoro eventuali malfunzionamenti, tenendo le attrezzature/dispositivi spenti e scollegati dall'impianto elettrico;
- è opportuno fare periodicamente delle brevi pause per distogliere la vista dallo schermo e sgranchirsi le gambe;
- è bene cambiare spesso posizione durante il lavoro anche sfruttando le caratteristiche di estrema maneggevolezza di *tablet* e *smartphone*, tenendo presente la possibilità di alternare la posizione eretta con quella seduta;
- prima di iniziare a lavorare, orientare lo schermo verificando che la posizione rispetto alle fonti di luce naturale e artificiale sia tale da non creare riflessi fastidiosi (come ad es. nel caso in cui l'operatore sia posizionato con le spalle rivolte ad una finestra non adeguatamente schermata o sotto un punto luce a soffitto) o abbagliamenti (ad es. evitare di sedersi di fronte ad una finestra non adeguatamente schermata);
- in una situazione corretta lo schermo è posto perpendicolarmente rispetto alla finestra e ad una distanza tale da evitare riflessi e abbagliamenti;
- i *notebook*, *tablet* e *smartphone* hanno uno schermo con una superficie molto riflettente (schermi lucidi o *glossy*) per garantire una resa ottimale dei colori; tenere presente che l'utilizzo di tali schermi può causare affaticamento visivo e pertanto:
 - regolare la luminosità e il contrasto sullo schermo in modo ottimale;
 - durante la lettura, distogliere spesso lo sguardo dallo schermo per fissare oggetti lontani, così come si fa quando si lavora normalmente al computer fisso;
 - in tutti i casi in cui i caratteri sullo schermo del dispositivo mobile siano troppo piccoli, è importante ingrandire i caratteri a schermo e utilizzare la funzione zoom per non affaticare gli occhi;
 - non lavorare mai al buio.

Indicazioni per il lavoro con il *notebook*

In caso di attività che comportino la redazione o la revisione di lunghi testi, tabelle o simili è opportuno l'impiego del *notebook* con le seguenti raccomandazioni:

- sistemare il *notebook* su un idoneo supporto che consenta lo stabile posizionamento dell'attrezzatura e un comodo appoggio degli avambracci;



- il sedile di lavoro deve essere stabile e deve permettere una posizione comoda. In caso di lavoro prolungato, la seduta deve avere bordi smussati;
- è importante stare seduti con un comodo appoggio della zona lombare e su una seduta non rigida (eventualmente utilizzare dei cuscini poco spessi);
- durante il lavoro con il *notebook*, la schiena va mantenuta poggiata al sedile provvisto di supporto per la zona lombare, evitando di piegarla in avanti;
- mantenere gli avambracci, i polsi e le mani allineati durante l'uso della tastiera, evitando di piegare o angolare i polsi;
- è opportuno che gli avambracci siano appoggiati sul piano e non tenuti sospesi;
- utilizzare un piano di lavoro stabile, con una superficie a basso indice di riflessione, con altezza sufficiente per permettere l'alloggiamento e il movimento degli arti inferiori in grado di consentire cambiamenti di posizione nonché l'ingresso del sedile e dei braccioli, se presenti, e permettere una disposizione comoda del dispositivo (*notebook*), dei documenti e del materiale accessorio;
- l'altezza del piano di lavoro e della seduta devono essere tali da consentire all'operatore in posizione seduta di avere gli angoli braccio/avambraccio e gamba/coscia ciascuno a circa 90°;
- la profondità del piano di lavoro deve essere tale da assicurare una adeguata distanza visiva dallo schermo;
- in base alla statura, e se necessario per mantenere un angolo di 90° tra gamba e coscia, creare un poggiapiedi con un oggetto di dimensioni opportune.

In caso di uso su mezzi di trasporto (treni/aerei/ navi) in qualità di passeggeri o in locali pubblici:

- è possibile lavorare in un locale pubblico o in viaggio solo ove le condizioni siano sufficientemente confortevoli ed ergonomiche, prestando particolare attenzione alla comodità della seduta, all'appoggio lombare e alla posizione delle braccia rispetto al tavolino di appoggio;
- evitare lavori prolungati nel caso l'altezza della seduta sia troppo bassa o alta rispetto al piano di appoggio del *notebook*;
- osservare le disposizioni impartite dal personale viaggiante (autisti, controllori, personale di volo, ecc.);
- nelle imbarcazioni il *notebook* è utilizzabile solo nei casi in cui sia possibile predisporre una idonea postazione di lavoro al chiuso e in assenza di rollio/beccheggio della nave;
- se fosse necessario ricaricare, e se esistono prese elettriche per la ricarica dei dispositivi mobili a disposizione dei clienti, verificare che la presa non sia danneggiata e che sia normalmente ancorata al suo supporto parete;
- non utilizzare il *notebook* su autobus/tram, metropolitane, taxi e in macchina anche se si è passeggeri.

Indicazioni per il lavoro con *tablet* e *smartphone*



I *tablet* sono idonei prevalentemente alla gestione della posta elettronica e della documentazione, mentre gli *smartphone* sono idonei essenzialmente alla gestione della posta elettronica e alla lettura di brevi documenti.

In caso di impiego di *tablet* e *smartphone* si raccomanda di:

- effettuare frequenti pause, limitando il tempo di digitazione continuata;
- evitare di utilizzare questi dispositivi per scrivere lunghi testi;
- evitare di utilizzare tali attrezzature mentre si cammina, salvo che per rispondere a chiamate vocali prediligendo l'utilizzo dell'auricolare;
- per prevenire l'affaticamento visivo, evitare attività prolungate di lettura sullo *smartphone*;
- effettuare periodicamente esercizi di allungamento dei muscoli della mano e del pollice (*stretching*).

Indicazioni per l'utilizzo sicuro dello *smartphone* come telefono cellulare

- È bene utilizzare l'auricolare durante le chiamate, evitando di tenere il volume su livelli elevati;
- spegnere il dispositivo nelle aree in cui è vietato l'uso di telefoni cellulari/*smartphone* o quando può causare interferenze o situazioni di pericolo (in aereo, strutture sanitarie, luoghi a rischio di incendio/esplosione, ecc.);
- al fine di evitare potenziali interferenze con apparecchiature mediche impiantate seguire le indicazioni del medico competente e le specifiche indicazioni del produttore/importatore dell'apparecchiatura.

I dispositivi potrebbero interferire con gli apparecchi acustici. A tal fine:

- non tenere i dispositivi nel taschino;
- in caso di utilizzo posizzionarli sull'orecchio opposto rispetto a quello su cui è installato l'apparecchio acustico;
- evitare di usare il dispositivo in caso di sospetta interferenza;
- un portatore di apparecchi acustici che usasse l'auricolare collegato al telefono/*smartphone* potrebbe avere difficoltà nell'udire i suoni dell'ambiente circostante. Non usare l'auricolare se questo può mettere a rischio la propria e l'altrui sicurezza.

Nel caso in cui ci si trovi all'interno di un veicolo:

- non tenere mai in mano il telefono cellulare/*smartphone* durante la guida: le mani devono essere sempre tenute libere per poter condurre il veicolo;
- durante la guida usare il telefono cellulare/*smartphone* esclusivamente con l'auricolare o in modalità viva voce;
- inviare e leggere i messaggi solo durante le fermate in area di sosta o di servizio o se si viaggia in qualità di passeggeri;
- non tenere o trasportare liquidi infiammabili o materiali esplosivi in prossimità del dispositivo, dei suoi componenti o dei suoi accessori;
- non utilizzare il telefono cellulare/*smartphone* nelle aree di distribuzione di carburante;
- non collocare il dispositivo nell'area di espansione dell'airbag.

CAPITOLO 4

INDICAZIONI RELATIVE A REQUISITI E CORRETTO UTILIZZO DI IMPIANTI ELETTRICI

Indicazioni relative ai requisiti e al corretto utilizzo di impianti elettrici, apparecchi/dispositivi elettrici utilizzatori, dispositivi di connessione elettrica temporanea.

Impianto elettrico

A. Requisiti:

- 1) i componenti dell'impianto elettrico utilizzato (prese, interruttori, ecc.) devono apparire privi di parti danneggiate;
- 2) le sue parti conduttrici in tensione non devono essere accessibili (ad es. a causa di scatole di derivazione prive di coperchio di chiusura o con coperchio danneggiato, di scatole per prese o interruttori prive di alcuni componenti, di canaline portacavi a vista prive di coperchi di chiusura o con coperchi danneggiati);
- 3) le parti dell'impianto devono risultare asciutte, pulite e non devono prodursi scintille, odori di bruciato e/o fumo;
- 4) nel caso di utilizzo della rete elettrica in locali privati, è necessario conoscere l'ubicazione del quadro elettrico e la funzione degli interruttori in esso contenuti per poter disconnettere la rete elettrica in caso di emergenza;

B. Indicazioni di corretto utilizzo:

- è buona norma che le zone antistanti i quadri elettrici, le prese e gli interruttori siano tenute sgombre e accessibili;
- evitare di accumulare o accostare materiali infiammabili (carta, stoffe, materiali sintetici di facile innesco, buste di plastica, ecc.) a ridosso dei componenti dell'impianto, e in particolare delle prese elettriche a parete, per evitare il rischio di incendio;
- è importante posizionare le lampade, specialmente quelle da tavolo, in modo tale che non vi sia contatto con materiali infiammabili.

Dispositivi di connessione elettrica temporanea

(prolunghe, adattatori, prese a ricettività multipla, avvolgicavo, ecc.).

A. Requisiti:

- i dispositivi di connessione elettrica temporanea devono essere dotati di informazioni (targhetta) indicanti almeno la tensione nominale (ad es. 220-240 Volt), la corrente nominale (ad es. 10 Ampere) e la potenza massima ammissibile (ad es. 1500 Watt);
- i dispositivi di connessione elettrica temporanea che si intende utilizzare devono essere integri (la guaina del cavo, le prese e le spine non devono essere danneggiate), non avere parti conduttrici scoperte (a spina inserita), non devono emettere scintille, fumo e/o odore di bruciato durante il funzionamento.

B. Indicazioni di corretto utilizzo:

- l'utilizzo di dispositivi di connessione elettrica temporanea deve essere ridotto al minimo indispensabile e preferibilmente solo quando non siano disponibili punti di alimentazione più vicini e idonei;
- le prese e le spine degli apparecchi elettrici, dei dispositivi di connessione elettrica temporanea e dell'impianto elettrico devono essere compatibili tra loro (spine a poli allineati in prese a poli allineati, spine *schuko* in prese *schuko*) e, nel funzionamento, le spine devono essere inserite completamente nelle prese, in modo da evitare il danneggiamento delle prese e garantire un contatto certo;
- evitare di piegare, schiacciare, tirare prolunghe, spine, ecc.;
- disporre i cavi di alimentazione e/o le eventuali prolunghe con attenzione, in modo da minimizzare il pericolo di inciampo;
- verificare sempre che la potenza ammissibile dei dispositivi di connessione elettrica temporanea (ad es. presa multipla con 1500 Watt) sia maggiore della somma delle potenze assorbite dagli apparecchi elettrici collegati (ad es. PC 300 Watt + stampante 1000 Watt);
- fare attenzione a che i dispositivi di connessione elettrica temporanea non risultino particolarmente caldi durante il loro funzionamento;
- srotolare i cavi il più possibile o comunque disporli in modo tale da esporre la maggiore superficie libera per smaltire il calore prodotto durante il loro impiego.

CAPITOLO 5

INFORMATIVA RELATIVA AL RISCHIO INCENDI PER IL TELELAVORO

Indicazioni generali:

- identificare il luogo di lavoro (indirizzo esatto) e avere a disposizione i principali numeri telefonici dei soccorsi nazionali e locali (VVF, Polizia, ospedali, ecc.);
- prestare attenzione ad apparecchi di cottura e riscaldamento dotati di resistenza elettrica a vista o a fiamma libera (alimentati a combustibili solidi, liquidi o gassosi) in quanto possibili focolai di incendio e di rischio ustione. Inoltre, tenere presente che questi ultimi necessitano di adeguati ricambi d'aria per l'eliminazione dei gas combustibili;
- rispettare il divieto di fumo laddove presente;
- non gettare mozziconi accesi nelle aree a verde all'esterno, nei vasi con piante e nei contenitori destinati ai rifiuti;
- non ostruire le vie di esodo e non bloccare la chiusura delle eventuali porte tagliafuoco.

Comportamento per principio di incendio:

- mantenere la calma;
- disattivare le utenze presenti (PC, termoconvettori, apparecchiature elettriche) staccandone anche le spine;

- avvertire i presenti all'interno dell'edificio o nelle zone circostanti *outdoor*, chiedere aiuto e, nel caso si valuti l'impossibilità di agire, chiamare i soccorsi telefonicamente (VVF, Polizia, ecc.), fornendo loro cognome, luogo dell'evento, situazione, affollamento, ecc.;

- se l'evento lo permette, in attesa o meno dell'arrivo di aiuto o dei soccorsi, provare a spegnere l'incendio attraverso i mezzi di estinzione presenti (acqua⁶, coperte⁷, estintori⁸, ecc.);- non utilizzare acqua per estinguere l'incendio su apparecchiature o parti di impianto elettrico o quantomeno prima di avere disattivato la tensione dal quadro elettrico;

- se non si riesce ad estinguere l'incendio, abbandonare il luogo dell'evento (chiudendo le porte dietro di sé ma non a chiave) e aspettare all'esterno l'arrivo dei soccorsi per fornire indicazioni;

- se non è possibile abbandonare l'edificio, chiudersi all'interno di un'altra stanza tamponando la porta con panni umidi, se disponibili, per ostacolare la diffusione dei fumi all'interno, aprire la finestra e segnalare la propria presenza.

*** **

Di seguito si riporta una tabella riepilogativa al fine di indicare in quali dei diversi scenari lavorativi dovranno trovare applicazione le informazioni contenute nei cinque capitoli di cui sopra.

Scenario lavorativo	Attrezzatura utilizzabile	Capitoli da applicare				
		1	2	3	4	5
6. TELELAVORO DOMICILIARE in locali privati al chiuso	Smartphone Auricolare Tablet Notebook		X	X	X	X

⁶ È idonea allo spegnimento di incendi di manufatti in legno o in stoffa ma non per incendi che originano dall'impianto o da attrezzature elettriche.

⁷ In caso di principi di incendio dell'impianto elettrico o di altro tipo (purché si tratti di piccoli focolai) si possono utilizzare le coperte ignifughe o, in loro assenza, coperte di lana o di cotone spesso (evitare assolutamente materiali sintetici o di piume come i *pile* e i *piumini*) per soffocare il focolaio (si impedisce l'arrivo di ossigeno alla fiamma). Se particolarmente piccolo il focolaio può essere soffocato anche con un recipiente di metallo (ad es. un coperchio o una pentola di acciaio rovesciata).

⁸ ESTINTORI A POLVERE (ABC)

Sono idonei per spegnere i fuochi generati da sostanze solide che formano bruce (fuochi di classe A), da sostanze liquide (fuochi di classe B) e da sostanze gassose (fuochi di classe C). Gli estintori a polvere sono utilizzabili per lo spegnimento dei principi d'incendio di ogni sostanza anche in presenza d'impianti elettrici in tensione.

ESTINTORI AD ANIDRIDE CARBONICA (CO₂)

Sono idonei allo spegnimento di sostanze liquide (fuochi di classe B) e fuochi di sostanze gassose (fuochi di classe C); possono essere usati anche in presenza di impianti elettrici in tensione. Occorre prestare molta attenzione all'eccessivo raffreddamento che genera il gas: ustione da freddo alle persone e possibili rotture su elementi caldi (ad es.: motori o parti metalliche calde potrebbero rompersi per eccessivo raffreddamento superficiale). Non sono indicati per spegnere fuochi di classe A (sostanze solide che formano bruce). A causa dell'elevata pressione interna l'estintore a CO₂ risulta molto più pesante degli altri estintori a pari quantità di estinguente.

ISTRUZIONI PER L'UTILIZZO DELL'ESTINTORE

- sganciare l'estintore dall'eventuale supporto e porlo a terra;
- rompere il sigillo ed estrarre la spinetta di sicurezza;
- impugnare il tubo erogatore o manichetta;
- con l'altra mano, impugnata la maniglia dell'estintore, premere la valvola di apertura;
- dirigere il getto alla base delle fiamme premendo la leva prima ad intermittenza e poi con maggiore progressione;
- iniziare lo spegnimento delle fiamme più vicine a sé e solo dopo verso il focolaio principale.



ASL BT

PugliaSalute

Con la sottoscrizione del presente documento, il lavoratore attesta di aver preso conoscenza in modo puntuale del contenuto del medesimo e il Rappresentante dei lavoratori per la Sicurezza di averne condiviso pienamente il contenuto.

Data --/--/----

Firma del Direttore, Dirigente Responsabile, delegato dal Datore di Lavoro, ex art. 14, comma8, del regolamento aziendale sul lavoro agile

Firma del Lavoratore

Firma del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza - RLS ZINGARELLI Giuseppe, delegato da tutti gli R.L.S. dell'ASL BT (email reflusso@gmail.com - giuseppe.zingarelli@aslbat.it)

Sottosezione 3.1 - Piano Triennale del Fabbisogno di Personale

PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE

Relativamente al Piano Triennale del Fabbisogno di Personale è necessario premettere che le esigenze di programmazione a livello regionale hanno determinato la necessità di adottare il provvedimento secondo tempistiche specifiche e disallineate rispetto ai riferimenti temporali previsti dalla normativa che disciplina il PIAO.

Con apposita nota circolare del 24/01/2023, la Regione Puglia Dipartimento Promozione della Salute ha fornito indicazioni in merito ai Piani Triennali di Personale cui far riferimento in sede di redazione del PIAO precisando che ... *“nelle more dell’imminente adozione del nuovo modello di PTFP per gli anni 2022 – 2024, la specifica sezione del PIAO non potrà che riportare le informazioni di dettaglio relative al PTFP da ultimo approvato da parte della Giunta Regionale, e dunque a quello relativo al triennio 2020-2022 e a quello relativo al triennio 2021 -2023 di cui alle rispettive deliberazioni di Giunta regionale approvate. La programmazione aziendale di cui al PTFP 2021-2023 e al PTFP 2022-2024 potrà essere altresì richiamata all’interno del PIAO, rinviando ai successivi atti di adozione aziendale o di ulteriori disposizioni in materia da parte della Giunta Regionale”*.

Ciò detto, con deliberazione n. 560 del 20 maggio 2022, in Allegato al presente piano, questa Azienda, a seguito di approvazione di cui alla DGR n. 387 del 21 marzo 2022 ha proceduto alla adozione definitiva del PTFP 2020 – 2022.

Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1818 del 12/12/2022, la Regione Puglia stabiliva che, *“al fine di definire il fabbisogno complessivo del personale del SSR, le Aziende ed Enti del SSR devono adottare il PTFP 2021 – 2023 entro il 19 dicembre 2022, secondo il vigente modello, definendo gli spazi assunzionali in base alle esigenze assistenziali, in modo tale che si tenga conto anche delle unità di personale da stabilizzare...”*.

Pertanto, in recepimento del contenuto della DGR n. 1818/2022, con deliberazione n. 1837 del 19/12/2022 in Allegato al presente piano, questa Azienda ha adottato il proprio PTFP 2021 – 2023. Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1980 del 22/12/2022 avente ad oggetto *“Art. 6 D. Lgs. 165/2001; D.M. 8/05/2018 – Presa d’atto dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale PTFP 2021-2023 delle Aziende ed Enti del SSR. Prima valutazione”* la Regione Puglia ha effettuato una priva valutazione dei PTFP delle Aziende ed Enti del SSR e, tra questi, quello della ASL BT, riservandosi l’approvazione definitiva con successivo atto da adottarsi entro il 30 gennaio 2023, allo stato attuale non ancora emanato.



PIANO FORMAZIONE 2023



UOSVD Informazione,
Comunicazione, Polo
Universitario e Formazione

Dirigente Responsabile
dott.ssa Maria Micaela Abbinante



*Dimmi e io dimentico
mostrami e io ricordo
coinvolgimi e io imparo
(Benjamin Franklin)*

PREMESSA

La Direzione Generale della Asl Bt a fine 2022 con atti diversi ha ridisegnato il profilo dei dipartimenti aziendali, sia amministrativi che sanitari, ridefinendo l'organizzazione dei servizi e dotando gli stessi dipartimenti di un nuovo regolamento.

La nuova organizzazione dei Dipartimenti è stato il punto di partenza di un intenso percorso di condivisione delle esigenze formative che certamente dovrà essere circolare e continuo, nella consapevolezza che la formazione aziendale, sia essa ECM o no, rappresenta uno strumento costante di crescita per i professionisti a favore dei cittadini e degli utenti.

A ottobre 2022 la Direzione Generale della Asl Bt ha istituito la UOSVD Informazione, Comunicazione, Polo Universitario e Formazione che ha tra i propri obiettivi e tra le proprie finalità quella di creare un legame stretto tra tutte le attività di informazione e comunicazione sia interna che esterna rivolta a pubblici diversi e le attività di formazione, variamente qualificate, che si rivolgono a pubblici eterogenei. Il ruolo dell'Università diventa sempre più importante nella misura in cui la stessa formazione aziendale viene concepita e utilizzata come veicolo di informazione e spazio di formazione reciproca. In quest'ottica la crescente apertura verso l'inserimento degli specializzandi nei diversi servizi specialistici, nel rispetto della normativa vigente, diventa canale di reciproco stimolo alla crescita dei saperi. L'attenzione verso l'assistenza territoriale si qualifica anche nella scelta di utilizzare tutti i servizi territoriali come luoghi di formazione per le attività di tirocinio delle diverse figure professionali che si formano negli spazi Asl (è il caso degli infermieri e dei tecnici di radiologia) o che si rivolgono alla Asl per completare e qualificare il proprio percorso formativo.

Il 2022 dunque ha rappresentato un anno importante di cambiamento dal punto di vista organizzativo che ora deve concretizzarsi in attività, percorsi e scelte formative che devono contribuire a sostanziare l'organizzazione dipartimentale. Merita ancora attenzione, anche dal punto di vista formativo, il recente passato di emergenza con tutte le dinamiche, in termini organizzativi e gestionali, che devono diventare prassi consolidata.

I cambiamenti prospettati da documenti europei, nazionali e regionali di programmazione, dal PNRR al DM 77, non possono che essere focus di attenzione anche e soprattutto per la formazione del personale dipendente.

La creazione e la definizione delle Case di Comunità, l'aggiornamento tecnologico e informatico, il sempre più necessario coinvolgimento della medicina di base e della pediatria di libera scelta, la multidisciplinarietà ospedaliera e territoriale, il supporto all'accreditamento delle strutture sono obiettivi strategici guida che caratterizzeranno la formazione annuale.

Accanto a questi ci sono obiettivi strategici mirati al benessere organizzativo, alla cura della comunicazione interna ed esterna rivolta ai cittadini e ai pazienti, all'aggiornamento amministrativo e alla organizzazione di forme pilota di dossier formativi di gruppo.

Nel corso del 2023 saranno sostenute attività di formazione specifiche finalizzate all'attivazione di nuovi servizi anche attraverso comandi finalizzati presso altri enti o istituti, sulla base delle esigenze organizzative che emergeranno. Saranno inoltre sostenuti percorsi di formazione specialistica post universitaria con l'utilizzo di fondi rinvenienti da finanziamenti specifici: a conclusione dei corsi post universitari saranno organizzati seminari di approfondimento a favore di tutti i dipendenti.

L'aggiornamento dell'albo dei formatori interni, la predisposizione di un processo di aggiornamento costante e la predisposizione di corsi di formazione per formatori saranno i pilastri di un percorso per il maggiore coinvolgimento delle risorse interne al fine di sviluppare meccanismi virtuosi di circolazione delle informazioni e di scambio di competenze all'interno dell'azienda.

Particolare attenzione sarà dedicata all'aggiornamento professionale dell'apparato amministrativo anche alla luce delle spinte innovative ministeriali che puntano a una sempre maggiore digitalizzazione dei servizi.

Sarà sviluppata la formazione in fad, sia sincrona che asincrona, considerata un mezzo moderno e necessario per sostenere la massima partecipazione - con contestuale riduzione dei costi - su temi di diffuso interesse, dalla sicurezza sui luoghi di lavoro all'anticorruzione e alla trasparenza.

I risultati attesi saranno misurati attraverso dati oggettivi, primo fra tutti la percentuale di realizzazione del piano formativo dichiarato su portale regionale della formazione, e attraverso dati qualitativi rinvenienti dai questionari di gradimento.

In linea con quanto definito dal Cug, Comitato Unico di Garanzia, sarà dato ampio spazio alle attività di formazione volte al riqualificare il benessere organizzativo. Tale esigenza nasce dalla consapevolezza delle difficoltà che negli ultimi anni il sistema sanitario ha dovuto affrontare. La maggiore attenzione all'ascolto delle esigenze dei dipendenti siamo certi avrà risvolti positivi anche rispetto alla qualità dei servizi resi in termini di capacità di ascolto e accoglienza dei pazienti.

1. ORGANIZZAZIONE

La pianificazione della formazione aziendale necessita di una attività di organizzazione del servizio che deve avvalersi di strumenti adatti e moderni, di supporti esterni, di riqualificazione delle risorse interne

e di procedure standardizzate per sostenere le esigenze di aggiornamento di tutte le figure professionali.

1.1 PORTALE DELLA FORMAZIONE

Il Portale della Formazione Asl Bt deve essere sempre di più punto di riferimento imprescindibile del personale dipendente Asl per organizzare le proprie esigenze formative e per aggiornare il proprio dossier personale. Raggiungibile anche dal Portale della Asl Bt, in costante aggiornamento, offre informazioni di dettaglio sui corsi in programma. La migliore e più dinamica organizzazione del Portale della Formazione è accompagnata da una intensa attività di informazione e di comunicazione interna svolta con tutti i supporti e i canali già utilizzati dall'azienda, compresi i social: questo consente al personale di essere costantemente aggiornato sulle attività in corso e in programma e di creare un clima di reciproco scambio.

1.2 FORMAZIONE FAD SINCRONA E ASINCRONA

Il periodo emergenziale ha dato una spinta propulsiva notevole e assolutamente positiva all'uso degli strumenti informatici anche in riferimento alla formazione. La Asl Bt, pertanto, nella fase pandemica si è dotata di un Portale per la formazione in Fad già utilizzato nel corso del 2022 e che nella pianificazione 2023 rivestirà un ruolo importante per garantire la massima diffusione di temi di interesse generalizzato.

La formazione in fad asincrona consente infatti di garantire, anche senza limiti temporali, una formazione diffusa con costi limitati mentre la formazione in fad sincrona elimina gli spostamenti non necessari e consente la partecipazione diffusa di personale dipendente in servizio presso strutture diverse del territorio. I limiti della lontananza fisica per argomenti mirati sono superati dai vantaggi organizzativi e possono essere ampiamente recuperati dalla possibilità di interfacciarsi direttamente con i docenti nella misura in cui su temi di interesse diffuso sarà preferita la scelta di personale qualificato interno.

1.3 ALBO INTERNO DEI FORMATORI

L'aggiornamento dell'Albo dei Formatori interni sarà una occasione di verifica delle competenze interne che possono e devono essere messe a servizio della interna collettività dei dipendenti Asl nella piena consapevolezza che l'attività di docenza attiva è momento di formazione e di aggiornamento professionale anche per chi la produce. La crescita aziendale degli ultimi anni, la qualificazione specialistica di alcuni settori, la riorganizzazione dei servizi devono essere messi a disposizione dei dipendenti colleghi in un'ottima di miglioramento della circolazione interna delle informazioni. L'investimento in formazione post-universitaria, garantita con investimenti diretti della Formazione

Asl o attraverso l'utilizzo di fondi rinvenienti da altri finanziamenti, sarà ampliato dalla formazione a cascata: per garantire la massima capacità di formazione attiva saranno organizzati corsi per formare i formatori.

1.4 SPONSORIZZAZIONI

Le capacità interne organizzative e formative saranno ampliate grazie all'uso regolamentato delle sponsorizzazioni, strumento utile a reperire fondi o possibilità organizzative necessari per sostenere percorsi di crescita professionale. In un'ottica di potenziamento del tavolo regionale della Formazione, già costituito e avviato nel corso del 2022, anche il regolamento sulle sponsorizzazioni seguirà le indicazioni regionali.

1.5 SOSTEGNO ALL'AUTOFORMAZIONE

L'autoformazione è uno strumento dinamico, consentito e regolamentato dalla norma che deve essere sostenuto dalla Asl attraverso organizzate procedure di circolazione delle informazioni. Pertanto saranno organizzati spazi di condivisione dei numerosi e qualificati articoli scientifici prodotti da dipendenti aziendali: la creazione di una banca dati avrà come obiettivi quelli di dare spazio e visibilità ai lavori individuali e di gruppo, determinare una corretta circolazione delle informazioni e sostenere appunto forme di autoformazione.

1.6 AGGIORNAMENTO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

L'aggiornamento professionale dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, sostenuto dalla Asl attraverso finanziamenti mirati e definito attraverso comitati paritetici dedicati, è uno spazio privilegiato di condivisione delle esigenze aziendali formative. La corretta circolazione delle informazioni, la condivisione di saperi rispetto all'organizzazione dei servizi, gli aggiornamenti normativi sono strumenti di miglioramento dei flussi interni ed esterni: la formazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta diventa dunque un momento di scambio e di omogeneizzazione delle procedure e degli approcci di salute che come esiti hanno l'efficacia organizzativa e la maggiore soddisfazione dell'utenza.

2. CORSI DI FORMAZIONE TRASVERSALI

I corsi di formazione trasversali sono rivolti a tutto il personale in servizio, sia sanitario che amministrativo, e hanno lo scopo di affrontare in maniera completa e non settoriale temi di rilevante interesse con l'obiettivo di ottenere una uniformità di informazione e una omogeneizzazione di

conoscenza. I corsi di formazione trasversali saranno organizzati in presenza e in modalità fad a seconda delle necessità e delle potenziali offerte dai sistemi a disposizione.

Nel corso del 2023 saranno organizzati i corsi trasversali obbligatori e non:

- **“Sicurezza sui luoghi di lavoro D.Lgs. 81/2008”**: il corso in Fad di n.4 ore realizzato nel 2022 resterà attivo sulla piattaforma dedicata;
- **“Addetti antincendio D.Lgs. 81/08”**;
- **“Anticorruzione e trasparenza”**: il corso di n.8 ore sarà organizzato in modalità fad asincrona per consentire la più ampia diffusione e vedrà l’impegno diretto di personale interno aziendale;
- **“DPO – Data protection Officer – la protezione dei dati in sanità”**: il corso avrà l’obiettivo di approfondire il tema della protezione dei dati in sanità, di spiegare il ruolo del DPO.
- **“La Comunicazione in Sanità – la gestione dell’Accoglienza”**: il corso sarà realizzato in più edizioni e avrà lo scopo di presentare le diverse anime della informazione e della comunicazione in sanità nonché di proporre spazi di confronto per la corretta gestione della comunicazione medico-paziente e del conflitto comunicativo;
- **“L’umanizzazione dei percorsi assistenziali”**: il corso avrà l’obiettivo di analizzare i percorsi e le dinamiche migliorabili ai fini di una sempre migliore umanizzazione dell’assistenza sanitaria;
- **“Benessere organizzativo e stress lavoro-correlato”**: il corso sarà realizzato in più edizioni e avrà lo scopo di esplicitare come analizzare e migliorare il benessere organizzativo anche attraverso gli strumenti già a disposizione dell’azienda, come per esempio il Cug – Comitato Unico di Garanzia;
- **“Rischio radiologico”**: il corso sarà organizzato in più edizioni e avrà lo scopo di formare in maniera capillare il personale sanitario sui rischi radiologici;
- **“Screening oncologici”**: il personale interessato dal potenziamento dello screening oncologico è distribuito sul territorio e in servizi di assistenza diversi. Pertanto il corso sarà organizzato in edizioni diverse e avrà lo scopo di diffondere informazioni sulle finalità e sulle procedure nonché di condividere conoscenze specifiche di settore.
- **“Coro – Centro di Orientamento Oncologico: compiti e organizzazione”**: il corretto funzionamento del Coro, punto focale della rete oncologica regionale, passa attraverso la corretta comprensione del suo ruolo e della sua funzione nella gestione del paziente oncologico.
- **“Il Registro Tumori”**: i risultati dell’ultimo report sono strumento di lavoro diffusi e riguardano figure professionali diverse, dai medici impegnati nella attività di prevenzione agli specialisti oncologi.

- **“Il ruolo dei tutor – corso propedeutico”**: la presenza del Polo Universitario all’interno dell’azienda con due corsi universitari attivi determina la presenza di tirocinanti che vanno guidati e orientati nel loro percorso formativo. Il corso preparerà i tutor ad eseguire correttamente il proprio compito.
- **“La Donazione degli Organi e dei tessuti”**: la formazione è un tassello importante del successo registrato negli ultimi anni in tema di donazione degli organi nella Asl Bt. L’attività di formazione sarà rivolta a un pubblico eterogeneo per consentire la conoscenza di dettaglio sulle attività relative alla donazione che coinvolgono direttamente e indirettamente tanti servizi aziendali, da quelli amministrativi a quelli sanitari
- **“Redazione di articoli scientifici”**: Il corso avrà l’obiettivo di presentare tecniche e procedure per la corretta redazione degli articoli scientifici.

3. LA FORMAZIONE DELL’EMERGENZA

3.1 CENTRO DI FORMAZIONE MULTIDISCIPLINARE

Il Centro di Formazione Multidisciplinare Asl Bt ha lo scopo di organizzare e gestire, con personale interno, corsi di urgenza-emergenza di BLS-D (Basic Life Support – Defibrillation), PTCb (PreHospital Trauma Care base), PBLS-D (Pediatric Basic Life Support – Defibrillation), ALS (Advanced Life Support), PTCa (PreHospital Trauma Care advanced), ILS (Immediate Life Support), PALS (Pediatric Advanced Life Support). La programmazione 2023 prevede la definizione annuale delle esigenze formative aziendali in maniera tale da consentire ai singoli dipendenti la programmazione del proprio aggiornamento e la correttezza della tempistica di rinnovo necessario per il personale dedicato all’urgenza. I corsi nella versione base saranno aperti anche al personale amministrativo.

3.2 LA FORMAZIONE DEI SOCCORRITORI

Le difficoltà in cui versa il fronte dell’emergenza-urgenza ricadono direttamente sull’organizzazione aziendale e pertanto saranno organizzati, nel rispetto del protocollo aziendale vigente e in stretta collaborazione con le Associazioni di Volontariato, corsi di formazione specifici rivolti al personale impegnato nelle attività di soccorso. Il corso sarà finalizzato e garantire la massima aderenza ai protocolli aziendali e regionali e prevederà anche corsi di BLS-D.

3.3 118

Nel corso del 2022 non è stato possibile organizzare corsi di formazione per personale 118 per la scarsa adesione al bando promosso della Asl Bt, nonostante la riduzione della quota di partecipazione

e l'apertura anche ai laureati in Medicina iscritti all'albo. La carenza di personale di emergenza resta però una priorità da affrontare e pertanto sarà promosso un ulteriore bando: il corso di formazione sarà promosso anche con una classe inferiore a 20 persone.

4. LA FORMAZIONE DEI DIPARTIMENTI

La programmazione 2023 è stata definita in collaborazione con i Dipartimenti della Asl Bt: potrà subire variazioni nel corso dell'anno in base alle esigenze che potranno emergere in considerazione della variabilità organizzativa e gestionale che caratterizza la sanità pubblica. La organizzazione dei nuovi dipartimenti a fine dicembre 2022, come già specificato, non ha consentito sempre l'approfondimento necessario alla redazione delle proposte formative condivise: questo non sarà di ostacolo alla realizzazione di corsi di formazione necessari e utili al corretto svolgimento dell'attività lavorativa.

Nelle tabelle che seguono non saranno riportati i temi di interesse generale e trasversali già analizzati e che sono stati proposti a più riprese dai dipartimenti aziendali. Pertanto saranno definiti corsi di formazione specifici, concordati e valutati con la UOSVD Informazione, Comunicazione, Polo Universitario e Formazione che rispondono all'esigenza di migliorare i percorsi già avviati, sostenere nuove attività e sostenere la programmazione aziendale.

La programmazione di dettaglio consentirà di individuare il numero di edizioni, il numero di persone da formare, i docenti, le categorie professionali dei discenti. La stessa programmazione di dettaglio viene definita dalle unità operative interessate, dal dipartimento di riferimento e dalla scrivente UOSVD.

DIPARTIMENTO MEDICO SPECIALISTICO

Antimicrobial stewardship: condivisione tra professionisti

La gestione del fine vita: Il ruolo della medicina interna ospedaliera

Le infezioni da HIV e AIDS

Diagnosi e trattamento precoce della malnutrizione: impatto clinico ed economico della gestione del paziente ospedalizzato

Nutrizione enterale ospedaliera e domiciliare

Sindrome dell'intestino corto: unmet needs in NPD e ruolo delle terapie ormonali

Le malattie infiammatorie croniche intestinali: nuove terapie

Assistenza e gestione delle malattie rare nella Asl Bt

La presa in carico e la gestione della cronicità

indicazioni e criteri diagnostici di secondo livello per una corretta appropriatezza terapeutica nelle patologie polmonari

La gestione del paziente complesso e fragile tra linee guida e protocolli aziendali

DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA

Prelievo arterioso e interpretazione infermieristica dell'emogasanalisi

Elettrocardiografia per infermieri - Corso base

Triage globale in Pronto Soccorso - Corso base

Quale accesso vascolare in emergenza (centrale, periferico, intraosseo)

Ecografia guidata per infermieri

Corso avanzato di procedure invasive in emergenza

La gestione della sepsi dal Pronto Soccorso alla Terapia Semintensiva

Corso avanzato sulla sedo-analgesia in Emergenza Urgenza

Ecografia doppler vascolare in Urgenza

Ecografia nello shock

Sopravvivere al triage - Corso di retraining ed approfondimento sulla comunicazione

Insufficienza respiratoria dall'ossigeno alla terapia

Trauma Bay Management Course

Il ruolo degli anestesisti nel parto indolore

Gestione infermieristica del paziente tracheostomizzato

Gestione infermieristica dei trattamenti di depurazione extracorporei

Corso sulla gestione extraospedaliera del parto precipitoso

Corso gestione CBNR

Il prelievo di tessuti oculari a domicilio

Blocchi locoregionali ecoguidati

Corsi sulla sterilizzazione

Accessi vascolari a medio e lungo termine

Ospedale senza dolore

Gestione intraospedaliera door-to-outcome del politrauma maggiore



ASL BT

PugliaSalute

DIPARTIMENTO CHIRURGICO-TRAUMATOLOGICO

I protocolli ERAS per la gestione della patologia colorettales, la proctologica e la patologia benigna biliare

Sindrome del Braccio Gonfio

La Chirurgia vertebrale per via percutanea

Aggiornamenti in Ecoendoscopia

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Corso Daje: non solo parto indolore ma parto sicuro

La gestione dell'emergenza in sala parto

Ovaio: dalla diagnosi alla cura delle principali patologie

Il ruolo dei pediatri nel parto indolore

DIPARTIMENTO OSPEDALIERO

Le infezioni correlate all'assistenza: cosa sono e cosa fare

La medicina necroscopica in ospedale

DIPARTIMENTO NEUROSENSORIALE

Le Neuropatie ottiche

La gestione multidisciplinare della disfagia

DIPARTIMENTO DISTRETTUALE

Il PNRR: la nuova organizzazione dei servizi

Ultime evidenze scientifiche e nuovi approcci terapeutici per una gestione integrata ospedale-territorio della patologia allergica: dermatite atopica, orticaria e dintorni

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Il quality manager in un programma di trapianti

Gestione overall di uno studio/trial clinico

DIPARTIMENTO DI IMMAGINI E DIAGNOSTICA

La radioprotezione del personale della UOC Medicina Nucleare e del personale delle Radiologie

L'appropriatezza prescrittiva in Radiologia

DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE

Corso Bobat-livello base

Seminario Bobat sulla riabilitazione del paziente con deficit neurologico dell'arto inferiore
Stroke: dalla diagnosi alla riabilitazione tra ospedale e territorio

Seminario sulla riabilitazione delle patologie del rachide

Seminario sulla presa in carico riabilitativa del paziente in età evolutiva con deficit neuromotorio e ortopedico

DIPARTIMENTO FARMACEUTICO

Farmacovigilanza e Dispositivovigilanza: aspetti regolatori e pratici alla luce delle nuove reti AIFA

Il Dipartimento Farmaceutico: funzioni di governo del processo di assistenza farmaceutica ospedaliera e territoriale

Raccomandazioni specifiche per implementare la sicurezza del paziente nell'ambito dell'assistenza sanitaria: corretta disinfezione di operatori e ambienti

DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO

Nuovi adempimenti fiscali 2023

Normativa degli agenti contabili e resa dei conti giudiziali

Il nuovo CCNL dell'area del Comparto sanità del 2/11/2022"

La corretta redazione degli atti amministrativi

Il pacchetto Office-Excell base e avanzato

Il Codice degli Appalti-gli acquisti sotto soglia

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Movimentazione manuale dei carichi in edilizia

La promozione della salute nelle coorti lavorative

Profilo giuridico e competenze del pubblico ufficiale con qualifica di UPG a tutela della sicurezza alimentare e del benessere animale

La nuova anagrafe equidi alla luce del DM 30 settembre 2021

Sicurezza alimentare: controperizia, controversia, applicazione dell'istituto della diffida e ruolo delle autorità competenti sugli illeciti alimentari

Biodiritto e bioetica con particolare riferimento alla legge 219/2017

La legge 210/92

Violenza di genere: procedure e normativa

Accertamenti in tema di idoneità psico-fisica alla guida e in tema di disabilità

Aspetti medico-legali in tema di valutazione dell'idoneità lavorativa e in tema di invalidità civile

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE

La psicoeducazione nei setting di cura

L'epatite C cronica: strategie di azione

Disturbo del Gioco d'Azzardo, strategie di prevenzione e informazione

Le problematiche alcool correlate e l'esordio precoce

La psicoeducazione nei setting di cura

Psicotraumatologia: clinica e strategie di intervento

Dsm e Dpd: vecchie prassi e nuove strategie

Psicogeratria, quale futuro?

Interventi assistiti con animali

Comunicazione aumentativa alternativa

Psicoterapia di gruppo, psicoterapia breve, gruppi Baliani



ASL BT

PugliaSalute

DIPARTIMENTO DI STAFF

La responsabilità in sanità - la legge Gelli-Bianco

La riforma Cartabia

La cartella clinica informatizzata: la corretta compilazione

La corretta compilazione delle SDO

Il Codice del terzo settore

La gestione del documento informatico

Gestione informatizzata del ciclo delle performance

DIPARTIMENTO ATTIVITA' OPERATIVE

Appalti pubblici e PNRR

La rendicontazione dei Fondi Fesr

La rendicontazione dei fondi Recovery Fund

Aggiornamento per coordinatore sicurezza nei cantieri mobili e temporanei

Aggiornamento impianti elettrici e speciali

Aggiornamento impianti meccanico e idraulici e ed efficientamento energetico

Aggiornamento energie rinnovabili

Il nuovo regolamento 745/2017 sui Dispositivi medici

HTA nella gestione delle tecnologie

Trasformazione digitale nella PA: la cyber security

Telemedicina e tecnologie per la sanità digitale

Open data e Big Data

Aggiornamento sui contratti pubblici di servizi e forniture ai sensi del d.lgs. 50/2016 e del nuovo Codice dei Contratti

Nuova piattaforma MePA 2022

Le competenze di Rup e Dec

La Responsabilità amministrativa e il danno erariale in materia di appalti pubblici

Gestione degli obblighi di pubblicità e trasparenza negli appalti pubblici; il diritto di accesso agli atti di gara e ai contratti

Appalti pubblici in Sanità - dalla programmazione all'esecuzione del contratto. Misure di prevenzione della corruzione e riordino delle competenze Anac alla luce della L. 78/2022 Nuovo Codice degli appalti

La revisione prezzi e le varianti in corso d'opera

5. IL BUDGET

Per l'organizzazione dei corsi in presenza e in fad, per l'invio del personale in strutture in grado di garantire formazione specifica di qualità, nonché per gli invii in comando si prevede un costo complessivo di un milione di euro che rientra nel limite dell'1 per cento del monte salariale.

Nel corso del 2023, alla luce anche della nuova organizzazione Dipartimentale, sarà avviato un programma di definizione del budget di formazione per Dipartimento per l'attività di formazione fuori dal contesto aziendale.

SEZIONE 4 MONITORAGGIO

MONITORAGGIO VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE

Il monitoraggio della Sezione Valore Pubblico e Performance avviene secondo le modalità stabilite dal D. Lgs. n. 150/2009 e sss.mm.ii.

Nello specifico, l'art. 6 prevede che *"Gli Organismi indipendenti di valutazione, anche accedendo alle risultanze dei sistemi di controllo strategico e di gestione presenti nell'amministrazione, verificano l'andamento delle performance rispetto agli obiettivi ((programmati durante il periodo di riferimento e segnalano la necessità o l'opportunità di interventi correttivi in corso di esercizio all'organo di indirizzo*

politico-amministrativo, anche in relazione al verificarsi di eventi imprevedibili tali da alterare l'assetto dell'organizzazione e delle risorse a disposizione dell'amministrazione. Le variazioni, verificatesi durante l'esercizio, degli obiettivi e degli indicatori della performance organizzativa ed individuale sono inserite nella

relazione sulla performance e vengono valutate dall'OIV ai fini della validazione di cui all'articolo 14, comma 4, lettera c).)

L'art. 10 comma 1 lett. b) prevede altresì che *"Al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le amministrazioni pubbliche redigono e pubblicano sul sito istituzionale ogni anno: b) entro il 30 giugno, la Relazione annuale sulla performance, che è approvata dall'organo di indirizzo politico-amministrativo e validata dall'Organismo di valutazione ai sensi dell'articolo 14 e che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato".*

Così come già rappresentato nella apposita Sezione, la valutazione della performance implica l'adozione di appositi strumenti di misurazione quali-quantitativa, l'analisi degli scostamenti tra target e risultati raggiunti e la disponibilità di una metodologia che consenta di ottenere dati di sintesi, utili alla successiva riprogrammazione.

E' altresì previsto un monitoraggio infrannuale sul grado di attuazione degli obiettivi rispetto agli indicatori ed ai target definiti in fase di programmazione al fine di intraprendere tempestivamente eventuali azioni correttive in corso d'opera.

In fase di monitoraggio, l'U.O. Controllo di gestione misura i valori degli indicatori individuati per ciascuna azione; la valutazione deve integrare dati quantitativi e aspetti qualitativi del lavoro svolto. L'obiettivo di performance si intende raggiunto quando i risultati riscontrati per ogni singola azione

collegata all'obiettivo collimano con il target, secondo il sistema di pesature individuato in fase di programmazione.

La fase di valutazione si conclude, quindi, con l'assegnazione di un punteggio sulla base di metriche predefinite, che potrà essere utilizzato per diverse finalità, fra le quali ricordiamo a titolo esemplificativo:

- Il miglioramento organizzativo;
- La ridefinizione degli obiettivi aziendali;
- La valorizzazione delle risorse umane, anche attraverso gli strumenti di riconoscimento del merito e i metodi di incentivazione della produttività e della qualità della prestazione lavorativa previsti dalla normativa vigente.

Gli esiti dell'attività di monitoraggio e valutazione dei risultati organizzativi raggiunti nell'anno precedente a quello in corso sono disponibili nella sezione Amministrazione Trasparente – Performance – Relazione sulla Performance del sito aziendale.

Le modifiche apportate al D.Lgs. n. 150/2009 hanno altresì previsto l'introduzione di nuovi strumenti di valutazione partecipativa, prevedendo un ruolo attivo dei Cittadini e degli altri Utenti finali ai fini della valutazione della performance organizzativa.

Dallo scorso anno, e nonostante le difficoltà legate all'emergenza epidemiologica Covid, l'Area del Personale di questa Azienda ha avviato la sperimentazione di un modello di valutazione, espressa dal personale dipendente, su specifici aspetti della performance e sulle caratteristiche individuali (conoscenze, capacità, valori, motivazioni) sia del Responsabile della U.O. di assegnazione che del Coordinatore delle Professioni Sanitarie secondo l'approccio Bottom up (dal basso verso l'alto) mediante la somministrazione di un questionario con Microsoft Forms. In questa fase di sperimentazione, la valutazione è finalizzata non solo a condividere il sistema di valutazione del proprio superiore gerarchico ma, principalmente, a rilevare il livello di benessere organizzativo ed aziendale. Inoltre, è attualmente in corso l'implementazione di sistemi di rilevazione della customer satisfaction degli utenti finali rispetto alle attività e prestazioni fornite nell'ambito dei Presidi Ospedalieri della Asl BT, nonché un progetto specifico sulla customer satisfaction relativamente all'attività di triage del Pronto Soccorso di Barletta, presso cui è attivo il modello organizzativo di Fast Track.

MONITORAGGIO SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Il monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure anticorruzione già previsto dal PNA 2019, dal PIAO e dal PNA 2022 è insito nelle scadenze riportate nell'apposita Sezione nonché dal rispetto delle indicazioni riportate nel cronoprogramma e rinviene, altresì, dalla ricognizione che effettuerà il RPCT i cui esiti saranno resi noti nell'ambito della Relazione annuale del RPCT. Solo all'esito sarà possibile vedere l'efficacia delle misure e il grado di attuazione.