

REGIONE PUGLIA



**AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
CONSORZIALE POLICLINICO  
BARI**



**Piano Integrato di Attività e  
Organizzazione 2025-2027**

<b>INTRODUZIONE</b> .....	<b>4</b>
<b>1. SEZIONE - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE</b> .....	<b>4</b>
1.1 CARATTERISTICHE GENERALI .....	4
1.2 LA MISSION .....	5
1.3 LA VISION.....	6
1.4 L'ORGANIGRAMMA AZIENDALE .....	7
1.5 L'AMMINISTRAZIONE IN CIFRE: I DATI ESSENZIALI RELATIVI ALLE PRESTAZIONI EROGATE.....	10
1.5.1 Il personale .....	10
1.5.2 I principali dati relativi alle prestazioni erogate.....	11
<b>2. SEZIONE - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE</b> .....	<b>16</b>
2.1 VALORE PUBBLICO.....	16
2.1.1 Le principali linee di programmazione sanitaria dell'AOUC Policlinico di Bari, per il triennio 2025-2027/17	
2.1.2 Transizione digitale e innovazione dei processi in attuazione del PNRR .....	19
2.2 PERFORMANCE .....	29
2.2.1 Il ciclo della performance .....	30
2.2.2 Le aree strategiche aziendali per il triennio 2025-2027.....	31
2.2.2.1 Capacità di governo della domanda sanitaria .....	32
2.2.2.2 Qualificazione assistenza ospedaliera.....	33
2.2.2.3 Rischio clinico.....	34
2.2.2.4 Assistenza farmaceutica.....	34
2.2.2.5 Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa.....	34
2.2.2.6 Sanità digitale, Formazione, Accreditamento strutture pubbliche e Assistenza sanitaria territoriale 35	
2.2.3 Rappresentazione grafica delle Aree Strategiche di intervento .....	36
2.2.4 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi .....	38
2.2.5 Le fasi, tempi e gli attori .....	38
2.2.6 La performance individuale e la relazione con la performance organizzativa .....	39
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA.....	42
2.3.1 Attività relative alla trasparenza.....	43
2.3.2 Il Piano Nazionale Anticorruzione (aggiornamento 2024-2026) e novità normative.....	44
2.3.3 I soggetti coinvolti nel sistema di prevenzione della corruzione .....	45
2.3.3.1 L'RPCT dell'AOU Consorziato Policlinico di Bari.....	46
2.3.3.2 Referenti per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza. Ruoli e responsabilità .....	46
2.3.3.3 Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) .....	51
2.3.3.4 Altri referenti e responsabili.....	51
2.3.4 Analisi del contesto. Mappatura dei Rischi.....	52
2.3.4.1 Contesto Esterno .....	52
2.3.4.1.1 Misure operative nel contesto esterno nazionale.....	54
2.3.4.2 Contesto Interno.....	57
2.3.4.3 Sistemi di controllo interno. Individuazione dei Rischi e Prevenzione .....	58
2.3.4.4 I rischi specifici legati alla corruzione in sanità .....	59
2.3.4.5 Trattamento dei Rischi: le misure adottate.....	64
a) La Rotazione del Personale .....	64
b) Il Conflitto di Interessi .....	65
c) Il Protocollo ANAC- ARAN 2022.....	67
d) Le segnalazioni di condotte illecite (Whistleblowing): la piattaforma .....	67
e) Attività libero professionale sanitaria .....	69
f) Ricognizione fisica dei beni patrimoniali di proprietà dell'Azienda .....	70

g)	Autorizzazioni/concessioni amministrative.....	70
h)	Sperimentazioni cliniche.....	70
i)	Donazioni, comodato d'uso e la valutazione di prova/visione .....	70
j)	Codice di comportamento del Personale.....	71
k)	Formazione.....	71
l)	Ulteriori misure adottate .....	71
2.3.5	<i>Mappatura dei processi</i> .....	71
2.3.6	<i>Analisi della struttura organizzativa di controllo</i> .....	72
2.3.7	<i>Attuazione della Trasparenza</i> .....	72
a)	Sito della trasparenza e griglia di rilevazione.....	72
b)	Criteri di pubblicazione e di aggiornamento dei dati inseriti.....	73
c)	Formato utile alla pubblicazione dei dati .....	74
d)	Open source utilizzati .....	75
e)	Tipologie di accesso: Civico e Documentale .....	75
f)	I Regolamenti aziendali .....	77
<b>3.</b>	<b>SEZIONE - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO</b> .....	<b>77</b>
<b>3.1</b>	<b>STRUTTURA ORGANIZZATIVA E PROGRAMMAZIONE</b> .....	<b>77</b>
3.1.1	<i>Organigramma e struttura organizzativa</i> .....	77
3.1.2	<i>Piano per l'Uguaglianza di Genere (PUG): pari opportunità ed equilibrio di genere</i> .....	84
<b>3.2</b>	<b>ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE (POLA)</b> .....	<b>88</b>
3.2.1	<i>Piano Organizzativo del Lavoro Agile e/o piani o documenti alternativi</i> .....	89
<b>3.3</b>	<b>PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE</b> .....	<b>90</b>
3.3.1	<i>Consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente</i> .....	109
3.3.2	<i>Copertura del fabbisogno: trend delle cessazioni</i> .....	110
<b>4.</b>	<b>SEZIONE - MONITORAGGIO</b> .....	<b>111</b>
<b>4.1</b>	<b>MONITORAGGIO DEL VALORE PUBBLICO E DELLA PERFORMANCE</b> .....	<b>111</b>
<b>4.2</b>	<b>MONITORAGGIO DEI RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA</b> .....	<b>111</b>

## INTRODUZIONE

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

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

## 1. SEZIONE - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

### *1.1 Caratteristiche generali*

L'organizzazione aziendale, fondata su criteri di multidisciplinarietà, si propone lo scopo del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, della didattica e della ricerca mediante

L'integrazione e l'interazione delle professionalità, contemplando altresì l'esigenza di ottimizzare le risorse nell'ottica del loro utilizzo improntato ai principi dell'efficacia e dell'efficienza.

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

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

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

## 1.2 La mission

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

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

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

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

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

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

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

### **1.3 La vision**

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

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

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

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

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

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

#### **Sostenibilità economica**

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

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

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

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

### **Perseguimento dell'eccellenza**

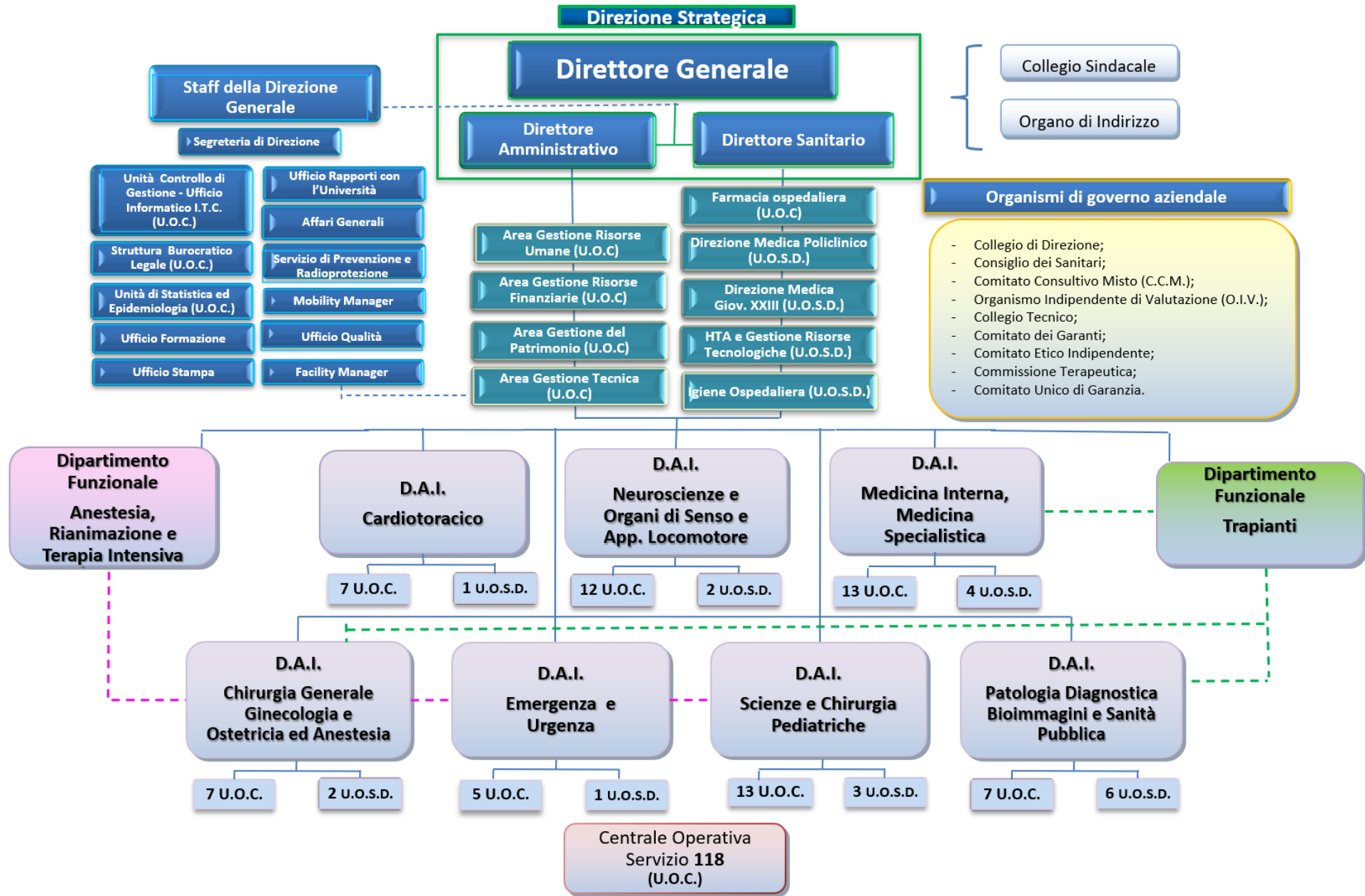
L'azienda sostiene le azioni volte al perseguimento dell'obiettivo dell'eccellenza, anche attraverso la partecipazione a reti regionali e sovraregionali nell'ambito della ricerca e dell'assistenza.

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

## ***1.4 L'organigramma aziendale***

Al momento della predisposizione del presente documento, nei 7 Dipartimenti risultano attive 78 Unità Operative Complesse (72 di area clinica e 7 di area amministrativa) e 19 Unità Operative Semplici a valenza Dipartimentale di area clinica, più ulteriori 4 nell'area della tecnostruttura.

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





Rispetto all'anno 2023, la struttura operativa non presenta sostanziali modifiche, ad eccezione dell'attivazione / disattivazione di alcune Unità Operative Semplici a valenza Dipartimentale per mutate esigenze organizzative e dell'istituzione di due Dipartimenti Funzionali che avranno carattere temporaneo e resteranno attivi fino alla approvazione della riorganizzazione prevista nel nuovo Atto aziendale, nello specifico:

- il Dipartimento Funzionale di Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva consentirà di veicolare le esigenze organizzative e gestionali delle sale operatorie dei due presidi ospedalieri Policlinico e Giovanni XXIII, di garantire un numero di sedute operatorie adeguato a soddisfare le attuali esigenze aziendali, nonché di ottimizzare le risorse di personale per la realizzazione di obiettivi interdipartimentali, di un programma di attività finalizzato alla riduzione delle liste di attesa delle prestazioni chirurgiche e di un potenziamento dell'attività trapiantologica;
- il Dipartimento Funzionale Trapianti consentirà di migliorare la qualità dell'assistenza del paziente con insufficienza terminale d'organo, incrementare l'attività di trapianto da donatore deceduto potenziando i programmi di utilizzo di donatori marginali, sviluppare un programma di utilizzo di organi di donatori deceduti a cuore fermo, promuovere l'attività di trapianti combinati fegato - rene, cuore - fegato e cuore - rene, attivare il programma di trapianto di pancreas (con particolare attenzione all'implementazione del trapianto combinato rene - pancreas per il trattamento del diabete mellito e delle sue complicanze renali) e di polmone, attivare il trapianto di cuore e fegato pediatrico, incrementare l'offerta chirurgica di preparazione al trapianto e di chirurgia delle complicanze del trapianto. La realizzazione dei suddetti obiettivi consentirebbe di ridurre la mobilità passiva dei pazienti e promuovere l'offerta assistenziale pugliese nell'ambito di trapianto di organo solido o di procedure ad esso connesse presso altre regioni per incrementare la mobilità attiva.

Nel corso degli anni, sulla base dell'esperienza maturata, è emersa l'idea di superare l'attuale collocazione della Centrale Operativa 118 di Bari - BAT all'interno dell'AOUC Policlinico di Bari, al fine di realizzare una più efficace ed incisiva attività di risposta rispetto alle emergenze e razionalizzare l'assetto organizzativo del sistema, migliorando il coordinamento delle attività anche grazie ad una più razionale gestione delle risorse umane a disposizione. In risposta a tale esigenza, con la DGR 1386/2024, viene disposto il trasferimento del 118 dalla AOUC Policlinico di Bari alla ASL di Bari. Tale trasferimento avverrà operativamente nel corso del 2025.

Con la legge regionale del 31 Dicembre 2024, n. 42 "Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2025 e bilancio pluriennale 2025 - 2027 della Regione Puglia (legge di stabilità regionale 2025)", e nelle more della costituzione in ente ospedaliero autonomo con capacità attrattiva extra-regionale, la Regione dispone il trasferimento in via transitoria delle unità operative riferite alle discipline ospedaliere del plesso pediatrico Ospedale Giovanni XXIII dall'AOUC Policlinico di Bari, all'Azienda sanitaria locale di Bari, garantendo, ove necessario, e a mezzo di protocolli d'intesa previsti dall'ordinamento, il permanere delle attività di didattica e ricerca svolte, ovvero protocolli d'intesa per garantire il mantenimento degli iscrivibili ai corsi di laurea e alle scuole di specializzazione.

Ad oggi, comunque, per questa Azienda non essendo a conoscenza delle modalità operative di tale trasferimento e, al fine di garantire la continuità assistenziale, viene mantenuto il vecchio assetto operativo.

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

Si riporta di seguito una sintesi dei principali dati di struttura e di attività che hanno caratterizzato la gestione dell'A.O.U. Consorziata Policlinico di Bari nell'anno 2024, confrontati con l'anno precedente.

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

#### 1.5.1 Il personale

I dipendenti presenti a fine 2024 sono pari a 4.596 unità, di cui 4.311 ospedalieri e 285 universitari conferiti in convenzione. Rispetto a fine 2023 l'organico presenta un incremento netto pari a 103 unità.

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

#### Personale diretto

	Dip. al 31/12/2023			Variazioni		Dip. al 31/12/2024		
	Tempo Ind.	Tempo Det.	totale	Incrementi	Decrementi	Tempo Ind.	Tempo Det.	totale
<b>RUOLO SANITARIO</b>	<b>3.082</b>	<b>51</b>	<b>3.133</b>	<b>302</b>	<b>-210</b>	<b>3.092</b>	<b>133</b>	<b>3.225</b>
<i>Dirigenza</i>	887	42	929	124	-61	923	69	992
<i>Comparto</i>	2.195	9	2.204	178	-149	2.169	64	2.233
<b>RUOLO PROF.LE</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>-1</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>9</b>
<i>Dirigenza</i>	4	1	5	1		5	1	6
<i>Comparto</i>	4		4		-1	3		3
<b>RUOLO TECNICO</b>	<b>219</b>	<b>5</b>	<b>224</b>	<b>1</b>	<b>-16</b>	<b>204</b>	<b>5</b>	<b>209</b>
<i>Dirigenza</i>	2		2				2	2
<i>Comparto</i>	217	5	222	1	-16	204	3	207
<b>RUOLO SOCIO-SANIT.</b>	<b>495</b>	<b>0</b>	<b>495</b>	<b>69</b>	<b>-44</b>	<b>50</b>	<b>470</b>	<b>520</b>
<i>Dirigenza</i>			0					0
<i>Comparto</i>	495		495	69	-44	50	470	520
<b>RUOLO AMM.VO</b>	<b>344</b>	<b>3</b>	<b>347</b>	<b>26</b>	<b>-25</b>	<b>343</b>	<b>5</b>	<b>348</b>
<i>Dirigenza</i>	10	3	13	3	-1	11	4	15
<i>Comparto</i>	334		334	23	-24	332	1	333
<b>TOTALE</b>	<b>4.148</b>	<b>60</b>	<b>4.208</b>	<b>399</b>	<b>-296</b>	<b>3.697</b>	<b>614</b>	<b>4.311</b>
<i>Dirigenza</i>	903	46	949	128	-62	939	76	1.015
<i>Comparto</i>	3.245	14	3.259	271	-234	2.758	538	3.296

### Personale convenzionato universitario

	Dip. al 31/12/2023	Variazioni		Dip. al 31/12/2024
		Incrementi	Decrementi	
<b>RUOLO SANITARIO</b>	<b>240</b>	<b>4</b>	<b>-20</b>	<b>224</b>
<i>Dirigenza</i>	195	4	-17	182
<i>Comparto</i>	45	0	-3	42
<b>RUOLO TECNICO</b>	<b>19</b>	<b>0</b>	<b>-1</b>	<b>18</b>
<i>Dirigenza</i>	1	0		1
<i>Comparto</i>	18	0	-1	17
<b>RUOLO AMM.VO</b>	<b>44</b>	<b>0</b>	<b>-1</b>	<b>43</b>
<i>Dirigenza</i>	0	0	0	0
<i>Comparto</i>	44	0	-1	43
<b>TOTALE</b>	<b>303</b>	<b>4</b>	<b>-17</b>	<b>285</b>
<i>Dirigenza</i>	196	4	-17	183
<i>Comparto</i>	107	0	0	102

### 1.5.2 I principali dati relativi alle prestazioni erogate

L'Azienda, nel corso dell'anno 2024 ha fornito assistenza sanitaria, avvalendosi complessivamente, in media, di n. 1.010 posti letto (+19 p.l. rispetto al 2023) articolati sui due plessi, di cui 64 dedicati ai day hospital.

Premesso che le rilevazioni dell'esercizio 2024 ad oggi sono ancora in fase di consolidamento, si possono evidenziare alcuni trend di scostamento. Rispetto all'anno precedente si registra un sostanziale incremento dei casi trattati in regime di ricovero ordinario (+223) contro un decremento dei ricoveri diurni (-259); una lettura attenta del dato affiancato all'incremento del peso della complessità trattata nei ricoveri ordinari (+0,0423) evidenzia il percorso virtuoso, intrapreso dall'azienda, verso la gestione di casistiche sempre più complesse.

I principali dati ed indicatori di produzione dei servizi erogati dall'Azienda distinti con un grado di dettaglio anche per i due plessi, presidio del Policlinico e Giovanni XXIII, nel corso del 2024, sia in regime di ricovero, sia in regime ambulatoriale, raffrontati con il 2023, sono di seguito riportati:

\* Dati in fase di consolidamento

Totale Azienda	2024*			2023			Diff. '24/'23		
	Ricoveri ordinari	Ricoveri d.h.	Totale	Ricoveri ordinari	Ricoveri d.h.	Totale	Ricoveri ordinari	Ricoveri d.h.	Totale
Posti letto medi	944,1	65,4	1.009,5	926,4	64,1	990,5	17,7	1,3	19,0

Ricoveri (*)	n.ro	36.303	7.730	44.033	36.080	7.989	44.069	223	-259	-36
Peso medio		1,4179	0,8805		1,3756	0,8990		0,0423	-0,0185	
gg di deg. / n. accessi medici	n.ro	290.885	15.928	306.813	279.198	17.761	296.959	11.687	-1.833	9.854
deg. media / accessi medi	n.ro	8,0	2,6		7,7	2,8		0,3	-0,2	
DRGs chir. / DRGs totali	%	44,2	15,2		44,0	21,3		0,1	-6,1	
Utilizzo p.l.	%	84,4			82,6			1,8		

Prestaz. amb.li	n.ro			2.552.860			2.549.360			3.500
Day Service	n.ro			75.494			70.492			5.002

Policlinico	2024*			2023			Diff. '24/'23		
	Ricoveri ordinari	Ricoveri d.h.	Totale	Ricoveri ordinari	Ricoveri d.h.	Totale	Ricoveri ordinari	Ricoveri d.h.	Totale
Posti letto medi	806,1	53,8	859,9	781,5	51,1	832,6	24,6	2,7	27,3

Ricoveri (*)	n.ro	29.271	6.710	35.981	28.905	6.945	35.850	366	-235	131
Peso medio		1,7721	0,9013		1,5167	0,9160		0,2554	-0,0147	
gg di deg. / n. accessi medici	n.ro	255.010	13.159	268.169	241.366	14.914	256.280	13.644	-1.755	11.889
deg. media / accessi medi	n.ro	8,7	2,6		8,4	2,7		0,4	-0,1	
DRGs chir. / DRGs totali	%	48,2	16,1		47,9	22,4		0,3	-6,3	
Utilizzo p.l.	%	86,7			84,6			2,1		

Prestaz. amb.li	n.ro			2.324.417			2.338.438			-14.021
Day Service	n.ro			71.402			66.477			4.925

Giovanni XXIII	2024*			2023			Diff. '24/'23		
	Ricoveri ordinari	Ricoveri d.h.	Totale	Ricoveri ordinari	Ricoveri d.h.	Totale	Ricoveri ordinari	Ricoveri d.h.	Totale
Posti letto medi	138,0	11,6	149,6	144,9	13,0	157,9	-6,9	-1,4	-8,3

Ricoveri (*)	n.ro	7.032	1.020	8.052	7.175	1.044	8.219	-143	-24	-167
Peso medio		0,7948	0,7551		0,8071	0,7860		-0,0123	-0,0309	
gg di deg. / n. accessi medici	n.ro	35.875	2.770	38.645	37.853	2.847	40.700	-1.978	-77	-2.055
deg. media / accessi medi	n.ro	5,1	3,0		5,3	3,2		-0,2	-0,2	
DRGs chir. / DRGs totali	%	28,0	9,7		27,8	14,3		0,2	-4,6	
Utilizzo p.l.	%	71,2			71,6			-0,3		

Prestaz. amb.li	n.ro			228.444			210.922			17.522
Day Service	n.ro			4.091			4.015			76

Si conferma il trend di crescita dell'attività ambulatoriale, già rilevata nel corso degli anni precedenti. Nello specifico cresce del 7% circa il volume dei day service erogati con un sostanziale mantenimento dei volumi delle altre prestazioni ambulatoriali.

Nel dettaglio, osserviamo che, tutti i principali indicatori del plesso Policlinico sono in miglioramento; nello specifico si evidenzia un incremento (+17%) del peso della complessità della casistica, in contrapposizione ad un leggero decremento (-2%) della casistica trattata (- per il plesso Giovanni XXIII

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

Descrizione MDC ricoveri ordinari	2024 (*)	2023	2022	2021	2020	2019
MDC 1 - MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	2.134	2.294	2.227	2.255	2.033	2.674
MDC 2 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'OCCHIO	666	790	575	568	591	923
MDC 3 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'ORECCHIO, DEL NASO, DELLA BOCCA E DELLA GOLA	1.225	1.399	1.241	993	1.062	1.468
MDC 4 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'APPARATO RESPIRATORIO	3.199	3.161	2.902	3.783	3.451	3.444
MDC 5 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO	3.507	3.733	3.234	3.128	2.684	3.700
MDC 6 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	2.619	2.907	2.993	2.889	2.629	4.013
MDC 7 - MALATTIE E DISTURBI EPATOBILIARI E DEL PANCREAS	1.218	1.420	1.379	1.365	1.320	2.191
MDC 8 - MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	3.564	3.371	3.166	2.991	2.564	3.326
MDC 9 - MALATTIE E DISTURBI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTO-CUTANEO E DELLA MAMMELLA	1.059	1.134	1.088	1.066	915	1.253
MDC 10 - MALATTIE E DISTURBI ENDOCRINI, NUTRIZIONALI E METABOLICI	1.425	1.326	1.227	1.104	886	1.688
MDC 11 - MALATTIE E DISTURBI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE	2.458	2.982	2.733	2.448	2.332	3.071
MDC 12 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	1.128	1.284	1.223	1.086	1.030	1.555
MDC 13 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	724	774	873	822	725	1.278
MDC 14 - GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	1.795	1.893	1.624	1.972	1.973	2.424
MDC 15 - MALATTIE E DISTURBI DEL PERIODO NEONATALE	1.335	1.654	1.890	1.822	1.723	1.721
MDC 16 - MALATTIE E DISTURBI DEL SANGUE, DEGLI ORGANI EMOPOIETICI E DEL SISTEMA IMMUNITAR	490	507	456	489	522	651
MDC 17 - MALATTIE E DISTURBI MIELOPROLIFERATIVI E NEOPLASIE SCARSAMENTE DIFFERENZIATE	718	1.004	1.138	978	883	895
MDC 18 - MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE (SISTEMICHE O DI SEDI NON SPECIFICATE)	1.607	1.696	1.865	1.246	1.326	1.241
MDC 19 - MALATTIE E DISTURBI MENTALI	844	940	927	881	805	1.114
MDC 20 - ABUSO DI ALCOL/DROGHE E DISTURBI MENTALI ORGANICI INDOTTI	42	50	52	39	50	39
MDC 21 - TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI	280	262	319	423	410	511
MDC 22 - USTIONI	101	132	117	120	67	86
MDC 23 - FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE ED IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI	274	452	1.063	399	336	415
MDC 24 - TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	98	73	76	77	73	114
MDC 25 - INFEZIONI DA H.I.V.	19	29	24	12	24	27
DRG NON CLASSIFICATI	772	813	656	726	518	580
<b>TOTALE</b>	<b>33.301</b>	<b>36.080</b>	<b>35.068</b>	<b>33.682</b>	<b>30.932</b>	<b>40.402</b>

\* Dati in fase di consolidamento

Per quanto attiene l'attività ambulatoriale, il dettaglio per macro-categoria, rappresentato nella tabella seguente, evidenzia un sostanziale mantenimento delle prestazioni erogate rispetto all'anno precedente; nello specifico si evidenzia un leggero decremento dell'attività svolta sul plesso Policlinico (-0,6%) e un significativo incremento dell'attività svolta presso il plesso Giovanni XXIII (+8,3%):

<b>Totale Azienda</b>		<b>2024</b>	<b>2023</b>	<b>Diff.</b>	<b>Diff. %</b>
<b>Visite specialistiche</b>	<b>n.ro</b>	449.919	437.237	12.682	2,9
<b>Diagn. per immagini</b>	<b>n.ro</b>	93.975	93.034	941	1,0
<b>Prestaz. di laboratorio</b>	<b>n.ro</b>	1.760.157	1.768.067	-7.910	-0,4
<b>Altre prestazioni</b>	<b>n.ro</b>	248.810	251.022	-2.212	-0,9
<b>TOTALE</b>	<b>n.ro</b>	<b>2.552.860</b>	<b>2.549.360</b>	<b>3.500</b>	<b>0,1</b>

<b>Policlinico</b>		<b>2024</b>	<b>2023</b>	<b>Diff.</b>	<b>Diff. %</b>
<b>Visite specialistiche</b>	<b>n.ro</b>	384.526	374.102	10.424	2,8
<b>Diagn. per immagini</b>	<b>n.ro</b>	81.071	81.021	50	0,1
<b>Prestaz. di laboratorio</b>	<b>n.ro</b>	1.623.882	1.647.475	-23.593	-1,4
<b>Altre prestazioni</b>	<b>n.ro</b>	234.937	235.840	-903	-0,4
<b>TOTALE</b>	<b>n.ro</b>	<b>2.324.417</b>	<b>2.338.438</b>	<b>-14.021</b>	<b>-0,6</b>

<b>Giovanni XXIII</b>		<b>2024</b>	<b>2023</b>	<b>Diff.</b>	<b>Diff. %</b>
<b>Visite specialistiche</b>	<b>n.ro</b>	65.393	63.135	2.258	3,6
<b>Diagn. per immagini</b>	<b>n.ro</b>	12.904	12.013	891	7,4
<b>Prestaz. di laboratorio</b>	<b>n.ro</b>	136.275	120.592	15.683	13,0
<b>Altre prestazioni</b>	<b>n.ro</b>	13.872	15.182	-1.310	-8,6
<b>TOTALE</b>	<b>n.ro</b>	<b>228.444</b>	<b>210.922</b>	<b>17.522</b>	<b>8,3</b>

I dati di attività relativi ai nostri servizi di Pronto Soccorso nel 2024, suddivisi per struttura e per codice triage, sono di seguito riportati:

PRONTO SOCCORSO	Codice triage	2024	2023	2022
<b>P.S. - STABILIMENTO POLICLINICO</b>	BIANCO - NON URGENZA	3.939	4.155	2.976
	VERDE - URGENZA MINORE	46.523	42.525	34.937
	AZZURRO - URGENZA DIFFERIBILE	10.223	8.962	7.283
	ARANCIONE - URGENZA	7.977	7.908	8.142
	ROSSO - EMERGENZA	613	624	761
	NERO - DECEDUTO	196	185	238
	NON RILEVATO	73	48	53
	<b>Totale</b>		<b>69.544</b>	<b>64.407</b>
<b>P.S. - STABILIMENTO GIOVANNI XXIII</b>	BIANCO - NON URGENZA	3.973	4.584	4.570
	VERDE - URGENZA MINORE	24.612	23.088	18.878
	AZZURRO - URGENZA DIFFERIBILE	3.120	908	464
	ARANCIONE - URGENZA	247	100	66
	ROSSO - EMERGENZA	23	9	8
	NERO - DECEDUTO	1	0	0
	NON RILEVATO	8	4	8
	<b>Totale</b>		<b>31.984</b>	<b>28.693</b>
<b>P.S. OCULISTICO</b>	BIANCO - NON URGENZA	6.812	6.088	4.467
	VERDE - URGENZA MINORE	9.513	9.355	7.854
	AZZURRO - URGENZA DIFFERIBILE	345	276	244
	ARANCIONE - URGENZA	464	603	434
	ROSSO - EMERGENZA	1	0	1
	NON RILEVATO	1	1	10
	<b>Totale</b>		<b>17.136</b>	<b>16.323</b>
<b>P.S. OSTETRICIA E GINECOLOGIA</b>	BIANCO - NON URGENZA	217	210	130
	VERDE - URGENZA MINORE	5.845	5.996	5.970
	AZZURRO - URGENZA DIFFERIBILE	161	135	158
	ARANCIONE - URGENZA	24	31	41
	ROSSO - EMERGENZA	0	2	4
	NON RILEVATO	10	10	2
	<b>Totale</b>		<b>6.257</b>	<b>6.384</b>
<b>Totale complessivo</b>		<b>124.921</b>	<b>115.807</b>	<b>97.699</b>

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

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

DESCRIZIONE	2024	2023	2022	2021	2020	2019
Trapianti di fegato	61	54	30	38	20	24
Trapianti di rene	88	89	81	76	59	73
Trapianti di cuore	73	61	25	9	6	6
<b>TOTALE</b>	<b>222</b>	<b>204</b>	<b>136</b>	<b>123</b>	<b>85</b>	<b>103</b>

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

### 2.1 Valore Pubblico

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

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

- 1) i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici, programmati in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria adottati da ciascuna amministrazione;
- 2) le modalità e le azioni finalizzate, nel periodo di riferimento, a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, alle pubbliche amministrazioni da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- 3) l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare, secondo le misure previste dall'Agenda Semplificazione e, per gli enti interessati dall'Agenda Digitale, secondo gli obiettivi di digitalizzazione ivi previsti;
- 4) gli obiettivi di valore pubblico generato dall'azione amministrativa, inteso come l'incremento del benessere economico, sociale, educativo, assistenziale, ambientale, a favore dei cittadini e del tessuto produttivo."

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

- **Il valore nella programmazione**

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



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

▪ **La programmazione integrata**

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

### **2.1.1 Le principali linee di programmazione sanitaria dell'AOUC Policlinico di Bari, per il triennio 2025-2027**

A seguire si evidenziano le principali linee di programmazione sanitaria dell'AOUC Policlinico di Bari, per il triennio 2025-2027:

- sull'attività trapiantologica
- sul potenziamento del Pronto Soccorso
- nei percorsi per le Malattie Rare (MR)
- sui Piani logistici
- su specifici Progetti finanziati

#### **Attività trapiantologica**

Il Programma Trapiantologico dell'Azienda ha subito un notevole impulso in anni recenti. In particolare, il Centro Trapianti Cuore della U.O.C. Cardiocirurgia Universitaria si è attestato al primo posto in Italia per numero di trapianti negli anni 2023 e 2024. L'attività verrà ulteriormente implementata quando, successivamente al trasferimento della U.O.C. presso il padiglione Asclepios 3, ci saranno sale operatorie completamente dedicate, una terapia intensiva cardiocirurgica e percorsi specifici con le UU.OO.CC. di Cardiologia Universitaria e Ospedaliera.

Anche l'attività trapiantologica epatica è stata notevolmente implementata negli ultimi due anni, mostrando un trend in crescita. Considerata, quindi, la necessità di garantire e migliorare la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti trapiantati o candidati al trapianto fegato, nonché la necessità di ridurre i tempi di attesa per il trapianto stesso, con DDG 946/2024 è stata istituita la UOSD Danno Epatico e Trapianto. Tale UOSD sarà ubicata al secondo piano del Padiglione D'Agostino e sarà dotata di 6 posti letto di disciplina gastroenterologia. Il reparto è stato attrezzato e la UOSD sarà attivata non appena terminato il reclutamento del personale. Tale UOSD opererà in piena sintonia con la UOSD Chirurgia Epatobiliare e Trapianti di Fegato per garantire un adeguato percorso di presa in carico del paziente fino alla conclusione del trapianto.

L'attività di trapianto renale verrà potenziata dando maggiore spazio al programma “cross over” nell'ambito del trapianto di rene da donatore vivente e all'ambulatorio preemptive che già segue

pazienti nefropatici con l'obiettivo di portarli al trapianto prima dell'inizio di un trattamento sostitutivo (emodialisi, dialisi peritoneale). Questo approccio consente di ridurre i costi derivanti dal trattamento sostitutivo e aumenta il beneficio per il paziente, sia in termini di sopravvivenza che di salute dell'organo, come ampiamente dimostrato dalla più recente letteratura.

E' già presente un programma di attivazione del trapianto di polmone che sarà avviato e completato subito dopo la completa attivazione del Padiglione Asclepios 3.

Infine, l'attività trapiantologica dell'Azienda verrà potenziata attivando il trapianto di pancreas.

### **Potenziamento del Pronto Soccorso**

Con DDG 1337 del 05/11/2024 è stato predisposto il progetto di riqualificazione del Pronto Soccorso del P.O. Policlinico di Bari. La proposta progettuale prevede la realizzazione di 10 posti letto di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza "codice disciplina 51" (rif. DGR n.919/2023 e ss.mm.ii.), interventi di riqualificazione delle aree presenti con particolare riferimento al miglioramento dei percorsi e ottimizzazione degli spazi con identificazione di aree separate per triage, miglioramento dell'area trattamento dei codici verdi e bianchi, dell'area di stabilizzazione delle emergenze, e della medicina d'urgenza-subintensiva. L'obiettivo finale è quello di migliorare l'accoglienza, l'accessibilità e il comfort del paziente. Inoltre, è prevista l'implementazione di strumenti informativi con identificazione dei pazienti tramite braccialetti con barcode e numero identificativo, e strumenti di supporto all'attesa (monitor per informazione e intrattenimento nonché sistemi di chiamata dei familiari) per migliorare il benessere degli utenti e degli accompagnatori. Verrà anche realizzata un'area direzionale con sala d'attesa per i parenti che aspettano di parlare con i medici e una sala riunioni/aula didattica dinamica per il confronto di équipe.

### **Percorso Malattie Rare (MR)**

Con nota Prot. N. 78657/DG del 15/10/2024 è stata proposta alla Regione Puglia una bozza di riorganizzazione del Centro Sovraziendale Malattie Rare, condivisa per le vie brevi con il Co.Re.Ma.R., corredata della dotazione organica necessaria al corretto svolgimento delle attività del Centro. In particolare, si è proposto di:

- individuare per ogni Centro accreditato facente parte della rete aziendale un Referente Medico MR e un suo sostituto, con funzioni organizzative e gestionali finalizzate alla presa in carico dell'utente con sospetto o affetto da MR;
- introdurre una figura di coordinamento, posta in staff alla Direzione Sanitaria, quale Responsabile del Centro Sovraziendale, preferibilmente strutturato come U.O. Centro Sovraziendale Malattie Rare, che coordini le attività del Centro medesimo, si interfacci con i Referenti Medici MR dei due Presidi, curi i rapporti con il Co.Re.Ma.R. e le associazioni, affianchi il RULA nella predisposizione delle Agende dedicate MR, supporti la Direzione Strategica nel formulare i piani di riorganizzazione, di investimento aziendali riguardanti le Malattie Rare e di attuazione delle direttive regionali di settore;
- istituire, all'interno del Centro Sovraziendale, lo Sportello Malattie Rare, al fine di facilitare l'accesso ai servizi resi dai Centri della Rete MR aziendale per la corretta presa in carico dei casi sospetti, l'orientamento e l'informazione all'utenza e al personale sanitario;
- istituire un Team Malattie Rare, composto da personale dedicato alla gestione delle attività dello Sportello Sovraziendale MR.

**Piano logistico**

Una volta completati i lavori e l'iter autorizzativo del Padiglione Asclepios 3, saranno trasferite le UU.OO.CC. Cardiologia Universitaria e Ospedaliera, Cardiochirurgia Universitaria, Chirurgia Toracica e Chirurgia Vascolare. Questa operazione renderà pienamente operativa l'organizzazione del Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare che insisterà unicamente sulle sale operatorie e di emodinamica del nuovo blocco chirurgico di Asclepios 3.

L'attivazione del Padiglione Asclepios 3 consentirà di spostare presso il Padiglione Asclepios 1 la U.O.C. Chirurgia Maxillo-facciale, la U.O.C. Ortopedia e Traumatologia e la UOSD Chirurgia Vertebrale. Questi trasferimenti permetteranno di ottimizzare i percorsi per i pazienti chirurgici di pertinenza e di facilitare la gestione dei pazienti in carico al Pronto Soccorso che necessitano delle consulenze specialistiche.

E' previsto il completamento anche del Padiglione Dermatologia, presso cui verranno spostate le UU.OO.CC. di Dermatologia ed Endocrinologia, e del Padiglione di Neurologia, presso cui verranno trasferite le UU.OO.CC. di Neurologia "Amaducci", Neurologia "Puca", Neurologia Ospedaliera e Neurofisiopatologia. La Stroke Unit sarà trasferita in una zona adiacente a quella destinata ad accogliere la Rianimazione I presso il primo piano di Asclepios 1, così da realizzare un percorso per intensità di cura anche per i pazienti neurologici. Infine, è prevista la cantierizzazione del padiglione Chini per la realizzazione del Progetto per le Malattie Neuromuscolari che, al termine dei lavori, vedrà la creazione di un centro unico di gestione delle malattie neuromuscolari mediante l'integrazione tra U.O.C. Neurologia, U.O.C. Neuropsichiatria Infantile, U.O.C. Medicina Fisica e Riabilitazione.

**Progetti finanziati**

Con DDG 1568 del 20/12/2024 è stata indetta procedura di gara per la realizzazione di una sala operatoria per la U.O.C. Chirurgia Maxillo-facciale. L'acquisto di quanto previsto in gara, unitamente alla riattivazione delle sale operatorie del Blocco "M" ubicate presso il Padiglione Asclepios 1, consentiranno alla U.O.C. Chirurgia Maxillo-facciale di poter disporre di attrezzature proprie specifiche e all'avanguardia per la chirurgia di precisione che consentirà di incrementare le attività della stessa U.O.C. sia in termini di prestazioni ambulatoriali che di ricoveri (e conseguenti interventi), di migliorare la qualità delle cure offerte, di implementare le attività ad alta complessità, in particolar modo il percorso di gestione e trattamento dei pazienti affetti da tumori testa-collo, di organizzare una rete regionale per la gestione del paziente con trauma del massiccio facciale basata sull'uso della telemedicina e, infine, di attivare la Scuola di Specializzazione in Chirurgia Maxillo-facciale dell'Università degli Studi di Bari con l'obiettivo di diventare scuola di riferimento per tutto il Sud Italia. E' stato, inoltre, presentato alla Regione Puglia un progetto per l'ammodernamento di tutti i Blocchi Operatori dell'Azienda che prevede l'acquisto di tavoli operatori, robot e strumentazioni innovative che consentiranno di effettuare interventi chirurgici mini-invasivi secondo i più moderni standard nazionali e internazionali.

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

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

Con Delibera del [Direttore Generale n. 935 del 25 settembre 2023](#) è stato individuato, nel rispetto del [Codice dell'Amministrazione Digitale](#) (CAD), il "*Responsabile per la transizione digitale e difensore civico digitale*".

Attraverso l'utilizzo dei **fondi PNRR Missione 6 Salute** l'Azienda sta intervenendo vari fronti: Cybersecurity, Migrazione in Cloud, Cartella clinica elettronica, Sale Operatorie, FSE 2.0, RFID, Rete Informatica e Digitalizzazione documentale.

## 1) CYBERSECURITY

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

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

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

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

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

- Prodotti per la gestione completa di tutti i sistemi di sicurezza compresa unità onside.
- Privileged Access Management (PAM)\_25\_PAM, Security Information and Event Management (SIEM)\_4\_SIEM, Secure Web Gateway (SWG)\_16\_SWG, Web Application Firewall (WAF)\_27\_WAF.
- Esecuzione attività di Digital Risk Assessment.

- Erogazione semestrale con deliverables con realizzazione di report VA e mitigation list.
- Utilizzo di soluzioni applicative come Qualys ed OpenVAS .
- Perimetro target macchine server lato LAN e risorse pubblicate verso ambiti internet/intranet esterni.
- Individuazione degli asset ipercritici esposti sul perimetro aziendale dai risultati da propedeutica attività di Vulnerability Assessment ed esecuzione attività di penetration testing. Utilizzo di procedure manuali e/o semiautomatiche es. Core Impact.
- Deploy forti client.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 730 del 26/06/2024 è stata autorizzata l'adesione all'Accordo Quadro "Cybersecurity - Prodotti e Servizi Connessi - Lotto unico", ID 2174, tramite rilancio competitivo per l'acquisizione di prodotti e servizi di sicurezza informatica, con contestuale approvazione della documentazione di gara:

- la procedura di gara, identificata con ID 4412604 è stata svolta in modalità telematica sulla piattaforma "www.acquistinretepa.it", ai sensi dell'art. 58 del D.Lgs 50/2016;
- il criterio di aggiudicazione sarà quello dell'offerta economicamente più vantaggiosa basato sul miglior rapporto Qualità/Prezzo, ai sensi dell'art. 95 comma 2 del D.Lgs. 50/2016;

## 2) MIGRAZIONE IN CLOUD

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

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

La previsione di completamento di tali attività è il prossimo settembre 2025.

## 3) CARTELLA CLINICA ELETTRONICA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Oltre la CCE orizzontatale, risulta attivata su tutti i reparti la Cartella Clinica Ambulatoriale Elettronica. Nei prossimi mesi (e comunque entro il 2024-2025) è programmato l'avvio presso tutti i reparti delle Cartelle Cliniche Specialistiche «Verticali», differenziate in base ai reparti, che possono comprendere:

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

Contestualmente sarà avviata la Cartella Infermieristica elettronica.

Con Delibera di DG n° 768 del 26/06/2024 l'Azienda Ospedaliera Consorziale Universitaria Policlinico di Bari, tramite l'accordo Quadro System Management 3 - Lotto unico - ID 2275 per l'affidamento di servizi di System Management ha affidato al Primo aggiudicatario: Fastweb S.p.A. (mandataria), Accenture S.p.A., Accenture Technology Solutions S.r.l., Lutech advanced Solutions S.p.A. e Consorzio Stabile NextHera S.c.r.l., la realizzazione di un percorso di digitalizzazione dei propri processi clinici ed amministrativi; si precisa che:

- in questo contesto si innesca il progetto di Cartella Clinica Elettronica, attualmente in uso nella quasi totalità delle unità operative del presidio;
- l'amministrazione ha appaltato servizi di supporto specialistico, identificati in varie figure professionali disponibili e con presidio on site per per l'evoluzione, configurazione e continuità di questo sistema informativo,
- gli obiettivi principali che l'amministrazione intende raggiungere sono:
  - Realizzazione dei moduli di verticalizzazione sia per la Cartella Clinica Elettronica (CCE) per i ricoveri che per la Cartella Clinica Elettronica Ambulatoriale (CCEA) per soddisfare le richieste dei clinici con nuove configurazioni e personalizzazioni ;
  - Realizzazione dei moduli di Cartella elettronica Infermieristica (CEI)
  - Avvio presso tutte le U.O Aziendali dei moduli di CCE, CCEA e CEI entro un anno solare dall'avvio dell'appalto
  - Integrare il sistema di gestione del Foglio di Terapia (P4C) con il sistema regionale amministrativo contabile (MOSS) per tracciare digitalmente il consumo farmaceutico;
  - Integrazione con il sistema LIS DNLAB, Ristorazione, Vaccini, EndoWeb, Cartella Renale regionale, Oncosys, Meteda, Eprescription, creazione di canale di integrazione standard per ulteriori applicativi sia ambulatoriali che ricoveri di terze parti
  - Manutenere il sistema e garantire continuità di funzionamento H24;
  - Garantire la presenza di figure tecniche di presidio che supportino il dipartimento ICT dell'Amministrazione;

#### 4) SALE OPERATORIE

con Deliberazione del Direttore Generale n. 671 del 20/06/2024 tramite stipula di un Accordo Quadro ex art. 54, comma 4, lett. b), dove GPI S.p.A. con sede in Trento alla Via Ragazzi del'99 n. 13 è risultato aggiudicatario del "Lotto 4: Servizi Applicativi - Telemedicina - Centro Sud", l'amministrazione ha appaltato l'implementazione di un'infrastruttura tecnologica in grado di:

- garantire un sistema di teleconsulto tra i professionisti sanitari al fine di condividere gli aspetti pre, intra e post operatorio che potrebbe facilitare la collaborazione tra specialisti e migliorare la qualità dell'assistenza attraverso la condivisione di informazioni e l'analisi dei casi clinici;
- governare tutte le attività che orbitano attorno al blocco operatorio, dalla presa in carico totale del paziente, alla sua sicurezza e alla efficienza della equipe medica che implicherebbe la

creazione di strumenti e processi che ottimizzino le operazioni chirurgiche, garantendo standard elevati di sicurezza e qualità assistenziale;

- realizzare un sistema software che si integri con i principali sistemi regionali (MOSS, RIS/PACS, Cartella Clinica Elettronica...) al fine di garantire una condivisione di informazioni sia di natura clinico-sanitaria, sia di natura amministrativo-contabile, favorendo l'interoperabilità tra diverse piattaforme e agevolando lo scambio di dati tra le varie entità coinvolte nel processo sanitario, migliorando la coordinazione e l'efficacia delle cure;

I principali punti del piano sono di seguito descritti:

- Realizzazione di un Quartiere Operatorio Integrato: si prevede di evolvere il software attualmente utilizzato per digitalizzare le sale operatorie, incrementandone l'interoperabilità con altri sistemi informativi. Questo sarà possibile attraverso la realizzazione di integrazioni specificatamente definite nel piano dei fabbisogni. L'obiettivo è creare un ambiente chirurgico digitalizzato ed integrato che ottimizzi le operazioni e favorisca una migliore gestione dei dati e delle informazioni;
- Teleconsulto Pre e Post Operatorio tra specialisti medici: si intende consentire un teleconsulto tra gli specialisti medici, sia prima che dopo l'intervento chirurgico, al fine di condividere dati e informazioni in tempo reale. Questo permetterà una collaborazione più efficace tra i professionisti sanitari, consentendo loro di discutere casi clinici, valutare opzioni di trattamento e fornire consulenze specialistiche a distanza. Il teleconsulto potrebbe contribuire a migliorare la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti e ottimizzare le decisioni cliniche;
- i fabbisogni individuati e le progettualità che verranno implementate prevedono il coinvolgimento dei seguenti soggetti:
- tutti i quartieri operatori dell'Azienda Ospedaliera Consorziale Policlinico di Bari e dell'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII.

## 5) FSE 2.0

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

Le suddette linee guida definiscono gli obiettivi fissati dal PNRR.

In particolare, il FSE deve rappresentare:

- il punto unico ed esclusivo di accesso per i cittadini ai servizi del SSN;
- l'ecosistema di servizi basati sui dati per i professionisti sanitari per la diagnosi e cura dei propri assistiti;



- lo strumento per un'assistenza sempre più personalizzata sul paziente;
- lo strumento per le strutture ed istituzioni sanitarie che potranno utilizzare le informazioni cliniche del FSE per effettuare analisi di dati clinici e migliorare l'erogazione dei servizi sanitari.

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

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

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

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

## Indicatori DM 8 agosto 2022

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

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

**Principali criticità**

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

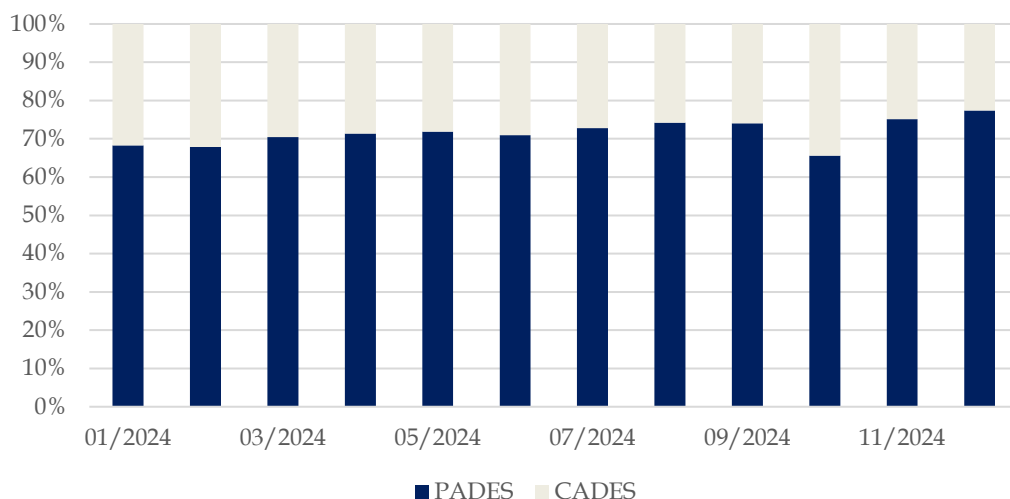
Nella verifica di ciascun obiettivo intermedio è concessa una **flessibilità di 5 punti percentuali**.

Come certificato dalle dashboard della Regione Puglia (che si riporta di seguito per completezza) l'AOUC Policlinico di Bari ha avviato già dal 2024 la produzione di documenti firmati in PADES e il loro relativo invio al FSE 2.0

Documenti\* inviati al FSE negli ultimi 12 mesi (raggruppamento per mese di conferimento)

Tipologia Documentale	01/2024	02/2024	03/2024	04/2024	05/2024	06/2024	07/2024	08/2024	09/2024	10/2024	11/2024	12/2024
LDO	1.617	1.489	1.764	1.745	1.782	1.680	1.726	1.369	1.702	727	2.728	2.446
Relazione Pronto Soccorso	8.987	8.707	9.898	9.015	10.008	9.651	9.616	10.469	8.717	9.295	8.547	8.572
Referto di Laboratorio	17.596	18.890	19.499	17.326	18.185	17.980	17.859	12.129	16.961	19.372	18.028	13.865
Referto Radiologico	8.300	8.267	9.106	8.847	8.981	8.415	8.459	6.875	8.857	9.897	9.170	7.738
Referto Specialistico	10.881	13.319	15.624	15.317	16.599	15.331	18.548	9.360	19.130	9.004	23.453	19.716
<b>Totale</b>	<b>47.381</b>	<b>50.672</b>	<b>55.891</b>	<b>52.250</b>	<b>55.555</b>	<b>53.057</b>	<b>56.208</b>	<b>40.202</b>	<b>55.367</b>	<b>48.295</b>	<b>61.926</b>	<b>52.337</b>

\*Sono considerati sia i documenti in formato PADES o CADES



Documenti\* inviati al FSE negli ultimi 12 mesi (raggruppamento per mese di conferimento)

Tipologia Firma	01/2024	02/2024	03/2024	04/2024	05/2024	06/2024	07/2024	08/2024	09/2024	10/2024	11/2024	12/2024
PADES	32.361	34.387	39.370	37.285	39.921	37.637	40.936	29.844	41.024	31.674	46.520	40.491
CADES	15.020	16.285	16.521	14.965	15.634	15.420	15.272	10.358	14.343	16.621	15.406	11.846
<b>Totale</b>	<b>47.381</b>	<b>50.672</b>	<b>55.891</b>	<b>52.250</b>	<b>55.555</b>	<b>53.057</b>	<b>56.208</b>	<b>40.202</b>	<b>55.367</b>	<b>48.295</b>	<b>61.926</b>	<b>52.337</b>

\*Sono considerati sia i documenti in formato PADES o CADES

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

## 6) RETE INFORMATICA

Con la delibera di DG 727 del 26/06/2024 tramite la Convenzione Reti Locali 8 – Lotto 2 – Pubbliche Amministrazioni Locali (PAL) – Fornitura di prodotti e servizi per la realizzazione, manutenzione e gestione di reti locali per le pubbliche amministrazioni Locali – Ordine Diretto, considerato che le attuali reti LAN in uso presso la struttura presentano un elevato grado di obsolescenza, il che compromette la capacità di trasmissione dei dati in linea con gli standard tecnologici moderni richiesti dai sistemi sanitari contemporanei e che è necessario integrare e/o fornire ai presidi DEA un'infrastruttura di rete adeguata per conseguire gli obiettivi di digitalizzazione previsti dal Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), l'Azienda Ospedaliera Consorziale Universitaria Policlinico di Bari ha proceduto all'acquisto di prodotti e servizi necessari per il rifacimento e/o completamento dell'infrastruttura di rete e messa in sicurezza di apparati di rete in particolare Switch, router, Centri Stella, cavi in fibra Ottica con banda da 10 Gb/s. Approvvigionamento software di gestione e monitoraggio Access Point e Switch. Attivazione di sistemi di sicurezza NAC di ultima generazione, integrati con antivirus e antimalware, per il controllo degli accessi a una rete locale, idonei anche a segmentare la rete o ad automatizzare il riconoscimento e il tracciamento dei dispositivi che vogliono connettersi a una LAN, in grado di bloccare l'accesso alla rete di dispositivi non sicuri. I NAC di ultima generazione, infatti, permettono il controllo dello stato di sicurezza degli endpoint, che consente di scoprire quali sono i dispositivi infetti o non sicuri. L'integrazione con altri strumenti di sicurezza – come antivirus e antimalware – consente ai NAC di offrire livelli di sicurezza ancora più elevati. il dettaglio di tutti i prodotti utilizzati e delle attività da eseguire, così sintetizzate:

- Realizzazione del cablaggio strutturato (componente passiva):
  - Fornitura di materiali ed attrezzaggi per la realizzazione del cablaggio strutturato
  - Certificazione del sistema di cablaggio strutturato
- Realizzazione della Rete LAN (apparti attivi)
  - Fornitura, installazione e configurazione delle seguenti apparati attivi:
    - switch identificati in convenzione come:
    - apparati di accesso wireless per ambienti interni/esterni;
- Servizi obbligatori connessi alla fornitura
  - Servizio di assistenza al collaudo
  - Servizio di Help Desk multicanale
  - Servizi a richiesta
  - servizi di intervento su PDL

I lavori termineranno entro giugno 2025

## 7) RFID

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

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

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

## 8) DIGITALIZZAZIONE DOCUMENTALE

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

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

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

Con questa attività si intendono raggiungere i seguenti obiettivi:

- migliorare l'efficienza del processo di formattazione e gestione dei documenti informatici;
- consentire l'utilizzo di una piattaforma multifunzionale di gestione documentale informatizzata (scrivania virtuale);
- semplificare il sistema di protocollazione e di invio dei documenti informatici;
- garantire un sistema di archiviazione efficace;
- mettere a disposizione un sistema di comunicazione digitale efficace sia nelle comunicazioni interne che esterne;
- snellire e facilitare le attività di ufficio;
- essere in linea con le disposizioni dell'AGID.

I servizi richiesti al software, consentiranno la gestione delle procedure di formazione dei documenti informatici, protocollazione, invio/ricezione, archiviazione documentale, conservazione; tale iniziativa

consentirà all'Amministrazione di perseguire gli obiettivi di cui al nuovo Piano Triennale per l'informatica.  
azione e attestazione.

## 2.2 Performance

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 2.2.1 Il ciclo della performance

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



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

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi da raggiungere;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;

- c) monitoraggio degli obiettivi intermedi ed eventuale attivazione di interventi correttivi;
- d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e) utilizzo dei sistemi premianti;
- f) rendicontazione dei risultati.

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

### ***2.2.2 Le aree strategiche aziendali per il triennio 2025-2027***

Le linee strategiche adottate dalla Direzione aziendale per il triennio 2025-2027 sono esplicitate nella Delibera dell'Azienda n. 1620 del 31/12/2024, avente ad oggetto: "Definizione degli obiettivi generali di budget per l'anno 2025".

La capacità di gestire e soddisfare in maniera efficiente la domanda sanitaria contribuendo al rafforzamento delle reti cliniche regionali e alle attività di prevenzione e promozione; la garanzia degli standard assistenziali, in termini di volumi, appropriatezza e qualità delle cure; il contenimento della spesa farmaceutica nel rispetto dei tetti di spesa regionali; il riequilibrio della gestione economica e la revisione sistematica delle procedure amministrative; la gestione dei fondi finanziari destinati agli investimenti strutturali; il miglioramento della copertura e della qualità dei flussi informativi sono alla base delle Aree Strategiche di intervento e dei correlati obiettivi operativi che sono assegnati alle Unità Operative nell'ambito del processo di budget.

Esse sono di seguito elencate:

- CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA
- QUALIFICAZIONE ASSISTENZA OSPEDALIERA
- RISCHIO CLINICO
- ACCREDITAMENTO STRUTTURE PUBBLICHE
- ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE
- PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE
- ASSISTENZA FARMACEUTICA
- SANITA' DIGITALE
- ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA
- FORMAZIONE

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

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

### **2.2.2.1 Capacità di governo della domanda sanitaria**

Il potenziamento delle reti cliniche regionali, per quanto di competenza, e l'attuazione dei processi di riordino ospedaliero, rappresentano la traduzione operativa di governabilità della domanda sanitaria, obiettivo di assoluta importanza per l'Azienda.

Punto cardine è rappresentato, inoltre, dal Piano Aziendale per il governo delle liste di attesa per i ricoveri di tipo chirurgico e per le prestazioni ambulatoriali, attualmente in fase di aggiornamento per il 2025, anche in funzione della DGR n°1877 del 23.12.2024. Tale Piano, si basa sull'efficientamento delle attività ordinarie con una rimodulazione delle agende CUP e dell'offerta sia per i pazienti interni che esterni. Il Piano si sviluppa secondo specifiche azioni di intervento, nelle sottoindicate aree di attività:

- domanda di prestazioni sanitarie - identificazione dei reali bisogni di salute/clinici (interni ed esterni);
- rimodulazione ed ottimizzazione dei tempi di produzione delle attività attualmente offerte e delle modalità di accesso alle stesse;
- ottimizzazione e implementazione degli strumenti utili per il monitoraggio dei tempi di attesa per i ricoveri ospedalieri, con l'utilizzo dei sistemi informativi adeguati alla corretta e appropriata alimentazione dei flussi SDO;
- sistemi di monitoraggio, controllo, valutazione al fine di un miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva per i pazienti presi in carico;
- verifica e controllo delle prestazioni erogate nel rispetto dell'equilibrio tra le prestazioni rese dai professionisti in regime istituzionale e quelle rese in regime ALPI;
- informazione e comunicazione ai cittadini e agli operatori del Servizio Sanitario Regionale (SSR).

A seguire, un dettaglio delle attività finalizzate al governo delle liste d'attesa sia per i ricoveri che per le attività ambulatoriali.

Per quanto concerne i ricoveri, come già intrapreso nel corso del 2024, si procederà alla verifica e controllo delle SDO, attraverso i sistemi informativi attualmente in uso nell'Azienda, al fine di analizzare le SDO validate e non validate, nonché quelle ad elevato rischio di inappropriatazza, attraverso l'organizzazione di incontri periodici anche a valenza formativa con le UU.OO.

Per quanto riguarda le attività ambulatoriali, è evidente che, tra gli obiettivi che questa Azienda si pone, non c'è solo la riqualificazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali in termini di tipologia e tempi di erogazione, ma anche, trattandosi di Azienda Ospedaliera, la riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni interne che si rendono necessarie durante il ricovero, finalizzato ad aumentare il turn over dei posti letto e il numero di pazienti trattati. Tali obiettivi potranno essere pienamente perseguiti solo a seguito dello smaltimento delle liste di attesa attualmente in essere.



Pertanto, anche nel 2025 si proseguiranno le attività di riorganizzazione e manutenzione delle liste d'attesa per le prestazioni ambulatoriali, iniziate nel 2023 e proseguite nel 2024, finalizzate ad una corretta gestione delle agende ed ottimizzazione delle prestazioni offerte. Tale attività proseguirà con regolari incontri con le UU.OO. finalizzati alla riorganizzazione delle agende ambulatoriali, con l'obiettivo di rimodulazione dell'offerta al fine di rendere disponibili per la prenotazione da parte dei sistemi CUP tutte le prestazioni di primo accesso.

Inoltre, al fine di garantire una maggior trasparenza in tutto il processo di prenotazione ed erogazione delle prestazioni, proseguirà la rimodulazione delle agende di controllo finalizzate esclusivamente alla presa in carico del paziente con prenotazione delle prestazioni da parte degli specialisti appartenenti all'Azienda.

Tale riorganizzazione, una volta completata, consentirà all'Azienda una gestione più efficiente delle prestazioni di primo accesso che saranno differenziate dalle prestazioni di presa in carico, riducendo il numero di agende attive (una agenda di primo accesso e una media di 5 agende di presa in carico per specialità), aumentando complessivamente l'offerta di prestazioni. Al fine di rendere più efficiente la gestione delle liste di attesa, questa riorganizzazione sarà migliorata dalla creazione di agende di primo accesso uniche per branca specialistica e non suddivise per Unità Operativa e di agende di presa in carico raggruppate per patologia.

### **2.2.2.2 Qualificazione assistenza ospedaliera**

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

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

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

- Incremento dei ricoveri sia in area medica, sia in area chirurgica e ottimizzazione dei relativi indicatori;
- Perseguimento dell'obiettivo regionale sull'autosufficienza sangue;
- Miglioramento qualità e appropriatezza organizzativa di determinate aree.

### **2.2.2.3    *Rischio clinico***

Nella programmazione 2025-2027, in continuità con il triennio 2024-2026, si è inteso proseguire nell'attribuzione di una importanza strategica legata alla gestione del rischio clinico e quindi alla minimizzazione degli eventi avversi, ovverosia dei danni provocati involontariamente al paziente durante la somministrazione delle cure, che possono causare peggioramenti delle condizioni di salute o esiti fatali.

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

Il sistema di Risk management aziendale si basa sull'osservanza delle linee guida ministeriali e sul monitoraggio continuo dei processi clinici a rischio più elevato; queste attività, vengono poi rendicontate, secondo le Linee di Indirizzo predisposte dal Centro Regionale per la Sicurezza Sanitaria e la gestione del rischio del paziente (CRRiS), attraverso la relazione annuale sugli eventi avversi e del Piano Annuale Rischio Sanitario (PARS)

### **2.2.2.4    *Assistenza farmaceutica***

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

Si ripropone una incisiva attività di controllo sulle prescrizioni prodotte dai nostri medici che, sebbene non impattante sul bilancio aziendale, generano una spesa indotta che ha significative ripercussioni su bilancio regionale, e l'utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA.

Oltre all'attenzione riposta nel contenimento della spesa dei farmaci, il triennio 2025-2027 vedrà una sempre maggiore attenzione al paziente con l'incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico dopo la dimissione ospedaliera o la visita ambulatoriale.

### **2.2.2.5    *Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa***

Negli ultimi anni abbiamo assistito ad eventi catastrofici (pandemia e guerra Russia-Ucraina) che hanno delineato ripercussioni e strascichi a livello macroeconomico molto impattanti sui sistemi economici, con importanti aumenti dei costi. Vi sono stati dei segni di ripresa che però non consentono di abbassare

la guardia, imponendo di contenere la spese e implementare tutte le attività legate al monitoraggio delle stesse:

- rispetto dei vincoli di finanza pubblica;
- rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori al fine del rispetto dell'ITP;
- contenimento della spesa del personale e pianificazione dei fabbisogni, entro i limiti fissati dalla normativa nazionale e regionale vigente;
- rispetto degli obblighi per la gestione di fondi comunitari e/o nazionali, nel pieno raggiungimento delle previsioni di spesa
- rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR) e quelli previsti dal PNRR.

A tutto questo e in correlazione a questi obiettivi, va intesa una revisione sistematica delle procedure amministrative (governance aziendale), che consentano una sempre maggiore efficienza operativa, nel rispetto delle scadenze e tempistiche.

#### ***2.2.2.6 Sanità digitale, Formazione, Accreditamento strutture pubbliche e Assistenza sanitaria territoriale***

Per quanto attiene la Sanità Digitale, l'AOUC Policlinico di Bari, persegue, in linea con le indicazioni regionali, nazionali e sovranazionali, la piena transizione digitale in linea con quanto meglio esposto nel precedente paragrafo 2.1.2 sulla transizione digitale e innovazione dei processi in attuazione del PNRR

Mentre per la formazione, l'Azienda, garantisce la crescita professionale e organizzativa attraverso la formazione continua, strumento che consente di adeguare conoscenze, competenze e abilità del personale.

Dal punto di vista operativo, tale obiettivo si esplicherà anche nell'adempimento degli obblighi formativi in materia di sicurezza sul lavoro (DL 81 che persegue la finalità di garantire uniformità di tutela nei luoghi di lavoro per le lavoratrici e i lavoratori su tutto il territorio nazionale), e in materia di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

Per quanto attiene l'accreditamento strutture pubbliche, proseguirà anche nel 2025 il processo che mira ad accreditare progressivamente tutte le strutture della nostra Azienda, ovvero ad attestarne l'idoneità ad erogare prestazioni per conto del Servizio Sanitario.

Attraverso il processo di accreditamento istituzionale è possibile migliorare la qualità e la sicurezza dei percorsi di diagnosi e cura. Esso è finalizzato a garantire il rispetto dei requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e di sicurezza per i pazienti e per gli operatori in qualsiasi struttura sanitaria.

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

### 2.2.3 Rappresentazione grafica delle Aree Strategiche di intervento

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



### Rischio Clinico

- Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali (applicabili alla propria realtà aziendale) monitorandone l'attuazione
- Elaborazione della relazione annuale sugli eventi avversi e del Piano Annuale Rischio Sanitario (PARS) secondo le Linee di Indirizzo predisposte dal Centro Regionale per la Sicurezza Sanitaria e la gestione del rischio del paziente (CRRIS)
- Attivazione di sinergie e collaborazioni formali tra Unità aziendale di gestione del Rischio e i soggetti responsabili di altre specifiche funzioni

### Assistenza Farmaceutica

- Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale
- Misure per il contenimento, della spesa farmaceutica relativa agli acquisti diretti e della spesa per acquisto di dispositivi medici nel rispetto dei tetti di spesa regionali e di quanto previsto dalla D.G.R.n.412/2023 e successive DD.G.R. applicative
- Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA

### Aspetti Economico-Finanziari ed Efficienza Operativa

- Monitoraggio del rispetto dei vincoli di finanza pubblica
- Quadratura tra Contabilità Analitica e Contabilità generale
- Processo di certificabilità dei bilanci
- Monitoraggio dei tempi di pagamento dei fornitori al fine del rispetto dell'Indice di Tempestività dei pagamenti (ITP) previsto dalla normativa vigente
- Perfezionamento dell'utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del S.S.R. (MOSS)
- Rispetto delle scadenze per la predisposizione e l'invio dei documenti contabili alla GSA
- Deflazionamento del Contenzioso
- Garantire l'ottimizzazione dei processi nel rispetto dei principi di equità e trasparenza
- Realizzazione del Piano degli Investimenti e aggiornamento delle gare
- Contenimento della spesa del personale entro i limiti fissati dalla normativa nazionale e regionale vigente, secondo le linee guida regionali e la programmazione sanitaria
- Potenziamento del sistema relativo alla sicurezza sul lavoro
- Rispetto degli obblighi contenuti nei disciplinari, sottoscritti per la gestione dei fondi comunitari e/o nazionali,
- Definizione ed adozione dell'Atto Aziendale
- Attuazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza
- Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR)
- Rispetto degli obblighi previsti nel PNRR

### Sanità digitale, Formazione, Accredimento strutture pubbliche e Assistenza sanitaria territoriale

- Diffusione e corretta gestione della Cartella Clinica Elettronica
- Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata
- Diffusione e corretta alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0
- Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi
- Miglioramento della qualità globale da sostenere mediante una politica della formazione aziendale adeguata a sviluppare le competenze professionali del personale
- Perseguimento dell'obbligo formativo sulla medicina di genere
- Rispetto degli obblighi formativi in materia di sicurezza sul lavoro DL 81
- Rispetto degli obblighi formativi in materia di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
- Potenziamento della qualità ed dell'efficienza organizzativa delle strutture pubbliche attraverso l'implementazione di procedure di valutazione dei percorsi di qualità del Servizio Qu.Ota - ARESS
- Potenziamento delle attività mirate all'integrazione Ospedale- Territorio

### 2.2.4 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

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

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

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

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

### 2.2.5 Le fasi, tempi e gli attori

Il Ciclo di gestione della performance dell'anno 2025 si articola nelle fasi e nei tempi rappresentati in forma schematica nella tabella di seguito riportata:

FASE	AZIONE	ATTORI	TEMPO
<b>Definizione delle linee strategiche aziendali</b>	Predisposizione delle linee di indirizzo ed individuazione delle macro aree di intervento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direzione Strategica</li> <li>Controllo di Gestione</li> </ul>	Gennaio / '25
<b>Definizione degli obiettivi, dei valori attesi e dei rispettivi indicatori</b>	Predisposizione dei Piani Operativi per centro di responsabilità e definizione dei criteri di valutazione degli obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Controllo di Gestione</li> <li>Direzione Sanitaria</li> </ul>	Febbraio / '25
<b>Comunicazione e condivisione degli obiettivi strategici aziendali</b>	Incontri con i Direttori dei D.A.I. per la condivisione dei Piani Operativi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direzione Sanitaria</li> <li>Direttori D.A.I.</li> </ul>	Febbraio / '25

<b>Definizione degli obiettivi strategici in versione definitiva e formalizzazione delle relative schede</b>	Incontri con i Direttori dei D.A.I. e sottoscrizione delle schede redatte in versione definitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direzione Strategica</li> <li>• Direttori D.A.I.</li> </ul>	Marzo / '25
<b>Verifica sull'andamento delle azioni pianificate</b>	Elaborazione e discussione dei report trimestrali per CdR, finalizzata al monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direttori D.A.I.</li> <li>• Controllo di Gestione</li> </ul>	Aprile- Luglio- ottobre / '25
	Elaborazione e discussione dei report al 30/9 per CdR, finalizzata al monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direttori D.A.I.</li> <li>• Controllo di Gestione</li> </ul>	Ottobre / '25
<b>Verifica finale del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati</b>	Elaborazione dei dati per la verifica e la valutazione degli obiettivi misurabili con indicatori quantitativi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controllo di Gestione</li> </ul>	Marzo / '26
	Analisi delle relazioni conclusive predisposte dai Direttori dei CdR e valutazione finale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controllo di Gestione</li> <li>• O.I.V.</li> </ul>	Maggio / '26
	Redazione relazione sulla performance 2024	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controllo di Gestione</li> <li>• Direzione Strategica</li> <li>• O.I.V.</li> </ul>	Giugno / '26

### 2.2.6 La performance individuale e la relazione con la performance organizzativa

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

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

rappresentativo del grado di importanza che una funzione, una attività e/o un comportamento assume per l'azienda.

Per quanto riguarda la performance individuale l'Organismo Indipendente di Valutazione, in fase di espressione del parere obbligatorio e vincolante, ha suggerito alcune modifiche prontamente recepite dall'Azienda con l'approvazione del nuovo regolamento e del protocollo applicativo di valutazione; in particolare:

- lo stralcio della parte relativa alle anticipazioni di erogazione della retribuzione di risultato a seguito della pronuncia di orientamento dell'ARAN che precisa: "la cadenza con la quale erogare in forma di saldo la retribuzione di risultato è quella delineata dal CCNL, ovvero annuale, venendo meno la possibilità di erogazione di qualsiasi forma di acconto, anche per stati di avanzamento"
- la previsione nel regolamento dell'apporto partecipativo/metodologico e confronto dell'OIV con la Direzione Strategica per la determinazione dei criteri di valutazione attribuiti ai Centri di Responsabilità
- la previsione di un iter amministrativo di evasione del processo di valutazione della performance individuale secondo una tempistica dettagliata.

Nello specifico:

- con la delibera n. 380 del 2024, è stato approvato il nuovo "Regolamento in tema di Valutazione del personale del Comparto" ([Inserire LINK](#)) e il Protocollo applicativo per la gestione del Sistema di valorizzazione delle performance individuali e connesso sistema premiante",
- con la delibera n. 346 del 2024, è stato adottato il nuovo Regolamento per il conferimento e graduazione degli incarichi dirigenziali Area delle Funzioni Locali, il Protocollo applicativo per la gestione del sistema di valorizzazione delle performance individuali e connesso sistema premiante" e del "Regolamento di Valutazione degli Incarichi dirigenziali ([Inserire LINK](#))
- con emananda delibera, sarà recepito il "Protocollo applicativo per la gestione del Sistema di valorizzazione delle performance individuali e connesso sistema premiante", già approvato dalle organizzazioni sindacali dell'Area Salute in sede di delegazione trattante del 21 novembre 2024.

I protocolli applicativi del **Sistema premiale della produttività organizzativa ed individuale** sono utilizzati, nella Pubblica Amministrazione, come strumento gestionale per incentivare il personale a raggiungere gli obiettivi assegnati alla struttura di appartenenza.

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

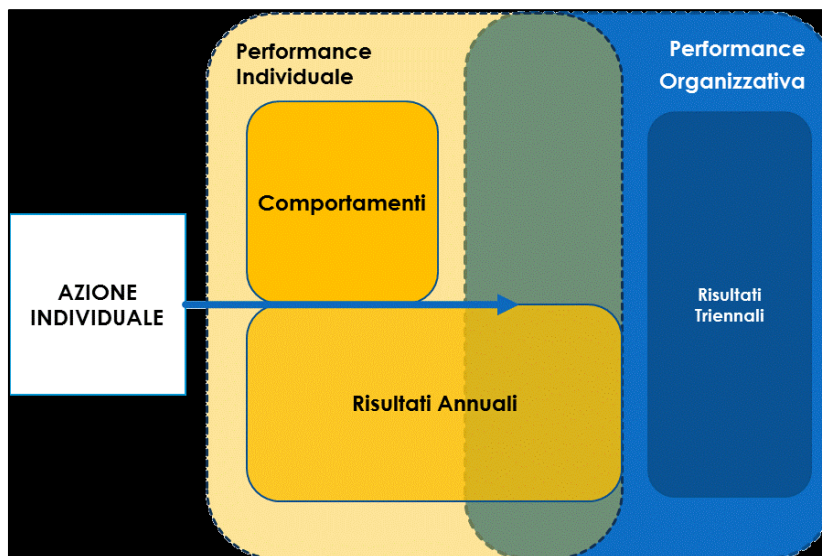
Il modello di valutazione si incentra, quindi, sui seguenti parametri o fattori di giudizio:

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



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

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



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

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

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

## 2.3 Rischi Corruttivi e Trasparenza

### Premessa

La prevenzione della corruzione e la promozione della trasparenza sono priorità fondamentali per garantire l'integrità e la credibilità di una azienda.

La presente sezione del PIAO mira ad identificare i rischi corruttivi e a definire le misure di prevenzione e trasparenza necessarie a mitigare i rischi, in conformità alle indicazioni dell'ANAC e alle linee guida contenute nel [Piano Nazionale Anticorruzione \(PNA\) 2022](#), adottate dall'Autorità Nazionale Anticorruzione con Delibera n. 7 del 17 gennaio 2023. La sezione è stata predisposta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), in coerenza con gli obiettivi aziendali in materia formulati nel quadro del processo di budget annuale in modo funzionale alle strategie di creazione di valore pubblico.

In particolare, anche alla luce del [Piano Triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'A.N.AC. Triennio 2024-2026](#), si è tenuto conto dei seguenti interventi normativi:

- **D.Lgs 31 marzo 2023, n. 36**, recante il nuovo Codice dei contratti pubblici, ha potenziato il ruolo dell'Autorità nel settore dei contratti pubblici, affidandole, in particolare, la cura del processo di digitalizzazione degli appalti in primis mediante l'implementazione della Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici e l'istituzione dell'Anagrafe degli operatori economici a qualunque titolo coinvolti nei contratti pubblici;
- **D.Lgs 10 marzo 2023, n. 24**, il quale, in attuazione della Direttiva UE 1937/2019, ha innovato la disciplina dell'istituto del Whistleblowing, rafforzando i poteri di accertamento, di vigilanza, di controllo e sanzionatori spettanti all'ANAC ed ampliando la tutela del segnalante e dei mediatori della segnalazione.

La corretta gestione del rischio aziendale corruttivo consente la protezione del Valore Pubblico e la trasparenza, intesa come accesso ai dati ed ai documenti dalle pubbliche amministrazioni, consente la tutela dei diritti dei cittadini, la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorisce forme diffuse di controllo sull'effettivo perseguimento delle funzioni istituzionali e sul corretto utilizzo delle risorse pubbliche (cfr. Art. 1, D.Lgs n. 33/2013).

Attraverso la trasparenza il legislatore ha inteso contrastare, in via amministrativa, i fenomeni di corruttela, conferendo al Principio di Trasparenza lo *status* di bene giuridico, dovendo assurgere a "*livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione*" (Art. 1, co.15, L. 190/2012), e dovendo riguardare tutta l'azione amministrativa della P.A.

Gli impegni assunti dall'Italia con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), l'ingente flusso di denaro a disposizione della pubblica amministrazione e le numerose deroghe alla legislazione ordinaria, introdotte per esigenze di celerità della realizzazione di molti interventi, impongono particolare cautela alle PP.AA. L'azienda è chiamata a prevedere un rafforzamento dell'integrità pubblica e la programmazione di efficaci presidi di prevenzione della corruzione, per evitare che i risultati attesi con l'attuazione del PNRR siano vanificati da eventi corruttivi, pur dovendo perseguire al contempo i principi di semplificazione e di velocizzazione delle procedure amministrative.

### 2.3.1 Attività relative alla trasparenza

La **Trasparenza** è il **primo e fondamentale strumento per garantire la fiducia pubblica**, dissipare ombre su procedimenti poco chiari, contrastare la scarsa applicazione di norme e altre pratiche idonee a minare la buona gestione della *res pubblica* e, conseguentemente, **prevenire e/o contrastare la corruzione**.

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

Con le modifiche introdotte della Legge n. 69 del 2009 è stato sancito che: *“L'accesso ai documenti amministrativi, attese le sue rilevanti finalità di pubblico interesse, costituisce principio generale dell'attività amministrativa al fine di favorire la partecipazione di assicurarne l'imparzialità e la trasparenza”* (art. 22, co.2, L.241/1990).

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

Con il D.Lgs 33/2013 (*“Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”*) e con il successivo D.Lgs 25 maggio 2016 n. 97 (*“Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”*), il legislatore ha inteso implementare la partecipazione attiva dei cittadini alle scelte della pubblica amministrazione, attraverso l'*open data* e l'*open government*. In particolare, con D.Lgs 25 maggio 2016, n. 97 (Art. 6. Modifiche all'articolo 5 del decreto legislativo n. 33 del 2013 e inserimento degli articoli 5-bis e 5-ter e del capo I-ter) è stato introdotto ed ampliato l'istituto dell'accesso civico, in modo da renderlo più esteso rispetto al dettato normativo originario (generalizzato), con la previsione che ogni cittadino possa accedere senza alcuna motivazione ai dati in possesso della Pubblica Amministrazione e che, al contempo, non possa ricevere un rifiuto immotivato alla richiesta di informazioni. E' stato anche eliminato l'obbligo di identificare chiaramente dati o documenti richiesti ed è stata esplicitata la prevista gratuità del rilascio di dati e documenti (salvo i costi di riproduzione). Il modello di riferimento è quello statunitense del *Freedom of Information Act* (*“FOIA”*), che consente ai cittadini di richiedere anche dati e documenti che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare. In linea con le indicazioni formulate dall'Autorità nella delibera n. 1310/2016 (§ 2), le amministrazioni che adottano il PIAO sono tenute a prevedere nella sezione anticorruzione una sottosezione dedicata alla programmazione della trasparenza, che concorre alla protezione e alla creazione di valore pubblico.

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

Ai fini dell'attuazione delle misure aziendali si invia al Paragrafo § 2.3.7 .

### **2.3.2 Il Piano Nazionale Anticorruzione (aggiornamento 2024-2026) e novità normative**

Si ritiene utile richiamare l'aggiornamento 2023 del Piano Nazionale Anticorruzione 2022, approvato con Delibera n. 605 del 19 dicembre 2023, circoscritto alla sola parte speciale del PNA 2022 (area dei contratti pubblici) di adeguamento dei contenuti dei rischi e delle misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza ad alcune disposizioni del nuovo codice dei contratti, in particolare:

- vi è stata modifica nella sezione dedicata alla schematizzazione dei rischi di corruzione e di *maladministration* e alle relative misure di contenimento, per alcuni rischi e misure che non abbiano trovato adeguato fondamento nelle nuove disposizioni (cfr. tabella 1, § 4, Delibera citata);

- sono state assunte disposizioni in relazione alla disciplina transitoria applicabile in materia di trasparenza amministrativa, alla luce delle nuove disposizioni sulla digitalizzazione del sistema degli appalti e dei regolamenti adottati dall'Autorità. In particolare, in relazione artt. 23, co. 5 e 28, co. 4 del nuovo codice dei contratti pubblici (cfr. rispettivamente le delibere ANAC nn. 261 e 264 del 2023) ed agli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, regolati dall'art. 37 del D.Lgs 33/2013 e nel nuovo Codice dei contratti di cui al D.Lgs n. 36/2023, che ha acquistato efficacia dal 1° luglio 2023 (art. 229, co. 2), è previsto che:

- le informazioni e i dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici, ove non considerati riservati ovvero secretati, siano tempestivamente trasmessi alla **Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP)** presso l'ANAC, da parte delle stazioni appaltanti e dagli enti concedenti, attraverso le piattaforme di approvvigionamento digitale utilizzate per svolgere le procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici (art. 28);
- spetta alle stazioni appaltanti e agli enti concedenti, al fine di garantire la trasparenza dei dati comunicati alla BDNCP, il compito di assicurare il collegamento tra la sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale e la stessa BDNCP, secondo le disposizioni di cui al D.Lgs n. 33/2013;
- la sostituzione, ad opera dell'art. 224, co. 4 del Codice, dell'art. 37 del D.Lgs n. 33/2013 rubricato "Obblighi di pubblicazione concernenti i contratti pubblici di lavori, servizi e forniture" con il seguente:

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

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

- le disposizioni in materia di pubblicazione di bandi e avvisi e l'art. 29 del D.Lgs 50/2016, recante la disciplina di carattere generale in materia di trasparenza (cfr. Allegato 9 al PNA 2022), continuavano ad applicarsi fino al 31 dicembre 2023;

- l'art. 28, co. 3, individua i dati minimi oggetto di pubblicazione, con conseguente abrogazione, con decorrenza dal 1°luglio 2023, dell'art. 1, co. 32 della L. n. 190/2012.

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

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

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

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

FATTISPECIE	PUBBLICITÀ TRASPARENZA
Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ed esecuzione conclusa entro il 31 dicembre 2023	Pubblicazione nella "Sezione Amministrazione trasparente" sottosezione "Bandi di gara e contratti", secondo le indicazioni ANAC di cui all'All. 9) al PNA 2022.
Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1°luglio 2023 ma non ancora conclusi alla data del 31 dicembre 2023	Assolvimento degli obblighi di trasparenza secondo le indicazioni di cui al comunicato sull'avvio del processo di digitalizzazione che ANAC, d'intesa con il MIT, ha adottato con Delibera n. 582 del 13 dicembre 2023.
Contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 1° gennaio 2024	Pubblicazione mediante invio alla BDNCP e pubblicazione in AT secondo quanto previsto dalle disposizioni del nuovo Codice in materia di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti di cui agli artt. 19 e ssgg e dalle delibere ANAC nn. n. 261/2023 e n. 264/2023 (e relativo Allegato 1) e successivi aggiornamenti.

Con successiva Delibera del 24 gennaio 2024 è stato approvato dall'ANAC [il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2024-2026](#), con cui l'Autorità ha specificatamente previsto **un Gruppo di Lavoro a supporto dell'RPCT e l'adeguamento organizzativo alle mutate esigenze contingenti**.

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

Gli adempimenti in materia di trasparenza ed i relativi aggiornamenti sono evidenziati nella **Tabella 2)** allegata alla presente Sezione, dove sono indicate le Strutture ed i Responsabili della trasmissione e pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati, ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii.

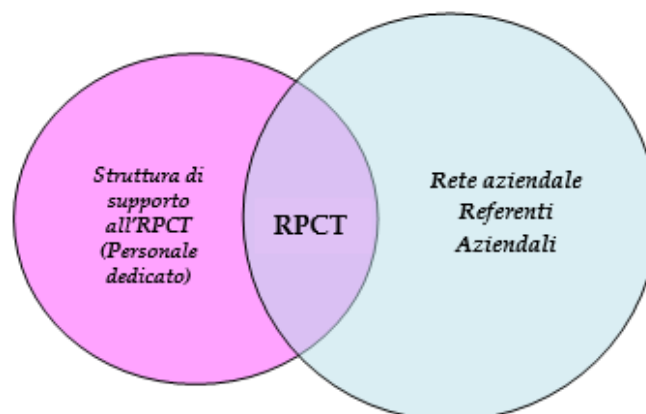
### **2.3.3.1 L'RPCT dell'AOU Consorziale Policlinico di Bari**

Il RPCT è responsabile della supervisione e dell'implementazione delle misure anticorruzione e di trasparenza. Collabora con le varie unità operative e la macro aree aziendali per garantire la conformità alle normative vigenti e per promuovere la cultura dell'integrità.

L'incarico di Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza è stato affidato alla Dr.ssa Romana Giovanna Piscitelli (RPCT nominato con [Delibera del D.G. n. 513 del 09.05.2024](#)), Dirigente amministrativo, responsabile della Unità Operativa Semplice Affari Generali, avente specifiche competenze ed esperienza in materia di tutela dell'integrità e della trasparenza dell'attività amministrativa, in ragione della spiccata complessità organizzativa aziendale.

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

Per questo, con la medesima [Delibera del D.G. n. 513 del 09.05.2024](#), venivano approvati sia l'aggiornamento della rete aziendale dei referenti dell'RPCT, sia la contestuale istituzione di una struttura a supporto dell'RPCT, già in precedenza programmata, compatibile con le risorse aziendali:



### **2.3.3.2 Referenti per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza. Ruoli e responsabilità**

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

- Il Direttore Generale;
- Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT);

- **Referenti anticorruzione e trasparenza, coadiuvati dai rispettivi Referenti Operativi** (la cui Rete aziendale, REFO, è stata istituita con il PTPCT 2026-2018, approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 122 del 29/01/2016);
- Struttura di supporto dell'RPCT (non avente, purtroppo, natura dedicata);
- **Tutti i Dirigenti afferenti alle Aree rischio individuate nel PIAO;**
- **Altri attori** (partner privilegiati del RPCT):
  - Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD);
  - Responsabile Protezione Dati (RPD);
  - Responsabile per la Transizione Digitale (RTD);
  - Organismo Indipendente di Valutazione (OIV);
  - Collegio Sindacale;
  - Network RPCT di Enti/Aziende SSR (istituito con la deliberazione della Giunta Regionale n. 48/2018)

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

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

- All'art. 8, "Prevenzione della corruzione", l'obbligo di ciascun dipendente di collaborare con il RPCT, di rispettare le misure adottate in merito dall'Azienda Ospedaliera e di controllo attivo sulla regolarità dello svolgimento delle attività aziendali;
- All'art. 9, "Trasparenza e tracciabilità", l'obbligo di ciascun dipendente di osservare ed assicurare il rispetto degli obblighi di trasparenza e di tracciabilità, nonché l'obbligo e la responsabilità in capo ai Responsabili di ciascun ufficio e di ciascuna struttura di assicurare l'adempimento degli obblighi di trasparenza e della relativa pubblicazione sul sito istituzionale, nel rispetto dei tempi previsti, nonché di garantire la tracciabilità dei processi decisionali adottati dei dipendenti, anche attraverso schede procedurali;
- Art. 18, "Vigilanza, monitoraggio e attività formative", richiamando l'art. 54, comma 6, del D.Lgs n. 165/2001, stabilisce che sull'applicazione del Codice di Comportamento vigilano i Dirigenti responsabili di ciascuna struttura, le strutture di controllo interno e l'Ufficio dei Procedimenti Disciplinari (UPD) e il Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza.

Inoltre, l'UPD e il RPCT svolgono **funzioni di consulenza e assistenza sulla corretta interpretazione ed attuazione delle norme del Codice**. Inoltre, **l'UPD è tenuto a relazionare, entro il 30 novembre di ogni anno**, alla Direzione aziendale, all'OIV ed al RPCT in ordine al numero dei procedimenti disciplinari attivati e conclusi, con indicazione del numero e della tipologia delle sanzioni applicate e delle archiviazioni effettuate, delle motivazioni adottate per gli esiti, delle norme violate, nonché della qualifica, del profilo e della struttura di appartenenza del trasgressore.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 122 del 29/01/2016 nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2016-2018, in applicazione del comma 7 dell'art. 1 della L. 190/2012 e dal PNA 2016, l'AOUC Policlinico di Bari aveva provveduto a creare una **Rete dei Referenti Anticorruzione e Trasparenza Operativi (REFO)**, aggiornato per il triennio 2023-2025 e, successivamente ulteriormente aggiornato con Delibera del D.G. n. 513 del 09.05.2024.

L'azienda ha posto tra gli obiettivi operativi, già a decorrere dall'anno 2024, il progressivo aggiornamento delle mappature dei processi degli uffici, nonché del processo di gestione dei rischi corruttivi ad essi correlati. Sono stati, infatti, coinvolti nell'aggiornamento tutti i dirigenti delle Aree considerate più a rischio, essendo coloro che detengono una profonda conoscenza di come si configurano i processi decisionali e dei profili di rischio relativi ai processi sottoposti alla loro direzione/responsabilità.

L'attuazione delle misure di prevenzione, programmate con la tabella allegata sub 1) alla presente Sezione, costituisce parte integrante del ciclo della performance mediante l'inserimento tra gli obiettivi di budget a decorrere dall'anno 2025, cui è subordinata l'indennità di risultato.

La rete dei referenti è così composta:

Struttura/Area a rischio	Referenti Anticorruzione e Trasparenza dell'RPCT	Referenti Operativi (REFO)	Incaricati della Pubblicazione
Area Gestione del Patrimonio	Dr. Antonio Moschetta (RASA)	Dott.ssa Eleonora Manfredi	Quarto Giovanna Sellestri Nicola Rescina Giovanna
Area gestione Risorse del Personale	Dr.ssa Maria Lippolis	Dr.ssa Francesca Maltese	Cognetti Annamaria; De Giglio Maria; Dongiovanni Anna; Lorusso Giuseppe; Sabatelli Vito; Scavo Giovanni; Fiore Renato; Zangrillo Nicola
Area Gestione Risorse Finanziarie	Dr. Rosario Reda	Dr.ssa Rosa Saracino	Marzullo Leonardo
Area Gestione Tecnica	Ing. Claudio Forte	Dr.ssa Carmela Paparella	Bianco Maria Luisi Anita Martino Giovanna
Struttura Burocratico-Legale - UPD	Avv. Raffaella Travi	Avv. Michele Di Landro	Lepore Marilena
Ufficio Rapporti con l'Università	Dr.ssa Maria De Fazio	Dr.ssa Liliana Maria Mazzone	
Ufficio Formazione E Rischio Clinico	Prof. Alessandro Dell'Erba	Dr.ssa Fiorenza Zotti (rischio clinico)	Iacovelli Giovanni Turturo Biagio
Controllo di Gestione (e ICT)	Ing. Nicola Serrone	Dr. Gianluigi Protopapa	Binetti Margherita Costantino Antonio Di Francesco Gianpiero Giannelli Alfredo Meola Rosanna



Struttura/Area a rischio	Referenti Anticorruzione e Trasparenza dell'RPCT	Referenti Operativi (REFO)	Incaricati della Pubblicazione
<b>Direzione Generale -Direzione Amministrativa</b>		Avv. Marco Calabriso	
<b>Unità Operativa Affari Generali</b>	Dott.ssa Romana Giovanna Piscitelli (RPCT)	Avv. Marco Calabriso	Negro Salvatore Petruzzi Caterina
AA.GG. - Sperimentazioni cliniche			Vita Sisto Facchini Lorenza
AA.GG. - Ufficio Autorizzazioni incarichi ex art. 53 TUI			Ciufici Patrizia
AA.GG. - Progetti PNRR e ricerca			Negro Salvatore
<b>Direzione Sanitaria</b>		Avv. Marco Calabriso	
Direzione Medica P.O. Policlinico	Dr. Savino Soldano	Dr.ssa Daniela Loconsole (anche per le UU.OO. cliniche afferenti)	
Direzione Medica P.O. Giovanni XXIII	Dr. Livio Melpignano	Dr.ssa Signorello Maria (anche per le UU.OO. cliniche afferenti)	
<b>Farmacia Ospedaliera Policlinico E Comitato Etico Territoriale</b>	Dr.ssa Marisa Dell'Aera	Dr. Gabriele Traversa	
<b>Unità Statistica ed Epidemiologica e RULA</b>	Dr. Antonio Daleno	Dr.ssa Francesca De Giglio	
<b>OIV/STP</b>		Dr. Gianluigi Protopapa	
<b>Servizio Prev. E Protez. Rischi Prof.</b>	Ing. Antonio Messina	Dr. Michele Cives	
<b>Medicina del lavoro e sorveglianza sanitaria</b>	Prof. Luigi Vimercati	Dr. Antonio Caputi	

- Più nel dettaglio **i Referenti Anticorruzione e Trasparenza** hanno cura di:
- seguire momenti formativi e partecipare ad incontri aventi contenuto formativo ed informativo, nei quali si illustreranno i profili di rischio, le misure adottate nel piano, lo stato d'avanzamento e le modalità di attuazione;
  - attivarsi per la **corretta attuazione delle misure anticorruzione** programmate con la **tabella 1 allegata** alla presente Sezione, relazionare al RPCT e monitorare, insieme al rispettivo Referente Operativo, il raggiungimento degli obiettivi anticorruzione di ogni anno;

- attivarsi per la **corretta attuazione delle misure di trasparenza** programmate con **la tabella allegata sub 2)** alla presente Sezione, monitorare, insieme al rispettivo Referente Operativo, l'assolvimento degli oneri di pubblicazione;
  - riportare al personale interno alle strutture, anche per il tramite del proprio Referente Operativo i contenuti del PIAO Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza.
- Con riferimento ai **Referenti Operativi anticorruzione e trasparenza (REFO)**, ferma la Responsabilità dei Dirigenti e dei Responsabili di Struttura nell'acquisizione e nella gestione dei dati da pubblicare, così come del corretto adempimento delle misure di prevenzione della corruzione, essi curano:
- L'istruttoria ed il coordinamento delle attività volte a garantire attuazione alle misure di contenimento del rischio corruttivo programmate con la presente Sezione (tabella 1)
  - la raccolta e la pubblicazione delle informazioni oggetto degli obblighi di pubblicazione per ciascuna struttura organizzativa aziendale (tabella 2);
  - assicurano la tempestiva comunicazione degli avvenuti adempimenti al proprio Dirigente ed al RPCT. Questi ultimi ne verificano, in ultimo, la pubblicazione;
  - la trasmissione e l'acquisizione di atti e documenti, per responsabili e referenti, secondo le disposizioni interne dell'Azienda, sia ai fini istruttori anticorruzione sia ai fini della trasparenza;
  - mantengono un atteggiamento proattivo nel monitoraggio e nella verifica dei dati e degli aggiornamenti, nel rispetto del Codice di Comportamento aziendale;
  - collaborano attivamente a supporto dell'RPCT.

Si tratta di dipendenti che operano all'interno delle aree a rischio e che condividono con il RPCT il compito di divulgare e monitorare l'attuazione del Piano in modo capillare all'interno delle strutture a cui sono preposti, affiancati dagli **Incaricati della Pubblicazione**, ove individuati dai Direttore/Responsabili delle singole UU.OO.

La scelta è volta ad assicurare il necessario supporto all' RPCT, fungendo da interfaccia a livello operativo tra quest'ultimo e i dirigenti/direttori delle strutture dirigenziali amministrative/tecniche/professionali e sanitarie con competenza gestionale. I REFO saranno *in itinere* debitamente formati, anche per poter collaborare attivamente alla predisposizione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza, oltre che a monitorare l'attuazione delle misure in esso contenute, secondo un modello di "processo a catena", in cui ogni componente è allo stesso tempo referente del RPCT e coordinatore di attività.

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

- Il **coordinamento dei REFO è attualmente attribuito allo stesso RPCT**, il quale, anche per il tramite di un componente della Struttura di supporto, verificherà l'esito della valutazione *in itinere* delle scelte intraprese, assumendo le eventuali iniziative volte a migliorare il processo e superare le

criticità riscontrate. Il RPCT o suo delegato avrà facoltà di convocare i REFO ogni qual volta emergano o siano ravvisabili criticità o circostanze che necessitino di intervento tempestivo, anche su segnalazione del Responsabile del Procedimento di Pubblicazione.

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

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

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

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

### 2.3.3.4 *Altri referenti e responsabili*

Altri referenti/Responsabili	FUNZIONI	Altri riferimenti
<i>Responsabile del procedimento di pubblicazione (RPP)</i>	Si occupa della gestione coordinata sia dei contenuti e delle informazioni on line, su richiesta dei dirigenti/direttori/responsabili delle attività ed iniziative. Raccogliere le segnalazioni inerenti alla presenza di un contenuto obsoleto od alla non corrispondenza delle informazioni presenti sul sito a quelle contenute nei provvedimenti originali (cfr. <a href="#">Direttiva n. 8 del 2009 del Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione</a> ). L'Azienda ha assegnato la funzione di responsabile del procedimento di pubblicazione con Delibera CS n. 0352 del 24.02.2021, ferma restando la responsabilità della trasmissione dei dati e dei documenti, nei formati e secondo le direttive aziendali, in capo ai Dirigenti/Responsabili di struttura	<a href="mailto:responsabile.pubblicazione@policlinico.ba.it">responsabile.pubblicazione@policlinico.ba.it</a>

Altri referenti/Responsabili	FUNZIONI	Altri riferimenti
<b>Responsabile degli adempimenti di trasmissione verso il Dipartimento della Funzione Pubblica</b>	<p>Si occupa della trasmissione di dati e documenti, con particolare riferimento ai dati riguardanti il conferimento di incarichi a consulenti e collaboratori esterni, al Dipartimento della Funzione Pubblica, che ne cura la elaborazione e la pubblicazione sul proprio sito istituzionale, contribuendo alla trasparenza delle amministrazioni, utilizzando una modalità "centralizzata" in aggiunta alla trasparenza "distribuita" posta a carico delle singole amministrazioni, ferma restando la responsabilità della trasmissione dei dati e dei documenti, nei formati e secondo le direttive aziendali, in capo ai Dirigente e/o Responsabile di Struttura.</p>	<p><a href="mailto:sia.policlinico.bari@pec.rupar.puglia.it">sia.policlinico.bari@pec.rupar.puglia.it</a></p>
<b>Responsabile Unico Liste dei Attesa Aziendale (RULA):</b>	<p>Il Responsabile, giusta L.R. Puglia n. 13/2019, esercita compiti e funzioni al medesimo attribuite dalla legge regionale citata, vigila sulla attuazione della "<a href="#">Procedura aziendale di attuazione delle liste di attesa dei ricoveri programmati</a>" (Delibera n. 309 del 20.02.2019), e garantisce l'uniformità di accesso e la trasparenza, nonché l'ottimale utilizzo delle risorse disponibili.</p>	<p><a href="#">Tempi di attesa</a></p>
<b>Gestore Aziendale AML (Anti-Money Laundering) / Antiriciclaggio</b>	<p>Il Gestore, giusta art. 10, d.lgs. 231/2007, come modificato dal d. lgs. 90/2027 e successive "Istruzioni sulle comunicazioni di dati e informazioni concernenti le operazioni sospette da parte degli uffici delle pubbliche amministrazioni", di cui al provvedimento UIF del 23/4/2018, vigila sulla prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo, monitora i relativi rischi aziendali, cura e coordina le comunicazioni con la UIF in tema di segnalazioni di operazioni sospette.</p>	

### 2.3.4 Analisi del contesto. Mappatura dei Rischi.

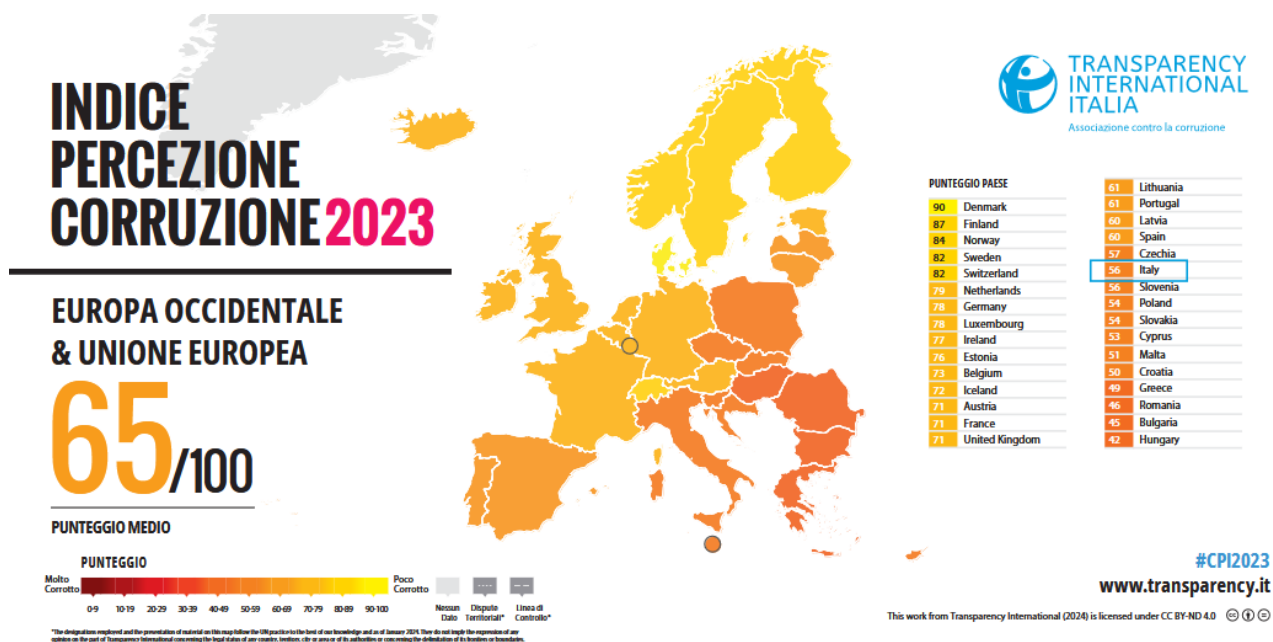
#### 2.3.4.1 Contesto Esterno

L'analisi del contesto esterno è finalizzata ad identificare i potenziali rischi corruttivi nel settore sanitario della Regione Puglia, utilizzando dati e informazioni provenienti dai rapporti annuali della Direzione Investigativa Antimafia (D.I.A.) e di [Transparency International Italia](#). L'obiettivo è identificare i principali rischi corruttivi per adottare misure di prevenzione efficaci.

In particolare, il 18 giugno 2024 è stata resa pubblica la [Relazione della D.I.A. sull'attività svolta ed i risultati conseguiti nel primo semestre 2023](#), da cui si apprende che "Lo scenario mafioso pugliese è costituito da una pluralità di organizzazioni criminali, per lo più autonome, caratterizzate da un accentuato dinamismo conseguente agli altalenanti rapporti di conflittualità ed alleanze interni", "tradizionalmente distinto in tre fattispecie mafiose: camorra barese, mafie foggiane e sacra corona unita, che tuttavia all'occorrenza realizzano tra loro, in maniera sinergica, forme di strategica collaborazione funzionali al soddisfacimento di remunerativi e comuni interessi illeciti".

E' stata, inoltre pubblicata anche la [Relazione della D.I.A. sull'attività svolta ed i risultati conseguiti nel secondo semestre 2023](#), da cui è emersa, attraverso una indagine investigativa coordinata dalla Direzione Distrettuale Antimafia di l'Aquila e che ha interessato anche le Regioni Puglia, Trentino Alto Adige, Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Lazio e Campania, "l'esistenza di un sodalizio criminale". L'esistenza di forme di associazionismo criminale tra le cosche è emersa anche con riferimento alle regioni Calabria, Sicilia e Puglia e con "proiezioni operative anche sul centro-nord del Paese e all'estero". Dalla relazione sono emerse, in generale, per il 2023, condotte collusive preordinate a turbare l'iter amministrativo di procedura negoziali per la fornitura di attrezzature sanitarie e servizi di sanificazione.

Inoltre, Transparency International (TI), ha pubblicato il [30 gennaio 2024 l'edizione 2023 l'Indice di corruzione - Corruption Perceptions Index \(CPI\)](#), che colloca **l'Italia al 42° posto, con un punteggio di 56**, che conferma il mantenimento del balzo in avanti di 10 posizioni nel CPI 2021.



L'Indice di corruzione - Corruption Perceptions Index (CPI) è una lista comparativa della corruzione in tutto il mondo che viene aggiornata e pubblicata ogni anno, in cui il punteggio finale è determinato in base ad una scala che va da 0 (alto livello di corruzione percepita) a 100 (basso livello di corruzione percepita).

RISCHI GENERALI	DESCRIZIONE	FONTE	IMPATTO
1. Infiltrazioni Criminali	Le organizzazioni hanno cercato di infiltrarsi nel settore sanitario, attraverso le gare d'appalto e la gestione delle forniture mediche	Rapporto D.I.A.	Riduzione della qualità dei servizi e aumento dei costi per la sanità pubblica

<b>2. Malaffare e Clientelismo</b>	Pratiche di nepotismo e favoritismi che compromettono la trasparenza e l'efficienza delle assunzioni e delle promozioni nel settore sanitario	Trasparenza Italia	Demotivazione del personale e diminuzione dell'efficienza operativa
<b>RISCHI SPECIFICI</b>	<b>DESCRIZIONE</b>	<b>FONTE</b>	<b>IMPATTO</b>
<b>1. Gestione degli Appalti Pubblici</b>	Procedure di assegnazione degli appalti non trasparenti che favoriscono pratiche corruttive	Rapporto D.I.A e Trasparenza Italia	Aumento dei costi e riduzione della qualità delle forniture mediche dei servizi
<b>2. Fatturazione e Rimborsi</b>	Fatture gonfiate o false per rimborsi eccessivi a fornitori e prestatori di servizi	Trasparenza Italia	Spreco di risorse pubbliche e disservizi per i cittadini
<b>3. Conflitti di interesse</b>	Personale sanitario che ha interessi diretti o indiretti in aziende fornitrici di beni e servizi	Trasparenza Italia	Decisioni influenzate da interessi personali e non dal bene pubblico

La gestione dei rischi corruttivi nel settore sanitario della Regione Puglia richiede **un approccio integrato**, che combini trasparenza, formazione, controllo e protezione. Implementando queste misure, è possibile migliorare l'efficienza e l'integrità del sistema sanitario regionale.

MISURE DI PREVENZIONE	AZIONE	OBIETTIVO
<b>1. Trasparenza negli Appalti</b>	Implementare piattaforme online per la pubblicazione di tutte le gare d'appalto e i relativi documenti	Ridurre la possibilità di pratiche corruttive attraverso la trasparenza e la visibilità
<b>2. Formazione e Sensibilizzazione</b>	Programmi di formazione continua per il personale sanitario su temi di etica ed anticorruzione	Promuovere una cultura della legalità e della trasparenza
<b>3. Audit e Controlli Interni</b>	Rafforzare i meccanismi di audit interno e controlli periodici su appalti e fatturazioni	Identificare e correggere eventuali irregolarità
<b>4. Segnalazione e Protezione dei Whistleblower</b>	Implementare sistemi sicuri e anonimi per la segnalazione di comportamenti illeciti	Proteggere i segnalanti e incoraggiare la denuncia di pratiche corruttive

### 2.3.4.1.1 *Misure operative nel contesto esterno nazionale*

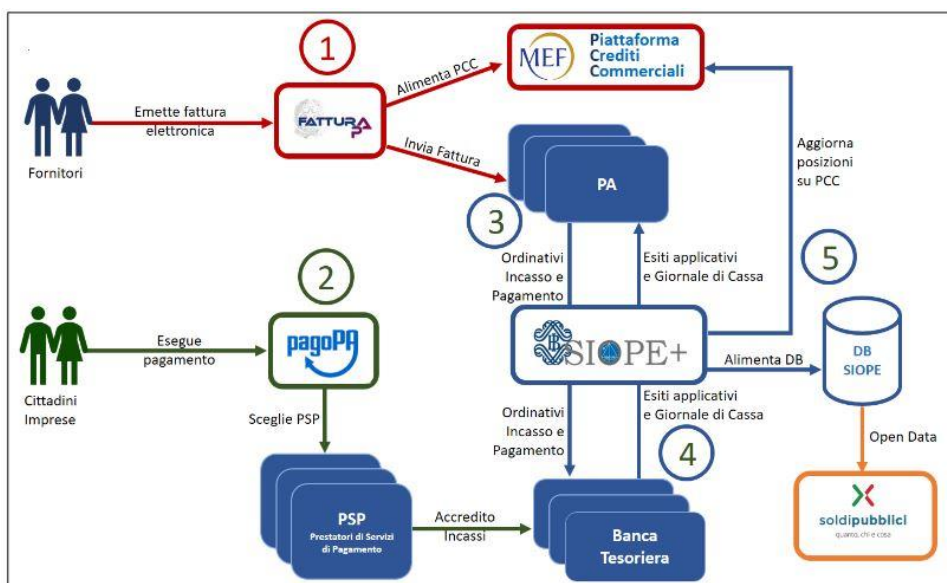
● L'utilizzo dei fondi del PNRR, inoltre, ha implementato l'attenzione al corretto impiego degli stessi e [la richiesta di condivisione dei metadati](#) proprio da parte della cittadinanza e, nel settore sanitario, il Ministero della Salute ha aperto una [consultazione](#) pubblica, "Sanità trasparente", per raccogliere pareri e commenti allo schema di decreto e disciplinare tecnico riguardante il **registro pubblico telematico**, come previsto dall'art.5 della Legge n. 62/2022 relativa a "Disposizioni in materia di trasparenza dei rapporti tra le imprese produttrici, i soggetti che operano nel settore della salute e le organizzazioni sanitarie". Il registro sarà liberamente accessibile per la consultazione e l'estrazione dei dati secondo gli standard degli Open Data e dunque aperto agli stakeholder, al fine di ulteriormente promuovere la cultura della trasparenza, della legalità e della partecipazione alla *res pubblica*.

Gli interventi di cui al PNRR, relativi alla Missione 6, come previsto dal [PIAO 2024-2026 del Ministero della Salute](#), adottato con decreto del 30 gennaio 2024, sono attuati dal Ministero stesso, attraverso la individuazione di finanziamenti ed obiettivi assegnati alle singole Regioni.

A livello regionale, l'attuazione degli interventi PNRR, relativi alla Missione 6, è coordinata dagli uffici del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale ed è oggetto, a livello aziendale, di periodiche riunioni tematiche presiedute dal Direttore Amministrativo della A.U.O.C. Policlinico di Bari, su delega del Direttore Generale, alle quali prendono parte tutti gli uffici aziendali coinvolti.

**La Missione 6, più nel dettaglio, è suddivisa in due componenti:** la **Componente 1** "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", il cui obiettivo è quello di ridisegnare la rete di assistenza sanitaria territoriale al fine di migliorare le prestazioni erogate sul territorio, grazie anche alla creazione di strutture e presidi come Case di Comunità, Centrali Operative Territoriali e Ospedali di Comunità, e la **Componente 2** "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN", finalizzata a garantire l'innovazione del parco tecnologico ospedaliero e la digitalizzazione del SSN. Attraverso il portale informatico pubblico "[ATTUAZIONE MISURE PNRR REGIONE PUGLIA](#)" è possibile effettuare la navigazione nei diversi contesti geografici della Regione Puglia e visualizzare lo stato di avanzamento dei progetti finanziati con i fondi PNRR all'interno del territorio.

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



- Con D.lgs n. [24/2023](#) è stata introdotta in Italia la normativa di attuazione della Direttiva Europea n. 1937/2019 in materia di **Whistleblowing**, sostituendo le disposizioni previste dalla Legge n. 179/2017 per il settore pubblico e dal D.lgs n. 231/2001 per il privato, finora i principali riferimenti in materia di **protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e delle disposizioni normative nazionali**. Del resto, Transparency International Italia dal 2014 ha attivato la [piattaforma ALAC - Allerta Anticorruzione](#) per ricevere le segnalazioni di illeciti e dialogare con i segnalanti in modo anonimo e sicuro e per aiutarli nel loro percorso, con ciò sostenendo la rivoluzione culturale ormai in corso. La piattaforma ALAC è stata messa gratuitamente a disposizione delle pubbliche amministrazioni ed è attualmente utilizzata dall'[AOU Policlinico di Bari in materia di Whistleblowing](#).

- Tra le misure volte ad implementare la prevenzione ed il contrasto, appare certamente rilevante quella relativa alla **formazione**. L'Etica, infatti, è l'obbedienza a ciò che non può essere imposto e nasce da una educazione permanente alla legalità ed ai canali per contrastare la corruzione.

L'Azienda ha inteso aderire, per il triennio 2025-2027 al [Forum per l'Integrità in Sanità](#), iniziativa promossa da Transparency International Italia e RE-ACT, patrocinata dall'Associazione Italiana per l'integrità della Salute, volta ad implementare ed innovare le pratiche e le attività anticorruptive delle aziende aderenti, attraverso, tra le altre, una rete di scambio e confronto tra gli Enti aderenti, periodica informazione e formazione in favore di RPCT, della Struttura di supporto e dei Referenti di volta in volta interessati per materia.

- Sotto il profilo oggettivo, tanto l'anticorruzione che l'antiriciclaggio poggiano su forme di collaborazione incentrate sull'attivazione di canali di comunicazione di possibili fattispecie illecite: la segnalazione di operazioni sospette, da un lato, la segnalazione per Whistleblowing dall'altro, consentono, infatti, di sfruttare al massimo le potenzialità dell'azione pubblica come istanza di acquisizione e di emersione di fatti illeciti.



Le pubbliche amministrazioni sono tenute a individuare al loro interno il Gestore, incaricato di vagliare le informazioni e gli input rivenienti dai settori che gestiscono i procedimenti indicati dalla legge e valutare l'eventuale ricorrenza di sospetti da comunicare/segnalare alla UIF. La segnalazione, secondo la legge, è funzionale a "consentire lo svolgimento di analisi finanziarie mirate a far emergere fenomeni di riciclaggio" (art. 10, comma 4, del decreto antiriciclaggio, d. lgs. 231/2007 e successive Istruzioni UIF del 23/4/2018). Agli uffici pubblici si chiede invece **di saper leggere in modo integrato e con un approccio critico le informazioni** di cui già essi dispongono in ragione dello svolgimento delle proprie funzioni istituzionali, focalizzando la propria attenzione su eventuali anomalie che inducono a considerare una determinata operazione come sospetta.

La **UIF** (Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia), incentiva la collaborazione attiva delle PA ai fini della **prevenzione del riciclaggio** e, con particolare riferimento al PNRR, ha recentemente diramato la Comunicazione dell'11 aprile 2022, recante indicazioni funzionali a valorizzare i presidi antiriciclaggio nella prevenzione dei rischi di infiltrazione criminale nell'impiego dei fondi rivenienti dal PNRR.

In considerazione della centralità dell'Area Gestione Risorse Finanziarie, la Direzione Strategica ritiene opportuna l'individuazione del Direttore AGRF quale gestore aziendale antiriciclaggio.

Lo stesso sarà coadiuvato da tutti gli uffici aziendali, attraverso propri referenti antiriciclaggio.

Nell'attuale momento storico, l'integrazione tra gli apparati anticorruzione e antiriciclaggio è essenziale per prevenire i rischi di infiltrazione criminale nell'impiego dei fondi rivenienti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

In sede di prima applicazione, pertanto, la rete dei referenti RPCT viene individuata, al medesimo tempo, anche quale rete dei referenti antiriciclaggio, i quali potranno avvalersi dei rispettivi REFO.



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

### 2.3.4.2 Contesto Interno

L'analisi del contesto interno valuta le attività interne che potrebbero essere suscettibili di corruzione, come l'acquisizione di beni e servizi, la gestione dei contratti etc.

### **2.3.4.3 Sistemi di controllo interno. Individuazione dei Rischi e Prevenzione**

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

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

<b>PRINCIPALI OBIETTIVI STRATEGICI PERSEGUITI ED IN FASE DI COMPLETAMENTO, IMPLEMENTAZIONE E MONITORAGGIO AZIENDALI</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>digitalizzazione dell'intero ciclo di vita dei processi decisionali amministrativi</b>, con particolare riguardo alla introduzione e allo sviluppo del software gestionale documentale integrato per protocollazione, comunicazioni a mezzo posta elettronica, assunzione di delibere e determine, assegnazione di compiti, anche gruppale, con monitoraggio diretto</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>attuazione della Legge 28 marzo 2022 n. 25</b>, finalizzata alla piena operatività del Fascicolo Sanitario Elettronico e dell'Ecosistema dei Dati Sanitari</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>rielaborazione ed attuazione del c.d. <u>Albero della trasparenza</u> aziendale e di cui alla <u>Tabella 2, allegata alla presente Sezione del PIAO 2025-2027</u>, a cui si rimanda</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>efficientamento dell'attività di gestione delle segnalazioni dei Whistleblower, anche tramite il ricorso alla piattaforma ALAC in uso</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>sviluppo evolutivo del sistema di controllo di gestione</b>, attraverso l'utilizzo di una <b>Dashboard</b> informatizzata, creata dagli informatici aziendali</li></ul>

I sistemi informatizzati adottati hanno l'obiettivo di supportare le UU.OO., cliniche ed amministrative, nella gestione delle pratiche di competenza, nel monitoraggio, in tempo reale, del loro stato e dei tempi di lavorazione.

Le risultanze prodotte, combinate con l'analisi del contesto interno, consentono di aggregare dati di costo, di ricavi e di misurazione dello stato di perseguimento degli obiettivi di *Performance*, così da integrare il

pregresso sistema di controllo di gestione e la misurazione delle performance, e consentire il passaggio da una organizzazione verticale (con dispersione delle informazioni tra le diverse gerarchie ed un processo molto lento) ad una organizzazione integrata in team di lavoro, garantendo maggiore autonomia e responsabilità interna alle singole UU.OO., permettendo di reagire velocemente a ogni input derivante dalla misurazione e dalla valutazione dei livelli di efficienza ed efficacia delle attività svolte.

Gli ulteriori investimenti hanno riguardato l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero, attraverso la realizzazione di vari progetti, individuati dalla direzione strategica con la collaborazione dell'Area ICT, dell'Area del Patrimonio e dell'Area Gestione Tecnica.

#### *2.3.4.4 I rischi specifici legati alla corruzione in sanità*

Secondo [l'Aggiornamento 2015 PNA \(determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015\)](#) ed il [PNA 2016 \(delibera ANAC n. 831 del 3 agosto 2016\)](#), i rischi specifici nell'ambito sanitario possono essere riassunti principalmente come segue:

RISCHIO SPECIFICO	DESCRIZIONE	PREVENZIONE
Gestione dei Defunti in Ospedale	<p><b>Rischi legati alla gestione dei defunti:</b> questi rischi riguardano la gestione impropria dei defunti, che può portare a abusi e corruzione</p>	<p>Per prevenirli:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Norme etiche:</b> Implementare e rispettare rigorose norme etiche nella gestione dei defunti.</li> <li>• <b>Trasparenza:</b> Assicurarsi che tutte le procedure siano trasparenti e documentate.</li> <li>• <b>Formazione:</b> Formare il personale sulle buone pratiche e sulle norme etiche</li> </ul>
Acquisti in ambito sanitario	<p><b>Rischi legati alla presenza di conflitti di interesse:</b> questi rischi includono sprechi e abusi nella gestione delle risorse</p>	<p>Per prevenirli:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pianificazione efficiente:</b> Adottare strategie di gestione delle risorse che minimizzino gli sprechi</li> <li>• <b>Monitoraggio e audit:</b> Effettuare audit regolari per garantire che le risorse siano utilizzate in modo appropriato</li> <li>• <b>Trasparenza:</b> Assicurarsi che tutte le decisioni di gestione delle risorse siano trasparenti e basate su criteri oggettivi</li> </ul>
Attività Libero Professionali e Liste di Attesa	<p><b>Rischio di comportamenti opportunistici:</b> che possono favorire posizioni di privilegio e/o di profitti indebiti, a svantaggio dei cittadini e con ripercussioni anche dal punto di vista economico e della percezione della qualità del servizio</p>	<p>Per prevenirli:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pianificazione performance individuale e dell'organizzazione:</b> concorrendo al raggiungimento dei LEA ed essendo obiettivi strategici dei direttori generali, devono essere integrate nel sistema di valutazione della performance</li> <li>• <b>Attenta analisi in fase di autorizzazione allo svolgimento di attività libero professionale intramoenia (ALPI):</b> 1) verifica dichiarazioni prodotte ai fini del rilascio dell'autorizzazione; 2) adeguata verifica dell'attività svolta in regime di <i>intramoenia</i> allargata; 3) negoziazione dei volumi di attività in ALPI in relazione agli obiettivi istituzionali; 4) verifica degli spazi utilizzabili per lo svolgimento dell'ALPI tra quelli afferenti al patrimonio immobiliare dell'azienda; 5) utilizzo informatizzazione del processo ed introduzione del CUP (centro unico prenotazioni);</li> <li>• <b>Monitoraggio e audit:</b> Effettuare audit regolari in equipe multidisciplinari per garantire che le risorse siano utilizzate in modo appropriato, con analisi dei dati analogici e dei big data</li> <li>• <b>Trasparenza:</b> Assicurarsi che tutte le decisioni di gestione delle risorse siano trasparenti e basate su criteri oggettivi</li> </ul>

<p>Nomine dirigenza medico sanitaria e conferimento incarichi ex art. 15-septies d. lgs. 512/1992</p>	<p>Rischio nell'uso non trasparente e adeguatamente motivato dell'esercizio del potere discrezionale di scelta</p>	<p>Per prevenirli:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Trasparenza:</b> garantire comunque il prevalere dei profili di merito nell'attribuzione dell'incarico. Indicazioni: <ul style="list-style-type: none"> <li><b><u>Direttore di dipartimento</u></b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) esplicitazione, all'interno degli atti del procedimento, della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale;</li> <li>b) predeterminazione dei criteri di scelta e, ove non sussista apposita disciplina regionale, ai sensi dell'art. 17 bis, co. 3, del d.lgs. 502/1992, esplicitazione delle modalità di partecipazione del Comitato di dipartimento alla individuazione dei direttori di dipartimento;</li> <li>c) esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti professionali, ai compiti affidati e alla pregressa performance della struttura dipartimentale, al fine di delineare il perimetro di valutazione rispetto anche al raggiungimento degli obiettivi di miglioramento che la struttura si pone;</li> <li>d) pubblicazione degli atti del procedimento con evidenziazione di quanto previsto ai punti a) e b).</li> </ol> </li> <li><b><u>Direzione di presidio ospedaliero e Direzione di struttura complessa</u></b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) avvio di procedura selettiva attraverso avviso/bando pubblico in cui siano esplicitati i requisiti previsti dalla normativa vigente nazionale ed eventualmente regionale;</li> <li>b) costituzione della commissione selezionatrice;</li> <li>c) predeterminazione dei criteri di selezione;</li> <li>d) esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti di partecipazione e ai criteri di selezione di cui ai rispettivi punti a) e c);</li> <li>e) pubblicazione degli atti del procedimento.</li> </ol> </li> <li><b><u>Responsabilità di struttura semplice</u></b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Ai dirigenti che abbiano maturato un'anzianità di servizio di <b>almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico</b>;</li> <li>b) verifica, all'interno degli atti del procedimento, della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale;</li> <li>c) pubblicazione delle unità operative semplici per le quali va conferito l'incarico (è auspicabile che le funzioni delle UOS vengano qualificate nell'ambito di atti di organizzazione in modo tale che i requisiti degli aspiranti di cui al punto successivo trovino nei citati atti la loro motivazione);</li> <li>d) avvio di procedura selettiva attraverso avviso/bando pubblico in cui siano stati esplicitati i</li> <li>e) requisiti soggettivi degli aspiranti;</li> <li>f) predeterminazione dei criteri di selezione;</li> <li>g) misure di trasparenza, nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza, della rosa degli idonei;</li> <li>h) esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti di partecipazione e ai criteri di selezione di cui ai rispettivi punti a) e c);</li> <li>i) esplicitazione della motivazione alla base della scelta della durata dell'incarico più o meno lunga all'interno del minimo/ massimo previsto (la durata degli incarichi dovrebbe essere definita non volta per volta ma in modo "standard", oppure la stessa dovrebbe essere esplicitamente collegata a provvedimenti di programmazione);</li> <li>j) pubblicazione degli atti del procedimento.</li> </ol> </li> </ul> </li> </ul>
---	--	--

Incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio, e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo

massimo livello di trasparenza per l'affidamento o revoca degli incarichi dirigenziali di cui trattasi, attraverso la pubblicazione dell'atto di conferimento sul sito dell'azienda, comprendendo l'ambito del programma che si intende realizzare, l'oggetto dell'incarico e i criteri di scelta

Sostituzione della dirigenza medica e sanitaria

- **Monitoraggio** volto a:
  - 1) Prevenire ritardi o mancato avvio delle procedure concorsuali alla base della necessità di copertura del posto vacante con la sostituzione
  - 2) Prevenire, a sostituzione avvenuta, il prolungamento intenzionale dei tempi occorrenti per l'avvio delle procedure ordinarie di conferimento al titolare dell'incarico, con conseguente prolungamento del periodo di sostituzione per oltre sei mesi.
- **Trasparenza:**
  - a) pubblicazione, aggiornamento e monitoraggio periodico del numero dei posti oggetto di sostituzione/sostituibili per anno;
  - b) esplicitazione in dettaglio e relativa pubblicizzazione della motivazione del ricorso alla sostituzione.
- **Monitoraggio e audit:** Effettuare audit regolari in equipe multidisciplinari per garantire che le risorse siano utilizzate in modo appropriato, con analisi dei dati analogici e dei big data

Incarichi conferiti ai sensi dell'art. 15 septies del d.lgs. 502/1992

- **Trasparenza:**
  - a) pubblicazione, aggiornamento e monitoraggio periodici delle posizioni/ funzioni non ricoperte;
  - b) esplicitazione in dettaglio e relativa pubblicizzazione della motivazione del ricorso alla suddetta procedura derogatoria, compresa la motivazione del mancato espletamento dei concorsi per il reclutamento ordinario e la motivazione alla base della durata dell'incarico;
  - c) esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti professionali e ai criteri di selezione. Inoltre, per le medesime ragioni connesse all'eccezionalità del ricorso a tale tipologia di incarico, le amministrazioni sanitarie destinatarie del presente Piano, dovranno attribuire al soggetto esclusivamente l'unica funzione per la quale è stata attivata la specifica procedura in relazione ai requisiti ed alle caratteristiche per i quali la professionalità è stata scelta. La durata dell'incarico di cui alla lettera b) deve cessare in ogni caso al completamento delle procedure concorsuali per la copertura in via ordinaria della posizione dirigenziale di cui trattasi.
- **Monitoraggio e audit:** Effettuare audit regolari per garantire che le risorse siano utilizzate in modo appropriato.

<p><b>Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni</b></p>	<p><b>Rischi legati a fenomeni corruttivi e di conflitto di interessi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- corruzione relativa al ciclo degli approvvigionamenti degli altri beni sanitari, dalla fase di pianificazione del fabbisogno fino alla gestione e somministrazione del farmaco in reparto e/o in regime di continuità assistenziale;</li> <li>- comportamenti corruttivi e/o negligenze, fonti di sprechi e/o di eventi avversi</li> </ul>	<p>Per prevenirli:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Trasparenza:</b> gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte, nonché l'informatizzazione del ciclo di terapia fino alla somministrazioni;</li> <li>• <b>Monitoraggio e audit:</b> Effettuare audit regolari in equipe multidisciplinari per garantire che le risorse siano utilizzate in modo appropriato (censimento beni e contratti)</li> <li>• <b>Formazione:</b> Formare il personale sulle buone pratiche e sulle norme etiche;</li> <li>• <b>Pianificazione performance individuale e dell'organizzazione:</b> tracciabilità del prodotto e la puntuale ed effettiva associazione farmaco-paziente; rispetto procedure e tempi adottati dall'azienda; rispetto dei tetti di spesa</li> </ul>
<p><b>Comodati d'uso/Valutazioni in prova</b></p>	<p><b>Rischi legati</b> all'ingresso delle tecnologie, all'interno dell'organizzazione sanitaria, diverse rispetto agli ordinari canali di approvvigionamento</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Trasparenza:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pubblicazione dei dati inerenti le relative procedure aziendali autorizzative, rendendo possibile la conoscenza interna ed esterna dei comportamenti assunti dalla azienda stesse in questo delicato ambito;</li> <li>2) Pubblicazione del seguente set minimo di dati:           <ol style="list-style-type: none"> <li>a) il richiedente/l'utilizzatore;</li> <li>b) la tipologia della tecnologia;</li> <li>c) gli estremi dell'autorizzazione della direzione sanitaria;</li> <li>d) la durata/termini di scadenza;</li> <li>e) il valore economico della tecnologia;</li> <li>f) gli eventuali costi per l'azienda sanitaria correlati all'utilizzo della tecnologia (es. materiali di consumo).</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>• <b>Pianificazione efficiente:</b> adozione di procedure/regolamenti specifici; adozione di modelli che consentano l'immediata analisi della proposta di comodato, che evidenzia eventuali costi a carico dell'azienda sanitaria, connessi all'utilizzo del bene, preveda automatico diniego ove la proposta preveda corrispettivi economici in favore del soggetto comodante o comunque di un soggetto predeterminato (<u>in quanto tale vincolo attribuirebbe all'intera operazione la natura di contratto di appalto, che dovrebbe essere pertanto gestito secondo le ordinarie procedure di gara</u>)</li> <li>• La medesima precisazione va riferita anche alle "donazioni" e/o alle "prove dimostrative". Per queste ultime, qualsiasi onere economico (inclusi materiali di consumo) deve essere totalmente a carico del soggetto che propone all'azienda sanitaria la prova dimostrativa</li> <li>• <b>Trasparenza ed audit:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <u>Costituire un database</u> delle apparecchiature "in prova" da cui sia possibile effettuare i collegamenti con le successive modalità con le quali eventualmente le stesse tecnologie vengono acquisite dalle aziende.</li> </ol> </li> <li>• Audit annuale che consenta al RPCT di utilizzare tali informazioni anche al fine di elaborare possibili indicatori di rischio come, ad esempio, la percentuale (numero e/o valore) delle apparecchiature in prova/comodati d'uso che si trasforma in acquisto, anche in relazione al totale della tecnologia acquisita dall'azienda.</li> </ul>

### 2.3.4.5 *Trattamento dei Rischi: le misure adottate*

Come anticipato sopra, il trattamento del rischio ha tenuto conto dei **principi**, indicati nel PNA, di:

- **neutralizzazione** dei fattori abilitanti del rischio corruttivo;
- **sostenibilità** economica e organizzativa delle misure;
- **adattamento** alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione.

#### *a) La Rotazione del Personale*

Secondo le [indicazioni ANAC 2024](#), con riferimento agli incarichi, *“La rotazione in ambito sanitario presenta peculiari criticità in ragione della mission affidata agli enti del Servizio sanitario”, “Infatti, il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di expertise consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità. Gli incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono anch'essi, in molti casi, competenze tecniche specifiche (ad esempio, ingegneria clinica, fisica sanitaria, informatica, ecc.), ma anche nel caso di competenze acquisite (si consideri la funzione del responsabile del settore protezione e prevenzione), le figure in grado di svolgere questo compito sono in numero molto limitato all'interno di un'azienda”, “Per una corretta applicazione della misura occorre preliminarmente individuare le ipotesi in cui è possibile procedere alla rotazione degli incarichi attraverso la puntuale mappatura degli incarichi/funzioni apicali più sensibili (ad esempio quelli relativi a posizioni di governo delle risorse come acquisti, rapporti con il privato accreditato, convenzioni/autorizzazioni, eccetera), a partire dall'individuazione delle funzioni fungibili e utilizzando tutti gli strumenti disponibili in tema di gestione del personale ed allocazione delle risorse”.*

Tra le misure organizzative di prevenzione, assegnate per il 2025 all'Area Gestione del Personale, vi è la redazione di un primo schema di Regolamento aziendale disciplinante la rotazione del personale da sottoporre all'attenzione dell'RPCT e, successivamente, della Direzione Strategica.

Nelle more della adozione della disciplina aziendale in tema di rotazione ordinaria del personale, si evidenziano i seguenti avvicendamenti intervenuti nel triennio 2022/2024, con particolare riguardo ai profili dirigenziali non aventi carattere meramente clinico:

UU.OO	Rotazione del personale
<i>Area Gestione del Patrimonio</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trasferimento presso altra p.a. del dirigente amministrativo responsabile UO Servizi e contestuale assunzione, dapprima in posizione di comando e successivamente per mobilità, di nuovo dirigente amministrativo preposto alle procedure riguardanti l'approvvigionamento di servizi</li><li>• Trasferimento presso altra p.a. del dirigente amministrativo responsabile UO Economato e Servizi Generali</li></ul>
<i>Area Gestione del Personale</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Assunzione, a decorrere dall'anno 2023, di nuovo dirigente amministrativo preposto alla UO Concorsi e Assunzioni</li></ul>
<i>Area Gestione Tecnica</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trasferimento presso altra p.a. del dirigente ingegnere responsabile UO Manutenzioni</li><li>• Trasferimento presso altra p.a. del dirigente ingegnere preposto alle attività di Facility Manager aziendale e conferimento di nuovo incarico</li></ul>



UU.OO	Rotazione del personale
<i>Area Gestione Risorse Finanziarie</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assunzione di un nuovo ingegnere gestionale preposto alle attività di Ingegneria Clinica</li> <li>Cessazione dal servizio del dirigente incaricato della direzione della UOC Area gestione Risorse Finanziarie e conferimento di incarico al dirigente amministrativo, in precedenza, posto alla direzione della UOC Controllo di Gestione</li> </ul>
<i>UOC Controllo di Gestione</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trasferimento del dirigente incaricato della direzione della UOC Controllo di Gestione alla direzione dell'AGRF e conferimento di incarico di sostituzione per la direzione di quest'ultima UOC al dirigente analista, in precedenza, posto alla direzione delle UO Ufficio Informatico</li> <li>Assunzione di un nuovo dirigente analista, preposto alle attività della UO Ufficio Informatico</li> </ul>
<i>UO Affari Generali</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trasferimento del dirigente incaricato della UO Affari Generali presso altra direzione ed assunzione, a decorrere da fine 2022, di nuovo dirigente amministrativo preposto alla UO</li> </ul>
<i>Direzione Medica P.O. – Policlinico</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conferimento incarico di sostituzione a dirigente medico, titolare UO HTA, per effetto del trasferimento presso altra p.a. del precedente referente</li> </ul>
<i>UO Statistica ed epidemiologia – Responsabile Unico Liste di Attesa</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cessazione dal servizio del dirigente incaricato della direzione della e conferimento di incarico di responsabilità UO USE-RULA ad altro dirigente medico</li> </ul>
<i>Staff Direzione Generale</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assunzione nuovo dirigente ingegnere, cui è stata attribuita la funzione di Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale</li> </ul>
<i>Staff Direzione Sanitaria</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cessazione e trasferimento ad altra p.a. di n. 2 dirigenti delle professioni infermieristiche, preposti alla gestione del personale sanitario del comparto, e conferimento di incarico a n. 2 dirigenti in sostituzione</li> </ul>

#### **b) Il Conflitto di Interessi**

Con la delibera n. 158, approvata nel Consiglio del 30 marzo 2022, l'Autorità Anticorruzione ha dato precise indicazioni in merito alla gestione del possibile conflitto d'interessi all'interno delle Amministrazioni pubbliche, con particolare riguardo all'ambito sanitario.

La [Legge 241/1990](#) e il [DPR 62/2013](#) prevedono **obblighi dichiarativi e di astensione da parte dei soggetti che si trovano in situazioni di conflitto di interessi**, anche solo potenziale.

E' compito delle PP.AA. vigilare, atteso che, in caso di inadempienza, vi è una grave responsabilità per i soggetti preposti, con conseguenze di tipo disciplinare, amministrativo-contabile, quando non anche sanzioni a livello penale.

In tal senso, l'Azienda sollecita e monitora il rispetto **obbligo di pubblicazione riguardo ai [consulenti ed ai collaboratori](#)**, ed in particolare che siano curate le dovute pubblicazioni sul sito online degli elenchi dei consulenti stessi, con indicazione dell'oggetto, della durata e il compenso dell'incarico, nonché l'attestazione della avvenuta verifica di insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interesse.

Va, tuttavia, evidenziato che in assenza di disposizioni legislative nazionali che forniscano indicazioni sui periodi temporali di astensione utili a determinare il venir meno di presunte situazioni di conflitto di interessi, in applicazione della sentenza **Consiglio di Stato n. 2744/2021**, e **con specifico riferimento all'ambito sanitario**, ai sensi dell'art. 7 D.P.R. n. 62/2013, la **valutazione della sussistenza** della situazione di conflitto incombe al responsabile dell'ufficio di appartenenza del dipendente o del suo superiore gerarchico, il quale deve valutare, in contraddittorio con il dipendente interessato, se la situazione è tale da mettere a rischio l'imparzialità dell'azione amministrativa e il corretto esercizio delle sue funzioni. Laddove la risposta sia positiva, fermo l'obbligo di astensione a carico del dipendente interessato dal conflitto, spetta al superiore gerarchico individuare una misura idonea a paralizzare il dispiegarsi della situazione dannosa e ad evitare il prodursi del danno erariale.

Anche per questo, l'ANAC invita le PP.AA. a dotarsi di un proprio Codice di Comportamento, opportunamente integrato in relazione alla specifica realtà.

La formazione sponsorizzata, ad esempio, nell'ambito sanitario, rappresenta un ambito fortemente a rischio. In ogni caso, l'ANAC, nelle Linee Guida n. 177 del 2020, in recepimento del parere 21 febbraio 2013 n. 97 rilasciato dal Consiglio di Stato sullo schema di D.P.R. recante Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, ha ricordato che *"i codici di comportamento delle singole amministrazioni possono integrare e specificare le regole del Codice, ma non attenuarle"*.

L'art. 16-bis del D. Lgs. n. 229/1999 definisce la formazione continua requisito indispensabile per svolgere l'attività professionale in qualità di dipendente o di libero professionista per conto delle Aziende del SSR. Con la Legge 24 dicembre 2007, n. 244, la gestione amministrativa del programma di ECM ed il supporto alla

Commissione Nazionale per la Formazione Continua, di competenza del Ministero della Salute, sono stati trasferiti all'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas). In base all'Accordo Stato-Regioni 05.11.2009, un eventuale contratto di sponsorizzazione di un evento ECM da parte di un soggetto sponsor, deve contenere: le parti interessate; l'entità e tipologia del supporto economico dello sponsor; le rispettive obbligazioni delle parti. Inoltre, il supporto finanziario o di risorse dello Sponsor deve essere dichiarato e non deve in alcun modo condizionare l'organizzazione, i contenuti e la gestione dell'attività ECM.

In ogni caso, in base all'art. 4, L.R. 4/2010, ogni azienda sanitaria regionale, anche convenzionata, è tenuta, entro il 30 novembre di ogni anno, a inviare il **Piano Annuale della Formazione (PAF)** all'**Organismo Regionale per la Formazione in Sanità (ORFS)** che, istituito con DGR n. 93 del 2009, ha il compito di coordinare "tutte le attività di formazione al fine di garantire l'adeguatezza dei processi formativi alla tipologia degli individui da formare" in applicazione delle teorie dell'apprendimento dell'andragogia e dell'apprendimento delle organizzazioni, in attuazione della [DGR n. 394 del 05.03.12 che ha approvato le Linee di Indirizzo della Formazione](#).

A livello normativo regionale, si richiamano le previsioni dell'art. 13, [Regolamento Regionale n. 17/2007](#), che, coerentemente con quanto previsto, a livello nazionale, dall'art. 53, [D.Lgs n. 165/2001](#), prevede che:

- **le aziende farmaceutiche** comunichino alle Aziende Ospedaliere/Aziende Sanitarie Locali SSR i nominativi dei medici e dei farmacisti loro dipendenti o convenzionati che, a qualsiasi titolo, partecipino a congressi, convegni, eventi formativi di gruppo, ECM da loro organizzati e/o promossi e/o finanziati;
- **gli operatori sanitari** che, a qualsiasi titolo (relatori, ospiti ecc.), partecipino a iniziative promosse o finanziate da aziende farmaceutiche, ne diano preventiva comunicazione alla Azienda Sanitaria da cui dipendono.

In aggiunta, il regolamento regionale citato dispone, altresì, che “presso il responsabile alla formazione di ogni azienda sanitaria e ospedaliera sarà istituito un registro” degli eventi finanziati, a qualunque titolo, in favore di personale medico e farmacista, anche convenzionato, con Aziende/Enti SSR.

Il 10 ottobre 2024 l'ANAC ha pubblicato “Metodologia sperimentale per l'identificazione di potenziali conflitti di interessi”, scaturita dal [Progetto 'Misurazione del rischio di corruzione a livello territoriale e promozione della trasparenza' dell'Autorità nazionale anticorruzione \(ANAC\) finanziato dal PON 'Governance e Capacità Istituzionale 2014-2020' - FONDO FESR](#), che si compone di una analitica mappatura dei legami diretti ed indiretti, dei legami societari con persone fisiche, dei legami catastali, dei legami di parentela e affinità, dei legami con PEP/PIL, dei legami con sanzioni/precedenti penali, e della qualificazione degli interessi economici.

#### c) Il Protocollo ANAC- ARAN 2022

L'ANAC e l'ARAN, nel corso del 2022, anche in considerazione dei fondi PNRR legati alla “Missione 6”, si sono impegnate a collaborare e a promuovere iniziative congiunte di prevenzione della corruzione e di contrasto al verificarsi di fatti di *maladministration*, al fine di rafforzare la cultura della trasparenza e della legalità nel settore sanitario.

A riguardo va evidenziato che, già nella seduta dell'ANAC n. 323/2015, proprio in merito all'Approfondimento Sanità' (II Capitolo dell'Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione), veniva sollecitata l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione attraverso conforme riscontro negli altri **strumenti di programmazione e di valutazione delle performance**, individuali e dell'organizzazione.

In tal senso l'azienda, ai fini della *Performace*, conferma anche per il 2025 **l'assegnazione obiettivi operativi specifici in materia di anticorruzione e trasparenza**, organicamente sistematizzati e definiti, quanto a contenuto, destinatari, risultati attesi e tempi di realizzazione, con le tabelle allegate sub 1) e 2) alla presente Sezione.

#### d) Le segnalazioni di condotte illecite (Whistleblowing): la piattaforma

- La scelta del canale di segnalazione, dopo il [D.lgs n. 24/2023](#), non è più discrezionale, ma in via prioritaria, va **preferito il canale interno**.

L'azienda si avvale della [piattaforma ALAC - Allerta Anticorruzione](#) per ricevere le segnalazioni di illeciti e dialogare con i segnalanti in modo anonimo e sicuro e per aiutarli nel loro percorso, con ciò sostenendo la rivoluzione culturale ormai in corso. La piattaforma ALAC è stata messa gratuitamente a disposizione delle pubbliche amministrazioni ed è attualmente utilizzata dall'[AOU Policlinico di Bari in materia di Whistleblowing](#).



(Whistleblowing)

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

Per **condotte illecite** devono intendersi quelle riguardanti i delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione del codice penale (ad es. corruzione per l'esercizio della funzione, corruzione per atto contrario ai doveri d'ufficio, concussione), ma anche le situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontrino comportamenti impropri di un funzionario pubblico che, al fine di curare un interesse proprio o di terzi, assuma o concorra all'adozione di una decisione che devia dalla cura imparziale dell'interesse pubblico come ad esempio:

- Irregolarità e utilizzo distorto del potere discrezionale nell'ambito di procedure di affidamento di contratti pubblici;
- Accessi indebiti agli applicativi informatici (anche mediante l'uso di credenziali altrui);
- Utilizzo improprio di istituti a tutela del dipendente (es. malattia, garanzie e tutele ex legge 5 febbraio 1992 n. 104, congedi, permessi sindacali);
- Irregolarità nell'attestazione delle presenze in ufficio;
- Irregolarità nello svolgimento di procedimenti amministrativi che comportano uno scorretto utilizzo dell'esercizio del potere discrezionale a fini meramente privati, in contrasto con il fine pubblico;
- Rapporti/frequentazioni inopportune tra dipendenti e "soggetti esterni" (es. contribuenti, utenti, consulenti, collaboratori, fornitori, ecc.) per il raggiungimento di fini privati mediante l'abuso della posizione pubblica attribuita;
- Autorizzazione e liquidazione indebita di spese relative al personale;
- Sprechi;
- Favoritismi;
- False dichiarazioni;
- Ripetuto mancato rispetto dei tempi procedurali;
- Procedure concorsuali non trasparenti;
- Violazione delle norme ambientali e di sicurezza sul lavoro.

Anche in presenza di **fondato sospetto**, vale a dire sorretto da indizi e circostanze univocamente orientate, è possibile segnalare:

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

L'unico soggetto interno all'Azienda, destinatario delle segnalazioni Whistleblowing che giungano tramite la Piattaforma ALAC, è il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

Deve evidenziarsi che coloro che vogliono segnalare irregolarità ed illeciti, possono avvalersi anche di canali differenti; nel corso del 2024, infatti, sono pervenute all'attenzione della Direzione Aziendale segnalazioni, trasmesse mediante posta elettronica semplice e certificata, ovvero mediante il servizio postale ordinario. In questi casi, la corrispondenza viene assegnata dalla Direzione Strategica all'RPCT ed agli eventuali Uffici competenti per materia, per le verifiche ed approfondimenti necessari.

#### e) Attività libero professionale sanitaria

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

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

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

L'Azienda ha aggiornato il "[Regolamento delle procedure delle convenzioni per consulenze esterne attive e passive](#)" (Deliberazione n. 1683/2019) così disciplinando anche l'attività sanitaria svolta in regime libero professionale occasionale e/o ricorrente, assoggettandola, pertanto, a delle procedure autorizzative al fine di evitare eventuali situazioni di evasione dal monitoraggio aziendale.

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

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

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

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

#### g) Autorizzazioni/concessioni amministrative

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

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

#### h) Sperimentazioni cliniche

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

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

A seguito dello studio di aggiornamento intrapreso, con la Delibera n. 250 del 21.03.2023, è stata adottata la modifica al "[Regolamento per la conduzione degli studi clinici sperimentali ed osservazionali e degli studi su materiale biologico in vitro](#)", che ha integrato la gestione del Comitato etico, procedimentando l'iter amministrativo ed adeguando la gestione contabile-finanziaria alle novelle normative di settore, attualmente l'Azienda sta monitorando l'efficacia attuativa in itinere.

Si segnala che le sperimentazioni cliniche assoggettate agli obblighi di pubblicazione di cui al d. lgs. 52/2019, trovano evidenza sul sito istituzionale nella sezione Amministrazione Trasparente/Altri contenuti.

#### i) Donazioni, comodato d'uso e la valutazione di prova/visione

L'Azienda sostiene la propria attività produttiva anche attraverso le Donazioni e rapporti contrattuali di comodato d'uso gratuito e valutazione in prova di beni, per questo, ha inteso aggiornare ed integrare le

precedenti previsioni interne, con Delibera n. 407 del 22.04.2024, il "[Regolamento per 'accettazione di beni mobili a titolo di donazione, elargizioni di denaro a titolo di liberalità, acquisizione comodati d'uso di beni mobili e acquisizione di beni in prova/visione'](#)". Si precisa che la disciplina regolamentare e, segnatamente, la necessità dei pareri propedeutici all'accettazione di beni concessi all'Azienda in comodato gratuito, trova applicazione anche alle ipotesi di comodato connesse allo svolgimento di studi clinici.

#### **j) Codice di comportamento del Personale**

L'Azienda ha adottato il [Codice di Comportamento](#), previo parere positivo dell'OIV, con Delibera del Direttore Generale n. 282 del 15.02.2019, in sostituzione del precedente.

Si segnala che, tra le misure per la prevenzione della corruzione programmate per l'anno in corso (cfr. tabella 1, allegata alla presente Sezione), vi è l'aggiornamento del codice aziendale alle novità introdotte dall'art. 4, D.L. 36/2022, in tema di inasprimento delle sanzioni per l'utilizzo scorretto dei social media da parte dei pubblici dipendenti, come già recepite a livello nazionale con il D.P.R. 81/2023, recante modifiche al Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, approvato con D.P.R. 62/2013 (mediante l'introduzione dei nuovi artt. 11-bis ed 11-ter).

Presso l'Azienda è, altresì, in vigore il **Codice Disciplinare** adottato con Deliberazione n. 1578 dell'11/11/2016.

#### **k) Formazione**

In ragione dell'entrata in vigore del D.lgs. 31 marzo 2023, n. 36, con cui è stato adottato il c.d. [Nuovo Codice dei Contratti Pubblici](#), che ha sostituito il D.lgs 50/2016 (a decorrere dal 1° luglio 2023), nonché delle ulteriori novità introdotte dal legislatore, nel corso del triennio 2025-2027 il personale sarà ulteriormente orientato all'utilizzo delle risorse, anche gratuite messe a disposizione dei dipendenti pubblici (Es. [Syllabus](#), portale per la formazione etc), per sviluppare le competenze necessarie ad affrontare le sfide dell'innovazione, a partire da quella digitale, secondo la [Direttiva sulla formazione](#) del Ministro per la pubblica amministrazione.

#### **l) Ulteriori misure adottate**

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

### **2.3.5 Mappatura dei processi**

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

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

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

### 2.3.6 *Analisi della struttura organizzativa di controllo*

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

La struttura organizzativa è di tipo gerarchico-funzionale, nella quale la *vision* e la *mission* aziendale vengono definite dalla Direzione Strategica, con a capo il **Direttore Generale** coadiuvato dal **Direttore Amministrativo** e dal **Direttore Sanitario**, come da **organigramma** presente sul sito aziendale. Il modello organizzativo scelto unisce i vantaggi della **chiarezza delle responsabilità** e **delle comunicazioni verticali** ai vantaggi del **raggruppamento funzionale a gestione autonoma su delega della Direzione**.

In particolare:

- **Sotto il profilo sanitario**, oltre alle due Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero, Policlinico e Giovanni XXIII, poste in staff alla Direzione Sanitaria, lo strumento organizzativo di gestione è rappresentato dai **Dipartimenti**, che assicurano le funzioni di governo clinico dei percorsi diagnostico-assistenziali (PDTA) e della tutela della salute collettiva. Si tratta di strutture omogenee di raggruppamento, affini e complementari per disciplina, che perseguono comuni finalità, con una propria autonomia e responsabilità riguardo alla gestione assistenziale del paziente ed organizzati ciascuno come centro di responsabilità e di costo, in modo da garantire l'omogeneità della gestione.
- **Sotto il profilo amministrativo**, l'**Azienda** presenta Unità di Staff alla Direzione Generale e quattro Aree Amministrative: Area Gestione Risorse Umane, Area Gestione Tecnica, Area Gestione Risorse Finanziarie, Area Gestione del Patrimonio.

### 2.3.7 *Attuazione della Trasparenza*

Appare utile ricordare che, con la **Raccomandazione 2023/2836 della Commissione, del 12 dicembre 2023, l'Unione Europea** ha inteso porre l'attenzione "sulla promozione del coinvolgimento e della partecipazione effettiva dei cittadini e delle organizzazioni della società civile ai processi di elaborazione delle politiche pubbliche".

A riguardo **la Fondazione Gimbe ha pubblicato un'analisi sui dati delle liste di attesa**, da cui emergono notevoli le differenze tra le Regioni sulla disponibilità di informazioni aggiornate e dettagliate e la Puglia è l'unica Regione nel Mezzogiorno ad offrire le informazioni per tutte le dimensioni della valutazione.

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



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

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

Ai sensi dell'art. 14, c. 4, lettera g) del D.Lgs. 150/2009 all'OIV spetta il compito di promuovere e attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed all'integrità, secondo il monitoraggio richiesto dall'ANAC, attraverso la [Griglia di rilevazione](#). Per ogni obbligo inserito nella Griglia di rilevazione deve essere verificata l'avvenuta pubblicazione dei dati e delle informazioni previste dalla normativa.

I risultati dei controlli confluiscono nelle attestazioni che l'OIV deve presentare ai vertici dell'Azienda sulla base di appositi modelli forniti dall'ANAC sull'assolvimento di specifiche categorie di obblighi di pubblicazione. Le [attestazioni dell'OIV](#) vengono pubblicate nella sezione "Amministrazione Trasparente - Controlli e rilievi sull'amministrazione - Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe - Attestazione OIV o struttura analoga".

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

##### **➤ Implementazione del portale "Amministrazione Trasparente"**

- La sezione Amministrazione Trasparente del [sito web aziendale](#), ospitato sul portale regionale Puglia Salute, in corso di revisione ed aggiornamento e gestito dalla società in house regionale InnovaPuglia s.p.a., è progressivamente migliorata nell'architettura informativa, in attuazione degli obblighi legislativi e delle indicazioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione ed implementato sulla base dei contenuti previsti dal D. Lgs. n. 33/2013, in modo da rispondere al meglio ai bisogni informativi dell'utenza e rendere le informazioni più complete, comprensibili e facilmente accessibili.

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

- **Ogni Struttura Organizzativa dell'Azienda ha individuato uno o più Referenti interni** ai quali, il RPCT potrà rivolgersi per la verifica in merito alla pubblicazione dei documenti e per ottenere dati, informazioni e aggiornamenti sugli stessi. Il processo di individuazione dei suddetti Referenti interni da parte delle Strutture Organizzative coinvolte sarà aggiornato qualora intervenissero modifiche nell'organizzazione nel corso del triennio o per altre esigenze sopravvenute. Restano in capo a ciascuna articolazione aziendale le responsabilità in ordine alla gestione/trasmisione/verifica dei dati e dei documenti relativi ai procedimenti di rispettiva competenza, i compiti di individuare il nominativo del funzionario responsabile, le tipologie di controllo da effettuare e la predisposizione dei moduli per la redazione delle dichiarazioni sostitutive - ove non diversamente previsto e/o disciplinato dall'RPCT- anche ai fini della pubblicazione di tali informazioni sul Portale della Trasparenza secondo quanto previsto dall'art. 35, commi 1 e 2, del D. Lgs. n. 33/2013.
- Inoltre, l'Azienda pubblica e aggiorna tempestivamente sul proprio sito web istituzionale, nella **sezione "Amministrazione trasparente", sotto-sezione di primo livello "Bandi di gara e contratti"**, le informazioni, indicate dalla legge, relative ai procedimenti di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi ed, altresì, provvede alla pubblicazione mediante invio alla BDNCP secondo quanto previsto dalle disposizioni del nuovo Codice in materia di

digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti di cui agli artt. 19 e ssgg e dalle delibere ANAC nn. n. 261/2023 e n. 264/2023 (e relativo Allegato 1) e successivi aggiornamenti. In aggiunta ai contenuti minimi previsti dalla normativa vigente, l'Azienda pubblica, nella sezione "[Altri contenuti - Dati ulteriori](#)" **anche dati aziendali integrativi** e tale sezione sarà ulteriormente alimentata in relazione al specifiche esigenze od valutazioni di opportunità.

Soggetti responsabili per l'elaborazione e la pubblicazione di dati/informazioni e documenti previsti dal d. lgs. 33/2013, tempi della pubblicazione, modalità e tempi del monitoraggio dell'esatto adempimento degli obblighi sono esemplificati in tabella 2) allegata alla presente Sezione.

### ➤ Sistemi informatizzati di gestione dei flussi documentali e di redazione degli atti

In applicazione delle Linee Guida fissate dall'[AGID \(Agenzia per l'Italia Digitale\)](#), l'Azienda si è dotata dei seguenti sistemi informatizzati gestionali:

- [Archiflow](#): che consente la a corretta registrazione di protocollo e l'adozione di delibere e determine, l'assegnazione, la classificazione, la fascicolazione, il reperimento e la conservazione dei documenti informatici (cfr. [Flussi documentali e protocollo informatico](#));

- [MOSS](#): Sistema contabile regionale che copre ogni ambito del processo amministrativo-contabile, consentendo una gestione integrata e sinergica tra informatica e organizzazione. Il Moss ha reso possibile una rappresentazione contabile veritiera, corretta e tempestiva della gestione aziendale, consolidando le informazioni a livello centrale e facilitando il monitoraggio dell'equilibrio economico-finanziario a supporto dei processi decisionali, finalizzati a garantire la salute dei cittadini nel rispetto dei conti pubblici.

#### c) [Formato utile alla pubblicazione dei dati](#)

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

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

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

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

- **Una stella** - Il dato è disponibile sul web (in qualsiasi formato come Word o PDF), ma rilasciato con una licenza aperta affinché possa essere considerato open;
- **Due stelle** - Il dato è disponibile in un formato strutturato che può essere interpretato da un software (ad esempio un foglio di calcolo Microsoft Excel);

- **Tre stelle** - Il dato è in un formato strutturato, come per il livello a due stelle però questo formato non è proprietario, ma è a sua volta libero e standardizzato (ad esempio un file in formato CSV);
- **Quattro stelle** - Oltre a rispettare tutti i criteri precedenti, il dato fa uso di standard aperti (come RDF e SPARQL) per identificare le informazioni che possano essere identificate in maniera puntuale o aggregata attraverso una URI, cioè un link univoco che punta direttamente alla risorsa;
- **Cinque stelle** - Il dato rispetta tutti gli altri criteri e inoltre contiene collegamenti ad altri dati al fine di fornire un contesto alle proprie informazioni. In questo caso si può effettivamente parlare di Linked Open Data.



#### d) Open source utilizzati

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

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

#### e) Tipologie di accesso: Civico e Documentale

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

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

- **L'ACCESSO DOCUMENTALE**: il tradizionale accesso agli atti, previsto dall'art. 22 della [Legge n.241/1990](#), che permette di richiedere documenti, dati e informazioni detenuti da una Pubblica Amministrazione riguardanti attività di pubblico interesse, purché il soggetto richiedente abbia un interesse diretto, concreto e attuale rispetto al documento stesso e, cioè, deve essere portatore di un interesse legittimo o di un diritto soggettivo. La richiesta va presentata alla Pubblica Amministrazione (PA) che detiene il documento e deve essere regolarmente motivata. L'Azienda decide entro 30 giorni (fatti salvi eventuali ricorsi), trascorsi i quali la richiesta si intende respinta. Può essere effettuato utilizzando l'apposito [modello](#) presente sul sito web istituzionale;
- **L'ACCESSO CIVICO "SEMPLICE"** o accesso civico, previsto dall'[art. 5, comma 1, D.lgs n.33/2013](#) e s.m.i: non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente. L'istanza di accesso civico identifica i dati, le informazioni o i documenti richiesti e NON richiede motivazione. Consente a chiunque di richiedere all'Azienda documenti, informazioni e dati per cui sia stato previsto l'obbligo della pubblicazione, che risulta omessa;
- **L'ACCESSO CIVICO "GENERALIZZATO"** o accesso generalizzato, previsto dall'[art. 5, comma 2, D.lgs n.33/2013](#) e s.m.i, che consiste nel diritto di chiunque: "di accedere ai dati, ai documenti e alle informazioni

*detenuti dall'Azienda, ulteriori rispetto a quelli sottoposti a pubblicazione obbligatoria, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti" (FOIA, Freedom of Information Act), salvo motivato diniego della P.A. in caso di pregiudizio concreto agli interessi pubblici o privati ex art. 5 bis, D.lgs n. 33/2013.*

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

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

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

In caso di **inerzia da parte dell'RPCT o del titolare del potere sostitutivo**, ai fini della tutela del proprio diritto, di accesso ai documenti amministrativi e per la tutela del diritto di accesso civico connessa all'inadempimento degli obblighi di trasparenza, l'interessato può proporre ricorso al **Tribunale Amministrativo Regionale (art. 116, D.Lgs n. 104/2010)**.

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

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

- all'[Ufficio Relazioni con il Pubblico](#);
- all'Ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti (vedi [organizzazione aziendale](#));
- al [Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza](#), ove l'istanza abbia a oggetto dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del presente decreto, agli indirizzi di posta elettronica certificata aziendali, così come indicati sul portale della trasparenza.

Il [Registro degli accessi](#) (civico semplice e generalizzato) viene pubblicato dall'RPCT, nel rispetto delle norme vigenti in tema di privacy, con cadenza semestrale nella sezione Amministrazione Trasparente/ sottosezione Prevenzione della Corruzione del sito aziendale.

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

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

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

#### *f) I Regolamenti aziendali*

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

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

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

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

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

Numero di [unità di personale dipendente](#) di cui è composta l'amministrazione al 31 dicembre 2024: **4306**

di cui:

- dirigenti o equiparati: 1210
- non dirigenti o equiparati: 3388

CONTRATTO	DI RUOLO o UNIV	RUOLO	FIGURA	Totale
AREA COMPARTO	NO	Amministrativo	Collaboratore amministrativo professionale	1
AREA COMPARTO	NO	Ruolo Socio Sanitario	Infermiere	1
AREA COMPARTO	NO	Ruolo Socio Sanitario	Operatore socio sanitario	49
AREA COMPARTO	NO	Sanitario Altri (non medici)	Infermiere	54
AREA COMPARTO	NO	Sanitario Altri (non medici)	Infermiere pediatrico	1
AREA COMPARTO	NO	Sanitario Altri (non medici)	Ostetrica	3
AREA COMPARTO	NO	Sanitario Altri (non medici)	Tecnico Audiometrista	2
AREA COMPARTO	NO	Sanitario Altri (non medici)	Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	4
AREA COMPARTO	NO	Tecnico	Collaboratore tecnico professionale	1
AREA COMPARTO	NO	Tecnico	Operatore tecnico	1
AREA COMPARTO	NO	Tecnico	Operatore tecnico specializzato	1
AREA COMPARTO	SI	Amministrativo	Assistente amministrativo	95
AREA COMPARTO	SI	Amministrativo	Coadiutore amministrativo	72
AREA COMPARTO	SI	Amministrativo	Coadiutore amministrativo senior	29
AREA COMPARTO	SI	Amministrativo	Collaboratore amministrativo professionale	85
AREA COMPARTO	SI	Amministrativo	Collaboratore Amministrativo Professionale Senior	1
AREA COMPARTO	SI	Amministrativo	Commesso	48
AREA COMPARTO	SI	Professionale	Assistente Religioso	1
AREA COMPARTO	SI	Professionale	Specialista della comunicazione istituzionale	1
AREA COMPARTO	SI	Professionale	Specialista nei rapporti con i media - giornalista pubblico	1
AREA COMPARTO	SI	Ruolo Socio Sanitario	Assistente sociale	5
AREA COMPARTO	SI	Ruolo Socio Sanitario	Operatore socio sanitario	465
AREA COMPARTO	SI	Sanitario Altri (non medici)	Assistente sanitario	10
AREA COMPARTO	SI	Sanitario Altri (non medici)	Collaboratore Professionale Sanitario Senior Infermiere	28
AREA COMPARTO	SI	Sanitario Altri (non medici)	Collaboratore Professionale Sanitario Senior Infermiere Pediatrico	1
AREA COMPARTO	SI	Sanitario Altri (non medici)	Collaboratore Professionale Sanitario Senior Ostetrica	1
AREA COMPARTO	SI	Sanitario Altri (non medici)	Collaboratore Professionale Sanitario Senior Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascol.	1
AREA COMPARTO	SI	Sanitario Altri (non medici)	Collaboratore Professionale Sanitario Senior Tecnico di Laboratorio Biomedico	1
AREA COMPARTO	SI	Sanitario Altri (non medici)	Dietista	7
AREA COMPARTO	SI	Sanitario Altri (non medici)	Fisioterapista	38
AREA COMPARTO	SI	Sanitario Altri (non medici)	Igienista dentale	1
AREA COMPARTO	SI	Sanitario Altri (non medici)	Infermiere	1758
AREA COMPARTO	SI	Sanitario Altri (non medici)	Infermiere pediatrico	6
AREA COMPARTO	SI	Sanitario Altri (non medici)	Logopedista	8
AREA COMPARTO	SI	Sanitario Altri (non medici)	Massaggiatore non vedente	1
AREA COMPARTO	SI	Sanitario Altri (non medici)	Ortottista	8
AREA COMPARTO	SI	Sanitario Altri (non medici)	Ostetrica	40
AREA COMPARTO	SI	Sanitario Altri (non medici)	Puericultrice Senior	9
AREA COMPARTO	SI	Sanitario Altri (non medici)	Tecnico Audiometrista	4
AREA COMPARTO	SI	Sanitario Altri (non medici)	Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e della perfusione cardiovascolare	13
AREA COMPARTO	SI	Sanitario Altri (non medici)	Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	2
AREA COMPARTO	SI	Sanitario Altri (non medici)	Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	124
AREA COMPARTO	SI	Sanitario Altri (non medici)	Tecnico sanitario di neurofisiopatologia	8
AREA COMPARTO	SI	Sanitario Altri (non medici)	Tecnico sanitario di radiologia medica	104
AREA COMPARTO	SI	Tecnico	Assistente informatico	4
AREA COMPARTO	SI	Tecnico	Assistente tecnico	15

CONTRATTO	DI RUOLO o UNIV	RUOLO	FIGURA	Totale
AREA COMPARTO	SI	Tecnico	Ausiliario Specializzato	79
AREA COMPARTO	SI	Tecnico	Collaboratore tecnico professionale	21
AREA COMPARTO	SI	Tecnico	Operatore socio sanitario	1
AREA COMPARTO	SI	Tecnico	Operatore tecnico	28
AREA COMPARTO	SI	Tecnico	Operatore Tecnico addetto Assistenza	2
AREA COMPARTO	SI	Tecnico	Operatore tecnico specializzato	43
AREA COMPARTO	SI	Tecnico	Operatore Tecnico Specializzato Senior	8
AREA COMPARTO	SI	Tecnico	Operatore Tecnico Specializzato Senior Addetto ai Servizi Informatici	3
AREA COMPARTO	SI	Tecnico	Operatore Tecnico Specializzato Senior Autista di ambulanza	3
AREA COMPARTO UNIVERSITA'	UNIVERSITARI O	Amministrativo	Assistente Amministrativo Univ.	3
AREA COMPARTO UNIVERSITA'	UNIVERSITARI O	Amministrativo	Assistente Tecnico Univ.	1
AREA COMPARTO UNIVERSITA'	UNIVERSITARI O	Amministrativo	Coadiutore Amministrativo Univ.	2
AREA COMPARTO UNIVERSITA'	UNIVERSITARI O	Amministrativo	Collaboratore Amministrativo Univ.	3
AREA COMPARTO UNIVERSITA'	UNIVERSITARI O	Sanitario Altri (non medici)	Collaboratore Professionale Sanitario Fisioterapista Univ.	1
AREA COMPARTO UNIVERSITA'	UNIVERSITARI O	Sanitario Medici	Assistente Amministrativo Univ.	13
AREA COMPARTO UNIVERSITA'	UNIVERSITARI O	Sanitario Medici	Assistente Tecnico Univ.	4
AREA COMPARTO UNIVERSITA'	UNIVERSITARI O	Sanitario Medici	Coadiutore Amministrativo Univ.	1
AREA COMPARTO UNIVERSITA'	UNIVERSITARI O	Sanitario Medici	Collaboratore Amministrativo Univ.	20
AREA COMPARTO UNIVERSITA'	UNIVERSITARI O	Sanitario Medici	Collaboratore Professionale Sanitario Audiometrita Univ.	1
AREA COMPARTO UNIVERSITA'	UNIVERSITARI O	Sanitario Medici	Collaboratore Professionale Sanitario Fisioterapista Univ.	4
AREA COMPARTO UNIVERSITA'	UNIVERSITARI O	Sanitario Medici	Collaboratore Professionale Sanitario Logopedista Univ.	1
AREA COMPARTO UNIVERSITA'	UNIVERSITARI O	Sanitario Medici	Collaboratore Professionale Sanitario Ortottista Univ.	1
AREA COMPARTO UNIVERSITA'	UNIVERSITARI O	Sanitario Medici	Collaboratore Professionale Sanitario Ostetrica Univ.	3
AREA COMPARTO UNIVERSITA'	UNIVERSITARI O	Sanitario Medici	Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Laboratorio Biomedico Univ.	15
AREA COMPARTO UNIVERSITA'	UNIVERSITARI O	Sanitario Medici	Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Radiologia Medica Univ.	3
AREA COMPARTO UNIVERSITA'	UNIVERSITARI O	Sanitario Medici	Collaboratore Tecnico Professionale Univ.	4
AREA COMPARTO UNIVERSITA'	UNIVERSITARI O	Sanitario Medici	Operatore Tecnico Univ.	1
AREA COMPARTO UNIVERSITA'	UNIVERSITARI O	Tecnico	Assistente Amministrativo Univ.	1
AREA COMPARTO UNIVERSITA'	UNIVERSITARI O	Tecnico	Assistente Tecnico Univ.	4
AREA COMPARTO UNIVERSITA'	UNIVERSITARI O	Tecnico	Collaboratore Tecnico Professionale Univ.	1

CONTRATTO	DI RUOLO o UNIV	RUOLO	FIGURA	Totale
DIRIGENZA SPTA	NO	Amministrativo	Dirigente Amministrativo	1
DIRIGENZA SPTA	NO	Amministrativo	Dirigente Amministrativo 15 Septies con incarico ex art. 27 lettera a)	1
DIRIGENZA SPTA	NO	Amministrativo	Dirigente Amministrativo 15 Septies incarico ex art. 27 lettera c)	1
DIRIGENZA SPTA	NO	Amministrativo	Dirigente amministrativo con incarico ex art. 27 lettera b)	1
DIRIGENZA SPTA	NO	Professionale	Dirigente Avvocato / Procuratore Legale	1
DIRIGENZA SPTA	SI	Amministrativo	Dirigente Amministrativo con incarico ex art. 27 lettera a)	4
DIRIGENZA SPTA	SI	Amministrativo	Dirigente amministrativo con incarico ex art. 27 lettera b)	5
DIRIGENZA SPTA	SI	Amministrativo	Dirigente Analista	1
DIRIGENZA SPTA	SI	Professionale	Direttore Avvocato / Procuratore Legale Struttura Complessa	2
DIRIGENZA SPTA	SI	Professionale	Direttore Ingegnere Struttura Complessa	1
DIRIGENZA SPTA	SI	Professionale	Dirigente Ingegnere	1
DIRIGENZA SPTA	SI	Professionale	Dirigente Ingegnere Clinico	1
DIRIGENZA SPTA	SI	Tecnico	Dirigente Analista	2
DIRIGENZA UNIV. SPTA	UNIVERSITARI O	Sanitario Altri (non medici)	Direttore Sanitario Biologo Univ	1
DIRIGENZA UNIV. SPTA	UNIVERSITARI O	Sanitario Altri (non medici)	Dirigente Sanitario Docente Biologo Univ.	9
DIRIGENZA UNIV. SPTA	UNIVERSITARI O	Sanitario Altri (non medici)	Dirigente Sanitario Equiparato Biologo Univ.	12
DIRIGENZA UNIV. SPTA	UNIVERSITARI O	Sanitario Altri (non medici)	Dirigente Sanitario Farmacista Univ.	1
DIRIGENZA UNIV. SPTA	UNIVERSITARI O	Sanitario Altri (non medici)	Dirigente Sanitario Statistico Univ.	1
DIRIGENZA UNIV. SPTA	UNIVERSITARI O	Sanitario Medici	Dirigente Sanitario Docente Biologo Univ.	1
DIRIGENZA MEDICA	NO	Sanitario Altri (non medici)	Dirigente Farmacista con incarico art. 27 lettera d) rapporto esclusivo	2
DIRIGENZA MEDICA	NO	Sanitario Altri (non medici)	Psicologo Dirigente rapporto non esclusivo	1
DIRIGENZA MEDICA	NO	Sanitario Medici	Dir. Med. con incarico ex art. 27 lett. c) rapporto esclusivo	1
DIRIGENZA MEDICA	NO	Sanitario Medici	Dirigente Medico con incarico ex art. 27 lettera d) rapporto esclusivo	25
DIRIGENZA MEDICA	NO	Sanitario Medici	Dirigente Medico con incarico ex art. 27 lettera d) rapporto non esclusivo	2
DIRIGENZA MEDICA	NO	Sanitario Medici	Dirigente Medico, senza incarico, rapporto esclusivo	36
DIRIGENZA MEDICA	SI	Sanitario Altri (non medici)	Dirigente Biologo con incarico ex art. 27 lettera b) rapporto esclusivo	2
DIRIGENZA MEDICA	SI	Sanitario Altri (non medici)	Dirigente Biologo con incarico ex art. 27 lettera c) rapporto esclusivo	28
DIRIGENZA MEDICA	SI	Sanitario Altri (non medici)	Dirigente Biologo con Incarico ex art. 27 lettera d) rapporto esclusivo	16
DIRIGENZA MEDICA	SI	Sanitario Altri (non medici)	Dirigente Biologo, senza incarico, rapporto esclusivo	1
DIRIGENZA MEDICA	SI	Sanitario Altri (non medici)	Dirigente delle Professioni Sanitarie Infirm./Ostet.	4
DIRIGENZA MEDICA	SI	Sanitario Altri (non medici)	Dirigente Farmacista con incarico art. 27 lettera a) rapporto esclusivo	1
DIRIGENZA MEDICA	SI	Sanitario Altri (non medici)	Dirigente Farmacista con incarico art. 27 lettera d) rapporto esclusivo	4
DIRIGENZA MEDICA	SI	Sanitario Altri (non medici)	Dirigente Farmacista con incarico ex art. 27 lettera c) rapporto esclusivo	11
DIRIGENZA MEDICA	SI	Sanitario Altri (non medici)	Dirigente Fisico con incarico ex art. 27 lettera c) rapporto esclusivo	3
DIRIGENZA MEDICA	SI	Sanitario Altri (non medici)	Dirigente Fisico con incarico ex art. 27 lettera d) rapporto esclusivo	1



CONTRATTO	DI RUOLO o UNIV	RUOLO	FIGURA	Totale
DIRIGENZA MEDICA	SI	Sanitario Altri (non medici)	Dirigente Psicologo con incarico ex art. 27 lettera b) rapporto esclusivo	2
DIRIGENZA MEDICA	SI	Sanitario Altri (non medici)	Dirigente Psicologo con incarico ex art. 27 lettera c) rapporto esclusivo	9
DIRIGENZA MEDICA	SI	Sanitario Altri (non medici)	Dirigente Psicologo con incarico ex art. 27 lettera d) rapporto esclusivo	3
DIRIGENZA MEDICA	SI	Sanitario Altri (non medici)	Dirigente Sanitario Psicologo	1
DIRIGENZA MEDICA	SI	Sanitario Altri (non medici)	Psicologo Dirigente	1
DIRIGENZA MEDICA	SI	Sanitario Medici	Dir. Med. con incarico ex art. 27 lett. c) rapporto esclusivo	488
DIRIGENZA MEDICA	SI	Sanitario Medici	Dirigente Medico con incarico ex art. 27 lettera a) rapporto esclusivo.	10
DIRIGENZA MEDICA	SI	Sanitario Medici	Dirigente medico con incarico ex art. 27 lettera b) rapporto esclusivo	34
DIRIGENZA MEDICA	SI	Sanitario Medici	Dirigente Medico con incarico ex art. 27 lettera b) rapporto non esclusivo.	5
DIRIGENZA MEDICA	SI	Sanitario Medici	Dirigente Medico con incarico ex art. 27 lettera c) rapporto non esclusivo.	75
DIRIGENZA MEDICA	SI	Sanitario Medici	Dirigente Medico con incarico ex art. 27 lettera d) rapporto esclusivo	164
DIRIGENZA MEDICA	SI	Sanitario Medici	Dirigente Medico con incarico ex art. 27 lettera d) rapporto non esclusivo	37
DIRIGENZA MEDICA	SI	Sanitario Medici	Dirigente Medico, senza incarico, rapporto esclusivo	14
DIRIGENZA MEDICA	SI	Sanitario Medici	Dirigente Medico, senza incarico, rapporto non esclusivo	6
DIRIGENZA MEDICA	SI	Sanitario Medici	Dirigente Odontoiatra con incarico professionale a rapporto non esclusivo	1
DIRIGENZA MEDICA	SI	Sanitario Medici	Dirigente Odontoiatra senza incarico a rapporto non esclusivo	3
DIRIGENZA UNIVERSITARIA	UNIVERSITARI O	Sanitario Medici	Direttore Medico Univ.	39
DIRIGENZA UNIVERSITARIA	UNIVERSITARI O	Sanitario Medici	Dirigente Medico Univ.	127
DIRIGENZA UNIVERSITARIA	UNIVERSITARI O	Sanitario Medici	Dirigente Odontoiatra Univ.	6
<b>Totale complessivo</b>				<b>4598</b>

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

DESCRIZ. CENTRO DI RESPONSABILITA'	% personale
ANATOMIA PATOLOGICA UNIVERSITARIA	1,02%
ANESTESIA E RIANIMAZIONE 1° UNIVERSITARIA	1,26%
ANESTESIA E RIANIMAZIONE 2° UNIVERSITARIA	3,07%
ANESTESIA OSPEDALIERA	1,07%
AREA GESTIONE PATRIMONIO	0,98%
AREA GESTIONE PERSONALE	1,22%
AREA GESTIONE RISORSE FINANZ.	0,50%
AREA GESTIONE TECNICA	0,80%
BLOCCO OPERATORIO "B"	0,24%
BLOCCO OPERATORIO "D"	0,43%
BLOCCO OPERATORIO "E"	0,46%
BLOCCO OPERATORIO "H"	0,46%
BLOCCO OPERATORIO "I"	0,57%
BLOCCO OPERATORIO "N"	1,59%
BLOCCO OPERATORIO "O"	0,87%
CARDIOCHIRURGIA UNIVERSITARIA	1,67%
CARDIOLOGIA OSPEDALIERA	1,72%
CARDIOLOGIA UNIVERSITARIA	1,78%
CENTRO REG. TRAPIANTI	0,11%
CHIRURGIA GENERALE OSPEDALIERA	0,72%
CHIRURGIA GENERALE UNIVERSITARIA "BONOMO"	1,17%
CHIRURGIA GENERALE UNIVERSITARIA "MARINACCIO"	1,13%
CHIRURGIA GENERALE UNIVERSITARIA "RUBINO"	0,24%
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE UNIV.	0,13%
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA UNIVERSITARIA CON ANNESSO CENTRO USTIONI	1,07%
CHIRURGIA TORACICA UNIVERSITARIA	0,72%
CHIRURGIA VASCOLARE UNIVERSITARIA	0,70%
COSTI COMUNI AZIENDA	0,24%
DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA UNIVERSITARIA	0,67%
DIREZIONE SANITARIA	1,94%
EMATOLOGIA UNIVERSITARIA CON ANNESSO CENTRO TRAPIANTI	1,85%
EMERGENZA SANITARIA 118	0,89%
ENDOCRINOLOGIA UNIVERSITARIA	1,04%
FARMACIA	1,17%
G23 ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1,15%
G23 CARDIOCHIRURGIA	0,02%
G23 CARDIOLOGIA	0,59%
G23 CHIRURGIA PEDIATRICA OSPEDALIERA	0,70%
G23 CHIRURGIA PEDIATRICA OSPEDALIERA AD INDIRIZZO UROLOGICO	0,41%
G23 COSTI COMUNI	0,15%
G23 DIREZIONE MEDICA PRESIDIO	0,48%
G23 MALATTIE INFETTIVE OSPEDALIERA	0,76%
G23 MALATTIE METABOLICHE E GENETICHE	0,65%
G23 NEUROLOGIA PEDIATRICA OSPEDALIERA	0,61%
G23 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA OSPEDALIERA	0,80%
G23 PEDIATRIA OSPEDALIERA	0,74%
G23 PEDIATRIA UNIVERSITARIA "TRAMBUSTI"	0,80%
G23 U.O.S.D. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA PEDIATRICA	1,00%
G23 U.O.S.D. NEFROLOGIA E DIALISI PEDIATRICA	0,59%
G23 U.O.S.D. PATOLOGIA CLINICA OSPEDALIERA	0,54%
G23 U.O.S.D. PSICOLOGIA	0,13%
G23 U.O.S.D. RADIODIAGNOSTICA	0,65%
GASTROENTEROLOGIA UNIVERSITARIA	1,09%
GINECOLOGIA ED OSTETRICIA UNIVERSITARIA 1°	1,48%
GINECOLOGIA ED OSTETRICIA UNIVERSITARIA 2°	1,74%
IGIENE UNIVERSITARIA	0,78%

LABORATORIO DI GENETICA MEDICA UNIVERSITARIA	0,28%
MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO UNIVERSITARIA	1,24%
MALATTIE INFETTIVE UNIVERSITARIA	1,65%
MEDICINA DEL LAVORO UNIVERSITARIA	0,52%
MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE D'URGENZA	3,13%
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE UNIVERSITARIA + USU	1,61%
MEDICINA INTERNA OSPEDALIERA	0,76%
MEDICINA INTERNA UNIVERSITARIA "BACCELLI"	1,52%
MEDICINA INTERNA UNIVERSITARIA "FRUGONI" E GERIATRIA	1,24%
MEDICINA INTERNA UNIVERSITARIA "MURRI"	0,98%
MEDICINA LEGALE UNIVERSITARIA	0,37%
MEDICINA NUCLEARE UNIVERSITARIA	0,72%
MEDICINA TRASFUSIONALE OSPEDALIERA	1,24%
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA UNIVERSITARIA	0,80%
NEFROLOGIA UNIVERSITARIA	2,28%
NEONATOLOGIA UNIVERSITARIA	1,67%
NEUROCHIRURGIA UNIVERSITARIA	1,04%
NEUROFISIOPATOLOGIA UNIVERSITARIA	0,39%
NEUROLOGIA OSPEDALIERA	0,39%
NEUROLOGIA UNIVERSITARIA "AMADUCCI"	1,22%
NEUROLOGIA UNIVERSITARIA "PUCA"	0,80%
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE UNIVERSITARIA	0,67%
NEURORADIOLOGIA UNIVERSITARIA	0,65%
ODONTOIATRIA UNIVERSITARIA	0,63%
OFTALMOLOGIA UNIVERSITARIA	2,02%
ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA ONCOLOGICA PEDIATRICA OSPEDALIERA	0,91%
ONCOLOGIA UNIVERSITARIA	0,65%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1,67%
OTORINOLARINGOIATRIA UNIVERSITARIA	1,50%
PATOLOGIA CLINICA OSPEDALIERA	1,22%
PATOLOGIA CLINICA UNIVERSITARIA	0,59%
PEDIATRIA UNIVERSITARIA "TRAMBUSTI" - U.O.S. FIBROSI CISTICA	0,57%
POLIAMBULATORIO CHIRURGICO	0,85%
PREVENZIONE E PROTEZ. RISCHI PROF.	0,09%
PSICHIATRIA UNIVERSITARIA	1,33%
RADIODIAGNOSTICA UNIVERSITARIA	2,44%
REUMATOLOGIA UNIVERSITARIA	0,87%
SERVIZIO SISTEMI INFORMATIVI	0,48%
STRUTTURA BUROCRATICO LEGALE	0,20%
U.O.C. Direzione Medica di Presidio-Ospedaliero Policlinico	0,20%
U.O.S. AFFARI GENERALI	1,37%
U.O.S. FORMAZIONE	0,46%
U.O.S. RAPPORTI CON L'UNIVERSITA'	0,07%
U.O.S.D. ALLERGOLOGIA	0,26%
U.O.S.D. CENTRO EMOSTASI E TROMBOSI (EMOFILIA)	0,33%
U.O.S.D. CENTRO USTIONI	0,52%
U.O.S.D. CHIRURGIA EPATO-BILIARE E CENTRO TRAPIANTI	0,59%
U.O.S.D. CHIRURGIA SENOLOGICA - BREST UNIT	0,07%
U.O.S.D. CHIRURGIA VERTEBRALE	0,52%
U.O.S.D. FISICA SANITARIA	0,17%
U.O.S.D. IPERTENSIONE ARTERIOSA	0,13%
U.O.S.D. MEDICINA D'URGENZA D'IPERTENSIONE E RISCHIO CARDIOVASCOLARE	0,13%
U.O.S.D. RADIODIAGNOSTICA AD INDIRIZZO SENOLOGICO	0,52%
U.O.S.D. RADIOTERAPIA	0,46%
U.O.S.D. STATISTICA ED EPIDEMIOLOGIA	0,39%
U.O.S.D. TIPIZZAZIONE TISSUTALE	0,37%
UFFICIO RAPPORTI CON LA STAMPA	0,02%

UNITA' FACILITY MANAGER	1,04%
UNITA' OP. CONTROLLO DI GESTIONE	0,04%
UROLOGIA E CENTRO TRAPIANTI DI RENE	1,74%
SCUOLA MEDICINA	0,02%
<b>Totale complessivo</b>	<b>100%</b>

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

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

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

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

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

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



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



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



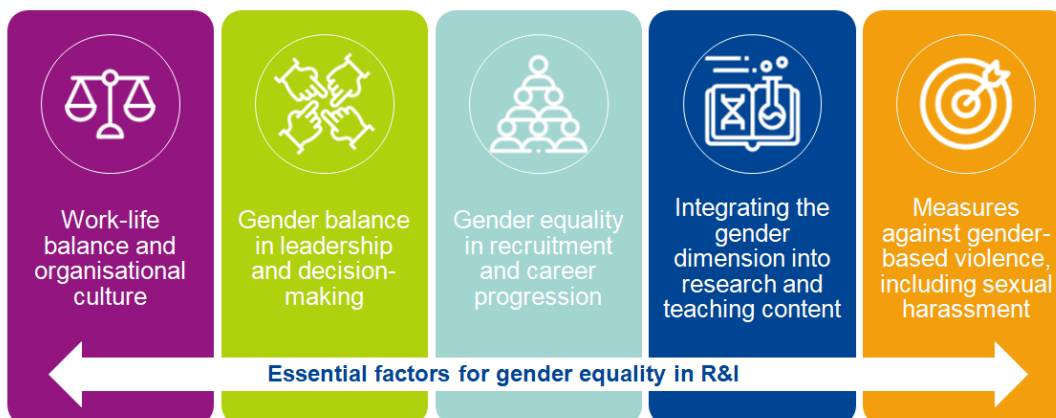
in media, le pensioni delle donne sono inferiori del **30,1 %** a quelle degli uomini



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

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

## Recommended GEP content areas



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

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

[#EndGenderStereotypes](#)

### PARI OPPORTUNITA'

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

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

Le azioni e gli obiettivi sono stati individuati grazie al contributo del Comitato Unico di Garanzia (CUG) istituito all'interno della Azienda Ospedaliero Universitaria Polilcinico di Bari con atto deliberativo n. 0110 del 31 gennaio 2017 così denominato : "*Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità, la Valorizzazione del Benessere di chi Lavora e Contro le Discriminazioni*" , il cui regolamento è stato adottato con successivo atto deliberativo [n. 0732 del 30 maggio 2017](#) .

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

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

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

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

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

## PIANO DELLE AZIONI POSITIVE

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

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

Il Piano delle azioni positive mira ad attuare, all'interno dell'Azienda, gli obiettivi di parità e pari opportunità per garantire condizioni di benessere lavorativo anche al fine di prevenire e rimuovere qualunque forma di discriminazione. Si tratta, quindi, di un'importante risorsa per l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Bari che, avvalendosi anche dell'attività propria del Comitato Unico di Garanzia, intende supportare il personale realizzando azioni migliorative volte a creare un clima di lavoro improntato alla collaborazione e al benessere.

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

- Legge 10 aprile 1991, n. 125, recante "Azioni positive per la realizzazione della parità uomo donna nel lavoro";
- D.lgs. 11 aprile 2006, n. 198, recante "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'art. 6 della legge 28 novembre 2005, n. 246";
- Direttiva 23 maggio 2007 "Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche" emanata dal Ministero per le riforme e le innovazioni nella pubblica

amministrazione con il Ministero per i diritti e le pari opportunità, richiamando la direttiva del Parlamento e del Consiglio Europeo 2006/54/CE;

- D.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, recante "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";

- D.lgs. 15 giugno 2015, n. 80, recante "Misure per la conciliazione delle esigenze di cura, vita e di lavoro in attuazione dell'art. 1, commi 8 e 9, della legge 10 dicembre 2014, n. 183";

- Risoluzione del Parlamento Europeo 13 settembre 2016 recante "Creazione di condizioni del mercato del lavoro favorevoli all'equilibrio tra vita privata e vita professionale".

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

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

## LINEE GENERALI DI INTERVENTO

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

- a) garantire la valorizzazione delle risorse umane, l'accrescimento professionale dei dipendenti per assicurare il buon andamento, l'efficienza e l'efficacia dell'attività amministrativa, le pari opportunità nell'accesso al lavoro e nella formazione professionale;
- b) promuovere una migliore organizzazione del lavoro e del benessere organizzativo che favorisca l'equilibrio tra tempi di lavoro ed esigenze di vita privata, senza incidere sulla funzionalità degli uffici;
- c) garantire la trasparenza dell'azione amministrativa, anche al fine di promuovere in tutte le articolazioni dell'Azienda e nel personale la cultura di genere e il rispetto del principio di non discriminazione, diretta e indiretta.

## LINEE SPECIFICHE DI ATTIVITA'

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

L'attenzione su questo tema rappresenta un'espressione dell'orientamento aziendale verso i collaboratori, affinché possano soddisfare la necessità di poter accordare i propri impegni sia familiari sia lavorativi. L'obiettivo non è esclusivamente quello di ottenere un equilibrio tra ore familiari e

lavorative, ma di incrementare la possibilità del simultaneo impegno lavorativo e del soddisfacimento delle esigenze familiari. In tal senso si privilegeranno le iniziative che contribuiscono al superamento dell'apparente contrapposizione tra la dimensione familiare e quella lavorativa, per attivare, al contrario, un circolo virtuoso di benefici reciproci per la famiglia e per l'azienda. La conciliazione vita-lavoro, seppur riguardi ambedue i generi, nella nostra società, caratterizzata da un maggior carico di cure familiari per le donne, diventa uno strumento di promozione della parità di genere se riesce ad incidere su tale sbilanciamento, incidendo su una più equa distribuzione del lavoro di cura.

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

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

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

### **3.2 Organizzazione del Lavoro Agile (POLA)**

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

Il POLA individua le modalità attuative del lavoro agile (o *smart working*) prevedendo, per le attività che possono essere svolte in modalità agile; inoltre è previsto che almeno il 15 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera, e definisce, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e



dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative. In caso di mancata adozione del POLA, il lavoro agile si applica almeno al 15 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dichiarato cessato lo stato di emergenza pandemica in data 05.05.2023, spirato il termine fino al quale il legislatore ha riconosciuto la possibilità per i lavoratori "fragili", pubblici dipendenti, di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile (31.12.2023), questa Azienda, recependo la Direttiva Ministeriale del 29 dicembre 2023 firmata dal Ministro Paolo Zangrillo, con cui è stata evidenziata la necessità di garantire ai lavoratori che documentano "gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari" la possibilità di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, in attuazione delle previsioni legislative e contrattuali ha adottato il "REGOLAMENTO SUL LAVORO AGILE RELATIVO AL PERSONALE DI COMPARTO SANITA' IN SERVIZIO PRESSO A.O.U. CONSORZIAL EPOLICLINICO DI BARI", giusta D.D.G. n. 261 dell'11.03.2024, nonché il "REGOLAMENTO SUL LAVORO AGILE RELATIVO AL PERSONALE DELLA DIRIGENZA DELL'AREA AMMINISTRATIVA, TECNICA E PROFESSIONALE IN SERVIZIO PRESSO A.O.U. CONSORZIALE POLICLINICO DI BARI", giusta D.D.G. n. 1272 del 29.10.2024.

Allo stato è in fase di approvazione il regolamento sul lavoro agile relativamente al personale dell'Area Sanità, la cui bozza è stata già trasmessa alle OO.SS.

### ***3.3 Piano Triennale dei fabbisogni di personale***

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

Coerentemente con quanto previsto dalla normativa sopra citata il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale 2023-2025, adottato con [delibera 1 del 10/01/2025](#) : " Approvazione provvisoria piano triennale del fabbisogno del personale 2023-2025 - Azienda Ospedaliera- Universitaria Policlinico di Bari , ex art 6 Dlgs n. 165/01", persegue una compatibilità con i vincoli di finanza pubblica vigenti ed i contenuti ivi descritti sono organizzati ed elaborati secondo quanto previsto dai seguenti provvedimenti regionali, di seguito elencate:

Nella redazione del PTFP 2023-25 si è tenuto conto dei parametri standard calcolati con metodologia Agenas, recepita dalla regione Puglia (rif. Linee Guida regionali adottate con la DGR n. 261 del 06.03.2023), nonché di altre indicazioni regionali e della programmazione aziendale, con l'obiettivo di garantire un'assistenza adeguata, efficace e in linea con i livelli essenziali di assistenza (LEA). L'incremento del personale nelle UU.OO. di seguito indicate è una misura indispensabile per garantire la qualità e l'efficacia delle prestazioni offerte, per ridurre le liste d'attesa e rispettare quanto previsto dalle disposizioni normative e contrattuali (CCNL) vigenti in materia di orario di lavoro e, in particolare, delle previsioni relative al numero dei turni che, per l'Area della Dirigenza stabiliscono che "...Non sono programmabili, nel bimestre (mese corrente e mese successivo) più di 12 servizi medi mensili complessivi intesi come somma dei servizi di guardia di cui all'art. 29, comma 2, secondo periodo (Servizio di guardia) e servizi di pronta disponibilità e comunque nel rispetto delle disposizioni di cui al D. Lgs 66/2003..." (art 30, co.6 CCNL dell'Area Sanità 2019-2021) e per l'Area del Comparto definiscono che "...Non potranno essere previsti per ciascun dipendente più di sette turni di pronta disponibilità al mese..." (art.44, co.10 CCNL 2019-21).

In funzione del possibile cambiamento del contesto normativo, strutturale e organizzativo Aziendale il presente Piano potrà avere necessità di rimodulazione.

Si riporta a seguire una sintetica descrizione del contesto strutturale ed organizzativo aziendale alla base della determinazione del fabbisogno di personale.

L'AOU Policlinico di Bari è una grande Azienda Ospedaliera del sud Italia ed in ragione della sua posizione costituisce l'Ospedale di riferimento della città di Bari in quanto è l'unico ospedale sito nel centro cittadino.

La città di Bari è, peraltro, carente di strutture polispecialistiche territoriali, in particolare nel II Municipio della città (ab. circa 100.000 - quartieri Picone, Poggiofranco, Carrassi, San Pasquale, Mungivacca) in cui il P.O. Policlinico insiste, cosicché rappresenta un riferimento significativo anche per l'attività specialistica ambulatoriale. Inoltre, si trova spesso a dover fronteggiare situazioni di iperafflusso di cittadini (turisti/migranti) che richiedono assistenza.

Il presidio ospedaliero Policlinico è un ospedale a padiglioni (n. 32) e i 10 bocchi operatori multisala sono localizzati in sedi differenti; tale configurazione strutturale determina un incremento del personale necessario ad assicurare molteplici attività poiché disperse nel contesto ospedaliero.

L'effettuazione anche solo delle consulenze interne/intermedie per pazienti ricoverati o la gestione di situazioni emergenziali necessita, in generale, di un maggiore "tempo medico" o "tempo operatore". Allo stesso modo il trasferimento di pazienti ricoverati da/per altri plessi per l'attività diagnostiche (ad es. radiodiagnostica, endoscopie, etc...) o per l'effettuazione di procedure chirurgiche necessita di un maggiore "tempo infermiere" e di personale di supporto dedicato.

Nell'analisi del contesto organizzativo dell'Azienda finalizzata alla determinazione del PTFP, un ulteriore elemento di cui bisogna tener conto è la circostanza che l'AOUC Policlinico di Bari è anche sede universitaria. Tale situazione comporta un incremento del fabbisogno di personale in quanto lo stesso è inevitabilmente coinvolto nelle attività formative.

Il PTFP 2023-2025, quale atto di programmazione triennale a scorrimento annuale è stato determinato in coerenza con gli standard definiti dalle Linee Guida predisposte ad hoc, ovvero la DGR n. 261 del 06.03.2023 "Linee guida per l'adozione dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP) Aziende ed Enti del SSR. Modifica ed integrazione DGR n. 2416/2018 e DGR n. 2452/2019. Recepimento "Metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio Sanitario Nazionale" ex schema Decreto ministeriale di cui all'Intesa Conferenza Stato-Regioni Rep. Atti n. 267/CSR del 21/12/2022 ed è stato formulato nel rispetto del tetto di spesa assegnato a questa Azienda con la DGR n.1876 del 23/12/2024.

Il PTFP 2023-25, in linea con le indicazioni del succitato provvedimento deliberativo di giunta regionale, contiene un incremento del fabbisogno di medici cardiologi per garantire l'operatività della Rete di Telecardiologia, nonché di altro personale, di vario profilo professionale, dirigenziale e non, dedicato alle attività trapiantologiche e alla Medicina Trasfusionale. Inoltre, è stato previsto l'incremento del personale della U.O. di Patologia Clinica e Screening Neonatale dell'Ospedale "Giovanni XXIII".

Con riferimento alla legge regionale n°42 del 31 dicembre 2024, art. 6, che prevede il trasferimento delle attività dell'Ospedale Giovanni XXIII in capo alla Asl Bari, si resta in attesa delle indicazioni regionali in ordine alla tempistica ed alle modalità di effettuazione dello scorporo.

Inoltre, l'incremento del tetto di spesa, da destinare prioritariamente al potenziamento del personale dedicato nelle varie uu.oo. all'attività trapiantologica, non risulta comunque sufficiente, allo stato, per incrementare il personale necessario per l'attivazione integrale di Asclepios 3 nonché per l'attivazione di tutti i posti letto previsti dal Regolamento Regionale di Aggiornamento della Rete ospedaliera della regione Puglia (DGR 1384 del 3/10/2024), quali ad es. lungodegenza (n. 20 posti letto), Pneumologia (UOC Malattie dell'apparato respiratorio ospedaliera, ecc.).

Il PTFP risulta, altresì in linea:

con la D.G.R. n.1319 del 26.9.2024, ad oggetto "Approvazione indirizzi organizzativi per la Rete Trapiantologica Regionale";

con la D.G.R. n. 1876 del 23.12.2024 che ha indicato il tetto annuale per la spesa ai fini del rispetto del vincolo di spesa di cui all'art. 2, comma 71, della Legge 191/2009 e s.m.i., a livello regionale, ridefinendo in € 220.405.415,21 il limite di spesa della AOU Policlinico di Bari;

con il limite di spesa ex art. 9, co.28, D.L. 78/2010, convertito in L. 122/2010 (50% spesa di personale a T.D. sostenuta nell'anno 2009);

con l'organizzazione di cui alla Deliberazione n. 479/2017 e s.m.i ed in coerenza con la D.G.R. n. 1603/2018, nonché con l'accordo sottoscritto in data 24.03.2023 con le OO.SS del personale di Comparto, in ordine alle Progressioni Verticali di cui all'art. 21 CCNL 2019-2021.

Questa Amministrazione ha proceduto a determinare il fabbisogno di personale di questa Azienda in aderenza ai succitati standard, individuando le esigenze di personale in relazione alle specifiche funzioni istituzionali ed agli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi.

In particolare, considerato che questa Azienda è punto di riferimento regionale per le discipline che erogano prestazioni di elevata complessità, tra cui discipline che effettuano attività trapiantologica, quali ad es. la Cardiocirurgia, l'Urologia, la Chirurgia Epatobiliare e Trapianti, si è ritenuto di prevedere l'incremento della dotazione organica di unità di personale medico e del comparto di tali discipline.

Il potenziamento della dotazione organica di talune Unità Operative ha l'obiettivo non solo di assicurare l'efficienza e l'appropriatezza clinica, organizzativa e prescrittiva, ma anche la sicurezza e qualità delle cure, la tutela dei lavoratori e sicurezza sul lavoro, oltre che assicurare nel contempo l'abbattimento delle liste di attesa, nel rispetto del Piano Nazionale e del Piano Regionale di Governo delle Liste di attesa. In tal senso è da intendersi l'incremento del fabbisogno di personale nelle discipline di Radioterapia e di Diagnostica per Immagini, disciplina in cui, con particolare riferimento a prestazioni di TAC, RMN, PET.

Si rappresenta, inoltre, che, per le discipline/Unità Operative per cui si è proceduto con l'applicazione dei criteri definiti dalle Linee Guida regionali succitate, si è tenuto conto, oltre che delle norme contrattuali vigenti, di vari parametri, quali il numero di posti letto, il tasso di occupazione dei posti letto, i minuti di assistenza/paz/die per ciascuna figura professionale, i livelli di complessità assistenziale delle patologie trattate, i volumi di attività/produttività, la consistenza e complessità dell'attività ambulatoriale, la tipologia di servizio di guardia notturna e festiva (divisionale o interdivisionale). L'insieme di tali parametri ha consentito di definire il fabbisogno standard di tali discipline/Unità Operative.

Nella determinazione del fabbisogno in termini di "teste" e di relativo costo, non si è potuto applicare alcun correttivo al fabbisogno calcolato, che tenesse conto dell'incidenza, pari a circa il 30%, del personale che fruisce di benefici di Legge (L.104/92), di part-time, nonché di quello con giudizi di inidoneità al lavoro totale/parziale (con limitazioni/prescrizioni) e di quello assente a vario titolo (aspettative, congedi, maternità, ecc.). Corre l'obbligo di evidenziare, inoltre, che il fabbisogno di personale è stato determinato avendo a riferimento un reparto "completo", nel quale si svolgano attività in regime di ricovero ordinario, urgente, diurno, ambulatoriale, consulenze per il pronto soccorso, attività di sala operatoria in urgenza ed elezione (per le discipline chirurgiche) e consulenze specialistiche per pazienti ricoverati in altri reparti.

Informazioni specifiche -Area della Dirigenza e del Comparto

In linea con tutto quanto in premessa richiamato, si riportano a seguire le tabelle riepilogative (1, 2 e 3) relative al fabbisogno del Personale 2023-25-Area della Dirigenza e del Comparto. Nella colonna (evidenziata in giallo) delle variazioni (delta) sono evidenziate in grassetto le voci riguardanti il fabbisogno stimato in incremento rispetto al precedente Fabbisogno 2022-2024, nel rispetto dei criteri standard Agenas.

Tabella 1. Personale Area della Dirigenza e del Comparto - AOUC Policlinico e Giovanni XXIII

PROFILO	FABB. 2023-2025 (anno 2025)	
	T.I.	PERSONALE UNIV (FTE)
Assistente Amministrativo	109	17
Assistente Religioso	1	0
Assistente Tecnico	17	9
Ausiliario Specializzato	72	0
Ausiliario Specializzato Sanita Service	0	0
Coadiutore Amministrativo	85	1
Coadiutore Amministrativo Esperto	28	0
Collaboratore Amministrativo	101	26
Collaboratore Amministrativo Esperto	1	0
Collaboratore Professionale Assistente Sociale	5	0
Collaboratore Professionale Sanitario Assistente Sanitario	10	0
Collaboratore Professionale Sanitario Audiometrista	9	1
Collaboratore Professionale Sanitario Dietista	8	0
Collaboratore Professionale Sanitario Esperto Infermiere	25	0
Collaboratore Professionale Sanitario Esperto Ostetrica	1	0
Collaboratore Professionale Sanitario Esperto Tecnico di	1	0
Collaboratore Professionale Sanitario Fisioterapista	45	5
Collaboratore Professionale Sanitario Igienista Dentale	7	0
Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	1959	0
Collaboratore Professionale Sanitario Logopedista	12	1
Collaboratore Professionale Sanitario Ortottista	12	1
Collaboratore Professionale Sanitario Ostetrica	76	4
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico della Fis.	18	0
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico della Prev.	6	0
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico	2	0
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di	144	15
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di	15	0
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di	134	3
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico Esperto	1	0
Collaboratore Professionale Sanitario Terapista	2	0

PROFILO	FABB. 2023-2025 (anno 2025)	
	T.I.	PERSONALE UNIV (FTE)
Collaboratore Professionale Spec. Comunicazione Istituz.	1	0
Collaboratore Professionale Spec. nei Rapporti con i	2	0
Collaboratore Tecnico Professionale	27	4
Commesso	39	0
Direttore Amministrativo Strutt Complessa	4	0
Direttore Avvocato / Procuratore Legale Strutt Complessa	1	0
Direttore Ingegnere Strutt Complessa	1	0
Direttore Medico	21	24,5
Direttore Sanitario Biologo	0	0,5
Direttore Sanitario Farmacista	1	0
Dirigente amministrativo	13	0
Dirigente Amministrativo per le Attività di	1	0
Dirigente Analista	3	0
Dirigente Avvocato / Procuratore Legale	2	0
Dirigente Ingegnere	4	0
Dirigente Medico	1025	93
Dirigente Odontoiatra	8	2,5
Dirigente Professioni Sanitarie	4	0
Dirigente Sanitario Biologo	55	0
Dirigente Sanitario Docente Biologo	0	6,5
Dirigente Sanitario Equiparato Biologo	0	11
Dirigente Sanitario Farmacista	16	0,5
Dirigente Sanitario Fisico	5	0
Dirigente Sanitario Psicologo	16	0
Dirigente Statistico	0	1
Operatore Socio Sanitario	663	0
Operatore Tecnico	31	2
Operatore Tecnico addetto Assistenza	2	0
Operatore Tecnico Necroforo	0	0
Operatore Tecnico Specializzato	19	0
Operatore Tecnico Specializzato Autista di Ambulanza	30	0
Operatore Tecnico Specializzato Esperto	7	0
Operatore Tecnico Specializzato Esperto Autista di	3	0
Programmatore	8	0
Puericultrice Esperta	8	0
<b>TOTALI</b>	<b>4926</b>	<b>228,5</b>

Tabella 2. Area della Dirigenza Medica/Odontoiatri

STRUTTURA	DISCIPLINA	U.O.	FABB. 2023-2025 (anno 2025)	
			T.I.	PERS. UNIV (FTE)
P.O. Policlinico	Allergologia	U.O.S.D. ALLERGOLOGIA	4	1
P.O. Policlinico	Anatomia e istologia patologica	ANATOMIA PATOLOGICA UNIVERSITARIA	8	4
P.O. Policlinico	Anestesia e Rianimazione	ANESTESIA E RIANIMAZIONE 1° UNIVERSITARIA	24	1
P.O. Policlinico	Anestesia e Rianimazione	ANESTESIA E RIANIMAZIONE 2° UNIVERSITARIA	46	1,5
P.O. Policlinico	Anestesia e Rianimazione	ANESTESIA OSPEDALIERA	57	0
P.O. Giovanni XXIII	Anestesia e Rianimazione	G23 ANESTESIA E RIANIMAZIONE	17	0
P.O. Policlinico	Cardiochirurgia	CARDIOCHIRURGIA UNIVERSITARIA	15	2
P.O. Policlinico	Cardiochirurgia	CHIRURGIA DELLE CARDIOPATIE CONGENITE E ACQUISITE IN ETA' EVOLUTIVA	3	0,5
P.O. Giovanni XXIII	Cardiochirurgia Pediatrica	G23 CARDIOCHIRURGIA	6	0
P.O. Policlinico	Cardiologia	CARDIOLOGIA OSPEDALIERA	30	0
P.O. Policlinico	Cardiologia	CARDIOLOGIA UNIVERSITARIA	26	3,5
P.O. Giovanni XXIII	Cardiologia	G23 CARDIOLOGIA	8	0
P.O. Policlinico	Chirurgia Generale	CHIRURGIA GENERALE OSPEDALIERA	15	0
P.O. Policlinico	Chirurgia Generale	CHIRURGIA GENERALE UNIVERSITARIA BONOMO	14	2



STRUTTURA	DISCIPLINA	U.O.	FABB. 2023-2025 (anno 2025)	
			T.I.	PERS. UNIV (FTE)
P.O. Policlinico	Chirurgia Generale	CHIRURGIA GENERALE UNIVERSITARIA MARINACCIO	13	4,5
P.O. Policlinico	Chirurgia Generale	CHIRURGIA GENERALE UNIVERSITARIA RUBINO	1	2
P.O. Policlinico	Chirurgia Generale	U.O.S.D. CHIRURGIA SENOLOGICA - BREST UNIT	6	0
P.O. Policlinico	Chirurgia Maxillo Facciale	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE UNIV.	8	1
P.O. Giovanni XXIII	Chirurgia Pediatrica	G23 CHIRURGIA PEDIATRICA OSPEDALIERA	12	0
P.O. Policlinico	Chirurgia Plastica	CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA UNIVERSITARIA	13	1,5
P.O. Policlinico	Chirurgia Toracica	CHIRURGIA TORACICA UNIVERSITARIA	11	1,5
P.O. Policlinico	Chirurgia Vascolare	CHIRURGIA VASCOLARE UNIVERSITARIA	11	1,5
P.O. Policlinico	Dermatologia	DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA UNIVERSITARIA	10	2
P.O. Policlinico	Direzione Medica di presidio	DIREZIONE SANITARIA	2	0
P.O. Policlinico	Direzione Medica di presidio	U.O.C. Direzione Medica di Presidio Policlinico	6	0
P.O. Policlinico	Direzione Medica di presidio	UFFICIO PER LA QUALITA' E PER LA FORMAZIONE	3	0
P.O. Giovanni XXIII	Direzione Medica di presidio	G23 DIREZIONE MEDICA PRESIDIO	3	0

STRUTTURA	DISCIPLINA	U.O.	FABB. 2023-2025 (anno 2025)	
			T.I.	PERS. UNIV (FTE)
P.O. Policlinico	Ematologia	EMATOLOGIA UNIVERSITARIA CON ANNESSO CENTRO TRAPIANTI	17	2
P.O. Policlinico	EPIDEMIOLOGIA	U.O.S.D. STATISTICA ED EPIDEMIOLOGIA	4	0
P.O. Policlinico	Gastroenterologia	DANNO EPATICO E TRAPIANTO	6	0
P.O. Policlinico	Gastroenterologia	GASTROENTEROLOGIA UNIVERSITARIA	14	3
P.O. Giovanni XXIII	Gastroenterologia	G23 GASTROENTEROLOGIA	0	0,5
P.O. Policlinico	Genetica medica	LABORATORIO DI GENETICA MEDICA UNIVERSITARIA	2	0,5
P.O. Policlinico	Chirurgia Plastica	U.O.S.D. CENTRO USTIONI	5	0
P.O. Policlinico	IGIENE	IGIENE UNIVERSITARIA	3	3
P.O. Policlinico	Immunologia e centro trapianti	CENTRO REG. TRAPIANTI	6	0
P.O. Policlinico	Chirurgia Generale	U.O.S.D. CHIRURGIA EPATO-BILIARE E CENTRO TRAPIANTI	13	1
P.O. Policlinico	Immunologia e centro trapianti	U.O.S.D. TIPIZZAZIONE TISSUTALE	4	0
P.O. Policlinico	Patologia Clinica	PATOLOGIA CLINICA OSPEDALIERA	10	0
P.O. Policlinico	Patologia Clinica	PATOLOGIA CLINICA UNIVERSITARIA	2	2
P.O. Policlinico	Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	ENDOCRINOLOGIA UNIVERSITARIA	8	4

STRUTTURA	DISCIPLINA	U.O.	FABB. 2023-2025 (anno 2025)	
			T.I.	PERS. UNIV (FTE)
P.O. Giovanni XXIII	Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	G23 ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA PEDIATRICHE	0	0,5
P.O. Giovanni XXIII	Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	G23 MALATTIE METABOLICHE E GENETICHE	9	0
P.O. Policlinico	Malattie Infettive e Tropicali	MALATTIE INFETTIVE UNIVERSITARIA	15	1
P.O. Giovanni XXIII	Malattie Infettive e Tropicali	G23 MALATTIE INFETTIVE OSPEDALIERA	10	0
P.O. Policlinico	Medicina del Lavoro	MEDICINA DEL LAVORO UNIVERSITARIA	5	2
P.O. Policlinico	Medicina d'Emergenza-Urgenza	MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE D'URGENZA	41	0
P.O. Policlinico	Medicina Interna	MEDICINA INTERNA OSPEDALIERA	17	0
P.O. Policlinico	Medicina Interna	MEDICINA INTERNA UNIVERSITARIA BACCELLI	14	4,5
P.O. Policlinico	Medicina Interna	MEDICINA INTERNA UNIVERSITARIA FRUGONI E GERIATRIA	10	4,5
P.O. Policlinico	Medicina Interna	MEDICINA INTERNA UNIVERSITARIA MURRI	8	2,5
P.O. Policlinico	Medicina Interna	U.O.S.D. MEDICINA D'URGENZA D'IPERTENSIONE E RISCHIO CARDIOVASCOLARE	2	0
P.O. Policlinico	Medicina Legale	MEDICINA LEGALE UNIVERSITARIA	4	3,5

STRUTTURA	DISCIPLINA	U.O.	FABB. 2023-2025 (anno 2025)	
			T.I.	PERS. UNIV (FTE)
P.O. Policlinico	Medicina Nucleare	MEDICINA NUCLEARE UNIVERSITARIA	11	1
P.O. Policlinico	Microbiologia e virologia	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA UNIVERSITARIA	3	2
P.O. Policlinico	Nefrologia	NEFROLOGIA UNIVERSITARIA	20	2,5
P.O. Giovanni XXIII	Nefrologia	G23 U.O.S.D. NEFROLOGIA E DIALISI PEDIATRICA	6	0
P.O. Policlinico	Neonatologia	NEONATOLOGIA UNIVERSITARIA	16	1,5
P.O. Policlinico	Neurochirurgia	NEUROCHIRURGIA UNIVERSITARIA	13	1
P.O. Policlinico	Neurologia	NEUROFISIOPATOLOGIA UNIVERSITARIA	4	0,5
P.O. Policlinico	Neurologia	NEUROLOGIA OSPEDALIERA	9	0
P.O. Policlinico	Neurologia	NEUROLOGIA UNIV. PUCA_U.O.S. STROKE UNIT	9	1,5
P.O. Policlinico	Neurologia	NEUROLOGIA UNIVERSITARIA AMADUCCI	11	1,5
P.O. Giovanni XXIII	Neurologia	G23 NEUROLOGIA PEDIATRICA OSPEDALIERA	7	0
P.O. Policlinico	Neuropsichiatria Infantile	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE UNIVERSITARIA	9	3
P.O. Policlinico	Oftalmologia	OFTALMOLOGIA UNIVERSITARIA	22	6
P.O. Giovanni XXIII	Oftalmologia	G23 OFTALMOLOGIA	2	0
P.O. Policlinico	Odontoiatria e Stomatologia	ODONTOIATRIA UNIVERSITARIA	4	5

STRUTTURA	DISCIPLINA	U.O.	FABB. 2023-2025 (anno 2025)	
			T.I.	PERS. UNIV (FTE)
P.O. Giovanni XXIII	Odontoiatria e Stomatologia	G23 ODONTOIATRIA	4	0,5
P.O. Policlinico	Oncoematologia pediatrica	ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA ONCOLOGICA PEDIATRICA OSPEDALIERA	11	0
P.O. Policlinico	Oncologia	ONCOLOGIA UNIVERSITARIA	10	2,5
P.O. Policlinico	Ortopedia e Traumatologia	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	13	3
P.O. Policlinico	Ortopedia e Traumatologia	U.O.S.D. CHIRURGIA VERTEBRALE	6	0
P.O. Giovanni XXIII	Ortopedia e Traumatologia	G23 ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA OSPEDALIERA	9	0
P.O. Policlinico	Ostetricia e Ginecologia	GINECOLOGIA ED OSTETRICA UNIVERSITARIA 1°	14	5,5
P.O. Policlinico	Ostetricia e Ginecologia	GINECOLOGIA ED OSTETRICA UNIVERSITARIA 2°	9	2,5
P.O. Policlinico	Ostetricia e Ginecologia	MEDICINA PRENATALE	1	0
P.O. Policlinico	Ostetricia e Ginecologia	UOSD CHIRURGIA ROBOTICA	4	0
P.O. Policlinico	Otorinolaringoiatria	OTORINOLARINGOIATRIA UNIVERSITARIA	14	2,5
P.O. Policlinico	Pediatria	PEDIATRIA UNIVERSITARIA TRAMBUSTI - U.O.S. FIBROSI CISTICA	6	0
P.O. Giovanni XXIII	Pediatria	G23 PEDIATRIA OSPEDALIERA	11	0

STRUTTURA	DISCIPLINA	U.O.	FABB. 2023-2025 (anno 2025)	
			T.I.	PERS. UNIV (FTE)
P.O. Giovanni XXIII	Pediatria	G23 PEDIATRIA UNIVERSITARIA TRAMBUSTI	8	0,5
P.O. Giovanni XXIII	Pediatria	G23 PRONTO SOCCORSO	15	0
P.O. Policlinico	Pneumologia	MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO UNIVERSITARIA	18	1
P.O. Policlinico	Psichiatria	PSICHIATRIA UNIVERSITARIA	17	4
P.O. Policlinico	Radiodiagnostica	NEURORADIOLOGIA UNIVERSITARIA	14	0,5
P.O. Policlinico	Radiodiagnostica	RADIODIAGNOSTICA UNIVERSITARIA	27	1
P.O. Policlinico	Radiodiagnostica	U.O.S.D. RADIODIAGNOSTICA AD INDIRIZZO SENOLOGICO	8	0,5
P.O. Giovanni XXIII	Radiodiagnostica	G23 U.O.S.D. RADIODIAGNOSTICA	9	0
P.O. Policlinico	Radioterapia	U.O.S.D. RADIOTERAPIA	9	0,5
P.O. Policlinico	Reumatologia	REUMATOLOGIA UNIVERSITARIA	9	2
P.O. Policlinico	Medicina trasfusionale	MEDICINA TRASFUSIONALE OSPEDALIERA	16	0
P.O. Policlinico	Medicina trasfusionale	U.O.S.D. CENTRO EMOSTASI E TROMBOSI (EMOFILIA)	4	0
P.O. Policlinico	Medicina Fisica e Riabilitazione - Unità spinale	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE UNIVERSITARIA + USU	12	1,5
P.O. Policlinico	Urologia	UROLOGIA E CENTRO TRAPIANTI DI RENE	23	2

STRUTTURA	DISCIPLINA	U.O.	FABB. 2023-2025 (anno 2025)	
			T.I.	PERS. UNIV (FTE)
P.O. Giovanni XXIII	Urologia	G23 CHIRURGIA PEDIATRICA OSPEDALIERA AD INDIRIZZO UROLOGICO	6	0,5
TOTALI			1054	120

Il PTFP 2023-25 presenta complessivamente una previsione di incremento di personale per l'anno 2025 di 442 unità (totale del personale della Dirigenza e del Comparto -) rispetto all'anno 2024 del PTFP 2022-24.

Con riferimento al personale Medico ([allegato n. 2 del PTFP 2023-25](#)), anno 2025, presenta un incremento di n.97 unità di Dirigenti Medici e di n.2 Dirigenti Odontoiatri, rispetto all'anno 2024 del PTFP 2022-24, ovvero di circa il 10,4%.

Per quanto attiene il personale sanitario del Comparto l'incremento è di seguito rappresentato:

personale infermieristico e OSS (rif. tabella n.1) il PTFP 2023-25, anno 2025, presenta un incremento di 145 unità di infermieri, ovvero di circa l'8%, ed un incremento di 151 unità di OSS rispetto all'anno 2024 del PTFP 2022-24, ovvero pari a circa il 30%;

altro personale sanitario di Comparto (rif. tabella n.1) il PTFP 2023-25, anno 2025, presenta un incremento di circa 60 unità rispetto all'anno 2024 del PTFP 2022-24, ovvero di circa il 12%.

Oltre all'incremento del personale (Dirigenza e Comparto) necessario per l'attività trapiantologica in senso stretto, sono stati previsti incrementi di alcune figure professionali dell'Area della Dirigenza Medica e del Comparto, anche per altre branche specialistiche in quanto necessarie per il complessivo buon funzionamento dell'Azienda e, quindi, anche a supporto dell'attività di cui sopra e per garantire la continuità assistenziale H24, nel rispetto delle norme in materia di orario di lavoro.

Sono stati previsti:

infermieri per il funzionamento dei blocchi operatori attivi e di quelli in previsione di attivazione nel breve termine, per incrementare gli infermieri di "Processo" per la gestione dei flussi dei pazienti nelle aree del Pronto Soccorso dal pre-triage al post-triage e riattivare i posti letto di Gastroenterologia, Oncologia, Medicina Interna, Reumatologia, Chirurgia Maxillo Facciale, ecc.;

ostetriche per la riorganizzazione delle Unità Operative di Ginecologia e Ostetricia;

operatori sociosanitari, quale figura essenziale di supporto delle attività/Unità Operative sopra declinate;

altro personale dell'Area Comparto: tecnici di neurofisiopatologia, tecnici perfusionisti (per assicurare la continuità di tutte le attività, programmate e d'urgenza, proprie della cardiocirurgia tra cui l'ECMO), fisioterapisti e logopedisti, tecnici di radiologia, ortottisti e igienisti dentali.

Si è ritenuto di prevedere l'incremento della dotazione organica di unità di personale medico e del comparto al fine di garantire un più elevato livello di efficienza delle varie discipline e dei servizi diagnostici per assicurare una più tempestiva esecuzione e refertazione delle prestazioni diagnostiche, non solo per i pazienti afferenti al Pronto Soccorso, per cui il sovraffollamento (overcrowding) è spesso legato ad un rallentamento delle fasi diagnostiche, ma anche per i pazienti degenti, consentendo così un più rapido turn over del posto letto ed una maggiore produttività. Oltre che per le motivazioni sopra richiamate, il potenziamento delle Unità operative di diagnostica strumentale si rende necessario per l'abbattimento delle liste di attesa, nel rispetto del Piano Nazionale e del Piano Regionale di Governo delle Liste di attesa.

**Si riportano a seguire nel dettaglio, le motivazioni di alcuni detti incrementi.**

#### **Attività trapiantologica (rene, fegato, cuore)**

Il Policlinico di Bari ha visto un crescente aumento dell'attività trapiantologica nel corso degli ultimi anni, sia in termini di numero di trapianti eseguiti che di consulenze specialistiche e attività di follow-up post-operatorio. Tali aumenti sono stati accompagnati da un progressivo incremento della complessità dei casi trattati, sia in termini di patologie dei pazienti che di innovazioni tecniche e terapeutiche. In questo contesto, in coerenza con la DGR 1319/2024, si è proceduto ad un incremento del personale medico, infermieristico e di altre figure professionali (tecnici della perfusione, tecnici di laboratorio, ecc...), al fine di garantire la qualità del servizio, la sicurezza del paziente e l'efficacia/efficienza dell'attività nelle UU.OO./discipline di: Chirurgia Epatobiliare, Urologia, Cardiocirurgia, Gastroenterologia, Nefrologia, nonché presso il Centro Regionale Trapianti e l'U.O. di Tipizzazione Tissutale.

L'incremento del numero di medici di n. 4 unità e di 4 infermieri del CRT è legato alla crescente domanda di trapianti ed alla necessità di garantire un migliore supporto nella gestione e coordinamento delle attività trapiantologiche, il cui aumento richiede la presenza di personale medico specializzato per assicurare la continuità e la qualità del servizio, ridurre i tempi di attesa e ottimizzare i processi di selezione e allocazione degli organi. L'incremento di personale consentirà di rispondere in modo efficace alle esigenze assistenziali e garantire il rispetto delle linee guida regionali e nazionali in materia di trapianti.

#### **Gastroenterologia- UOSD Danno epatico e trapianto**

L'incremento del personale, medico (n.6 unità) e del Comparto (infermieri ed operatori socio-sanitari-OSS) di tale branca specialistica si rende necessario per garantire, nel rispetto delle norme in materia di orario di lavoro, la continuità assistenziale H24 di tutte le attività di ricovero ed ambulatoriali proprie di tale disciplina e riattivare i posti letto (30 p.l.) previsti dalla DGR 1384/2024.

La riattivazione di tali posti letto non ha solo fini assistenziali ma è indispensabile per ottenere il riaccreditamento della scuola di specializzazione in Gastroenterologia dell'Università degli Studi di Bari, unica scuola della disciplina presente nella regione.



La riattivazione dei posti letto per la disciplina della Gastroenterologia (di cui n. 6 per la UOSD Danno epatico e trapianto) consentirà di rispondere adeguatamente alla crescente domanda di assistenza e di formazione specialistica, di gestire meglio i pazienti in attesa di trapianto e consentire il loro follow-up post-operatorio.

### **Centro Regionale Sangue-Medicina Trasfusionale**

L'incremento del numero di medici trasfusionisti (n.1 unità) per tale disciplina è legato alla necessità di potenziare l'attività del centro sia per i pazienti ricoverati presso l'AOU Policlinico, sia a livello regionale, in qualità di "Centro Regionale Sangue".

#### **Anestesia e Rianimazione–Blocchi operatori**

L'incremento della dotazione organica del personale medico anestesista (n.11 unità) delle UU.OO. di Anestesia e Rianimazione e dei Blocchi operatori (n.37 unità di infermieri e n.24 di OSS) è in relazione alle necessità di potenziare le attività chirurgiche, con particolare riferimento a quelle trapiantologiche e a quelle di alta specializzazione presenti nell'Azienda (neurochirurgia, chirurgia maxillo-facciale, ecc...). Inoltre, il personale medico anestesista-rianimatore, oltre a svolgere l'attività chirurgica e rianimatoria, è essenziale anche per garantire lo svolgimento di altre attività, quali procedure anestesologiche (in sedazione) per esami specialistici (radiodiagnostica, odontoiatria, PICC Team) in età neonatale e pediatrica e per pazienti disabili, per cui le Linee Guida SIAATIP raccomandano la presenza di almeno n.2 anestesisti esperti per le procedure di alta complessità.

### **Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza (DEA di II livello)**

L'incremento del numero di infermieri di tale disciplina presso il Presidio Policlinico, in coerenza con i criteri dettati da Agenas, si rende necessario, oltre che per garantire la continuità delle attività di urgenza/emergenza, per fronteggiare l'overcrowding che si registra quotidianamente presso il Pronto Soccorso di questa Azienda, per assicurare la copertura dei turni nel rispetto della normativa in materia di orario di lavoro e riposi (L.161/2014) e per garantire H24 la presenza dell'infermiere di processo.

L'infermiere di processo, da tempo presente presso il Pronto Soccorso, contribuirà a migliorare la qualità dell'assistenza, ridurre i tempi di attesa, in un contesto di domanda sempre crescente in termini numerici e di complessità.

### **Area Chirurgica Generale e Specialistica**

#### **Chirurgia Generale –Chirurgia toracica e Chirurgia vascolare**

L'incremento del numero di chirurghi per tali discipline (rispettivamente, n.6, n.3 e n.3 unità), è legato alla necessità di garantire la continuità assistenziale H24, nel rispetto delle norme in materia di orario di lavoro, di tutte le attività proprie di tali discipline, sia programmate che d'emergenza-urgenza, di sala operatoria, di ricovero ed ambulatoriali. L'incremento del personale di tali branche, oltre che medico anche del Comparto (infermieri ed operatori socio-sanitari-OSS) è finalizzato, inoltre, a garantire l'abbattimento delle liste di attesa e consentire tempi di risposta adeguati alla domanda, a coprire il fisiologico turnover del personale e prevenire situazioni di sovraccarico lavorativo.

### **Cardiochirurgia-UOSD Chirurgia delle cardiopatie congenite e acquisite in età evolutiva**

L'incremento del personale di tale branca specialistica, della Dirigenza medica (n.3 unità) è stato previsto per rafforzare la dotazione della Cardiochirurgia garantendo anche prestazioni chirurgiche per cardiopatie congenite.

### **Chirurgia Maxillo facciale**

L'incremento del numero di chirurghi maxillo facciali di n. 4 unità e la previsione di una dotazione organica di personale del comparto (n.12 infermieri e n.6 operatori socio-sanitari-OSS) per tale branca specialistica, di alta complessità, è legato alla necessità di garantire la continuità assistenziale di tutte le attività, di sala operatoria, di ricovero ed ambulatoriali, proprie di tale disciplina specialistica, anche in considerazione del numero dei posti letto già attivati e da attivare, a pieno regime, pari a n 12 p.l., come da programmazione regionale. Tanto si rende necessario considerato che la U.O.C. in questione è l'unica U.O. di Chirurgia maxillo facciale della regione, centro HUB per la traumatologia del distretto maxillo facciale e centro di riferimento per la patologia oncologica del distretto testa-collo.

### **Chirurgia senologica**

L'incremento del numero di chirurghi di n.1 (una) unità per tale disciplina è legato alla necessità di garantire la continuità assistenziale H24 nel rispetto delle norme in materia di orario di lavoro, di tutte le attività, di sala operatoria, di ricovero ed ambulatoriali, proprie di tale disciplina, e per garantire il mantenimento del numero di prestazioni oggetto di valutazione nel Piano Nazionale Esiti.

### **Ginecologia e Ostetricia**

L'incremento del numero di personale medico (n.8 unità) e del Comparto (n.21 CPS ostetriche) per tale disciplina si rende necessario al fine di poter garantire la continuità assistenziale di tutte le attività, di ricovero, ambulatoriali, blocco parto e di sala operatoria proprie di tale disciplina.

Con particolare riferimento al personale del Comparto, l'incremento del numero delle ostetriche, in coerenza con i criteri definiti da Agenas, si rende necessario al fine di garantire la continuità delle attività del Blocco parto, Sala Operatoria e nel contempo assicurare la copertura dei turni H24, nel rispetto della normativa in materia di orario di lavoro e riposi (L.161/2014). Il numero delle unità di ostetriche è stato definito in relazione al numero di parti/anno; considerato che il numero di parti/annuo è di circa 1500-2000, si fa riferimento al range di ostetriche che è di 24-33 di cui alla DGR 261/23-Area Materno infantile-tab.11.

### **Neurochirurgia**

L'incremento del numero di neurochirurghi (n.1 unità) per tale disciplina è legato al costante incremento dell'attività, sia in urgenza che in elezione, di tale disciplina specialistica, altamente complessa, che registra un trend positivo.

### **Oftalmologia**

L'incremento della dotazione organica del personale medico di tale disciplina (n.6 unità) è in relazione alle necessità di potenziare l'attività chirurgica di tale branca altamente specialistica, che presenta un trend positivo, con particolare riferimento anche a quella trapiantologica (trapianti di cornea).

### **Ortopedia e Traumatologia**

L'incremento del numero di Ortopedici per il Presidio Policlinico (n.1 unità) e di personale di Comparto si rende necessario al fine di poter garantire la continuità assistenziale di tutte le attività, di ricovero ed ambulatoriali, proprie di tale disciplina nonché per rispondere alle esigenze traumatologiche del Pronto Soccorso, per garantire le attività della Chirurgia Vertebrale ed assicurare per i pazienti con fratture di femore al di sopra dei 65 anni di età l'intervento chirurgico entro 48 ore, nel rispetto dello standard fissato dal Ministero della Salute.

## **Area Medica Generale e Specialistica**

### **Medicine Interne**

L'incremento del personale di tale branca specialistica (n.11 unità), si rende necessario, per attivare alcuni posti letto di subintensiva (minimo n. 4 p.l.) ex DGR 1710 29/11/2023 e gestire adeguatamente i pazienti con patologie acute e con necessità di monitoraggio.

### **Ematologia e trapianto**

L'incremento del numero di ematologi (n.1 unità) per tale disciplina, specialistica e di alta complessità, è legato all'incremento significativo nella richiesta di trattamenti per le malattie ematologiche e per i trapianti.

### **Endocrinologia -Reumatologia**

L'incremento del numero di medici endocrinologi (n.3 unità) e reumatologi (n.1 unità) per tali discipline mediche specialistiche è legato alla necessità di garantire la continuità assistenziale H24, nel rispetto delle norme in materia di orario di lavoro, di tutte le attività proprie di tali discipline, di ricovero ed ambulatoriali, nonché al fine di garantire il rispetto del Livelli essenziali di assistenza (LEA), anche in considerazione del significativo incremento dei pazienti con patologie endocrinologiche e reumatologiche.

### **Malattie infettive**

L'incremento del numero di medici di due unità si rende necessario per adeguare la dotazione al numero di posti letto attivi.

### **Medicina del Lavoro/Medicina Legale/Rischio Clinico**

L'incremento del numero di medici per tali discipline (n.1 unità per la Medicina del Lavoro e n1. unità per la Medicina Legale/Rischio Clinico) è una misura fondamentale per garantire, rispettivamente, la tutela della salute dei lavoratori, rispettare le norme in materia di sicurezza sul lavoro e gestire adeguatamente l'aumento dei rischi legati all'attività lavorativa, migliorando così la qualità della vita lavorativa ed aumentando l'efficienza e la produttività Aziendale.

### **Neurologia-Neurofisiopatologia**

L'incremento del numero di medici neurologi (n.6 unità) per tale disciplina è legato alla necessità di garantire la continuità assistenziale H24, nel rispetto delle norme in materia di orario di lavoro, di tutte le attività proprie di tale disciplina, di ricovero ed ambulatoriali e consentirà di ottimizzare le procedure diagnostiche, ridurre i tempi di attesa e migliorare la qualità di assistenza dei pazienti con patologie neurologiche.

## **Oncologia**

L'incremento del personale di tale branca specialistica della Dirigenza medica (n.3 unità) si rende necessario, oltre che per garantire la continuità assistenziale H24, nel rispetto delle norme in materia di orario di lavoro, di tutte le attività proprie di tale disciplina ambulatoriale e di ricovero.

## **Pediatria/Fibrosi cistica**

L'incremento del numero di medici (n.1 unità) per tale disciplina è legato alla necessità di garantire la continuità assistenziale H24, nel rispetto delle norme in materia di orario di lavoro, di tutte le attività proprie della fibrosi cistica, quale branca altamente specialistica e complessa e che richiede follow up continuo e multidisciplinare per la gestione di pazienti affetti da tale patologia.

## **Psichiatria**

L'incremento del numero di psicologi per il Presidio Policlinico (n.1 unità) si rende necessario per il Centro per la Disforia di Genere, quale Centro di riferimento regionale istituito con DGR n.2014 del 30/11/2021.

## **Radiodiagnostica -Neuroradiologia-Radioterapia-Medicina Nucleare**

L'incremento del personale medico (n.2 unità, di cui uno per la Neurodiagnostica e n.1 per la Radiodiagnostica) e del comparto (n.11 tecnici di radiologia) per tali branche diagnostiche altamente specialistiche, come già sopra delineato, è legato alla necessità di garantire tutte le prestazioni diagnostiche di tali discipline nel rispetto dei tempi previsti dalle normative vigenti in materia di liste di attesa (Piano Nazionale e Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa - PGLA), migliorare l'efficienza e rispondere adeguatamente alla crescente domanda di esami radiologici, con particolare riferimento a prestazioni di TAC, RMN, PET.

## **Direzione Sanitaria/DMPO**

È necessario rinforzare la dotazione organica di Dirigenti medici specialisti in Igiene e Medicina Preventiva/Direzione Medica di Presidio al fine di poter garantire tutte le attività di coordinamento a supporto delle linee strategiche aziendali su descritte, in aggiunta a quelle di natura igienico-organizzativa-gestionale-di vigilanza e ispezione proprie della disciplina.

La previsione di una dotazione organica di OSS afferenti alla Direzione Medica di Presidio/Direzione Sanitaria rappresenta una misura per attivare un team di personale dedicato ai collegamenti tra padiglioni, al trasporto di pazienti e di campioni biologici al fine di aumentare la qualità dell'assistenza e ottimizzare l'utilizzo delle risorse all'interno delle singole Unità Operative. Inoltre, avendo a disposizione questo pool di operatori, sarà possibile garantire un supporto a tutte le UU.OO. in caso di improvvise scoperture dei turni dei vari reparti e blocchi operatori.

## **Area Amministrativa**

Con riferimento all'area amministrativa si è provveduto a garantire il numero delle posizioni utili all'effettuazione delle progressioni verticali e si è implementato il n° di collaboratori amministrativi e di dirigenti, per far fronte alle necessità derivanti dall'effettuazione e dall'ultimazione dei progetti PNRR/FESR/FSC. Si rappresenta che nel FTFP è stato riportato il profilo di dirigente amministrativo anche per quelle figure apicali, dove sarà possibile effettuare selezioni rivolte all'area PTA, rivolte anche al ruolo tecnico e professionale.

## Conclusioni

Il presente PFTP 2023-25, che potrà avere piena attuazione una volta garantita l'informativa sindacale e approvato dai competenti organi regionali, consentirà di potenziare l'offerta sanitaria in maniera progressiva.

Nel corso dell'anno 2025, in presenza di ulteriori finanziamenti e tenuto conto delle azioni previste in ordine alla riorganizzazione dell'offerta sanitaria, con particolare riferimento allo scorporo del Presidio Giovanni XXIII, potrà essere rimodulato ed aggiornato, così come previsto dalle linee guida ministeriali vigenti.

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

<b>RUOLO</b>	<b>Totale</b>
Amministrativo	345
Professionale	9
Ruolo Socio Sanitario	517
Sanitario Altri (non medici)	2322
Sanitario Medici	901
Tecnico	212
<b>Totale complessivo</b>	<b>4306</b>

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

### 3.3.2 Copertura del fabbisogno: trend delle cessazioni

Anno cessazione	cessazione	qualifica	totale
2025	Collocamento a Riposo a domanda	Assistente Amministrativo	1
2025	Collocamento a Riposo a domanda	Ausiliario Specializzato	1
2025	Collocamento a Riposo a domanda	Coaduttore Amministrativo Esperto	1
2025	Collocamento a Riposo a domanda	Collaboratore Professionale Sanitario Esperto Ostetrica	1
2025	Collocamento a Riposo a domanda	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	2
2025	Collocamento a Riposo a domanda	Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Laboratorio Biomedico	1
2025	Collocamento a Riposo a domanda	Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico Esperto della Fis. Card. e Perfusione Card.	1
2025	Collocamento a Riposo a domanda	Dirigente Medico	2
2025	Collocamento a Riposo a domanda	Dirigente Sanitario Biologo	1
2025	Collocamento a Riposo a domanda	Operatore Socio Sanitario	1
2025	Collocamento a Riposo per limiti di età	Assistente Amministrativo	4
2025	Collocamento a Riposo per limiti di età	Ausiliario Specializzato	7
2025	Collocamento a Riposo per limiti di età	Coaduttore Amministrativo	3
2025	Collocamento a Riposo per limiti di età	Coaduttore Amministrativo Esperto	2
2025	Collocamento a Riposo per limiti di età	Collaboratore Amministrativo	3
2025	Collocamento a Riposo per limiti di età	Collaboratore Professionale Sanitario Fisioterapista	3
2025	Collocamento a Riposo per limiti di età	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	7
2025	Collocamento a Riposo per limiti di età	Collaboratore Professionale Sanitario Logopedista	1
2025	Collocamento a Riposo per limiti di età	Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Radiologia Medica	1
2025	Collocamento a Riposo per limiti di età	Commesso	1
2025	Collocamento a Riposo per limiti di età	Direttore Medico	2
2025	Collocamento a Riposo per limiti di età	Dirigente Amministrativo	1
2025	Collocamento a Riposo per limiti di età	Dirigente Medico	14
2025	Collocamento a Riposo per limiti di età	Dirigente Sanitario Biologo	1
2025	Collocamento a Riposo per limiti di età	Dirigente Sanitario Psicologo	1
2025	Collocamento a Riposo per limiti di età	Operatore Socio Sanitario	11
2025	Collocamento a Riposo per limiti di età	Operatore Tecnico	2
2025	Collocamento a Riposo per limiti di età	Operatore Tecnico Specializzato	2
2025	Collocamento a Riposo per limiti di età	Operatore Tecnico Specializzato Esperto	1
2025	Dimissioni Volontarie	Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Radiologia Medica	1
2025	Dimissioni Volontarie	Dirigente Medico	3
2025	Dimissioni Volontarie	Operatore Socio Sanitario	1
2025	Pensionamento definit. L.186/04 max fino 70 anni	Dirigente Medico	1
2025	Termine Assegnazione TemporaneaL350/03	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	4
2025	Termine Assegnazione TemporaneaL350/03	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere Pediatrico	1
2025	Termine Assegnazione TemporaneaL350/03	Collaboratore Professionale Sanitario Ostetrica	1
2025	Termine Assegnazione TemporaneaL350/03	Dirigente Medico	1
2025	Termine Assegnazione TemporaneaL350/03	Operatore Socio Sanitario	1
2025	Termine Comando	Collaboratore Amministrativo	1
2025	Termine Comando	Dirigente Amministrativo	1
2025	Termine Comando	Dirigente Medico	4
2025	Termine incarico a tempo determinato		1
2025	Termine incarico a tempo determinato	Collaboratore Professionale Sanitario Audiometrista	2
2025	Termine incarico a tempo determinato	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	47
2025	Termine incarico a tempo determinato	Collaboratore Professionale Sanitario Ostetrica	1
2025	Termine incarico a tempo determinato	Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Laboratorio Biomedico	3
2025	Termine incarico a tempo determinato	Dirigente Medico	40
2025	Termine incarico a tempo determinato	Dirigente Sanitario Farmacista	2
2025	Termine incarico a tempo determinato	Operatore Socio Sanitario	44
2025	Termine incarico a tempo determinato	Operatore Tecnico Specializzato	1
2025	Termine incarico con proroga	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	1
2025	Termine incarico con proroga	Dirigente Medico	3
2025 Totale			244
2026	Collocamento a Riposo per limiti di età	Commesso	1
2026	Termine Assegnazione TemporaneaL350/03	Operatore Tecnico	1
2026	Termine Incarico a tempo determinato	Dirigente Medico	10
2026 Totale			12
2027	Collocamento a Riposo a domanda	Dirigente Medico	2
2027	Collocamento a Riposo per limiti di età	Coaduttore Amministrativo	1
2027	Collocamento a Riposo per limiti di età	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	1
2027	Collocamento a Riposo per limiti di età	Dirigente Sanitario Biologo	2
2027 Totale			6
2028	Collocamento a Riposo a domanda	Dirigente Medico	2
2028	Collocamento a Riposo per limiti di età	Dirigente Medico	4
2028	Collocamento a Riposo per limiti di età	Operatore Socio Sanitario	1
2028	Collocamento a Riposo per limiti di età	Operatore Tecnico	1
2028 Totale			8
2029	Collocamento a Riposo a domanda	Dirigente Medico	2
2029	Collocamento a Riposo per limiti di età	Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Laboratorio Biomedico	1
2029 Totale			3
Totale complessivo			299

## 4. SEZIONE – MONITORAGGIO

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

### 4.1 Monitoraggio del Valore pubblico e della performance

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

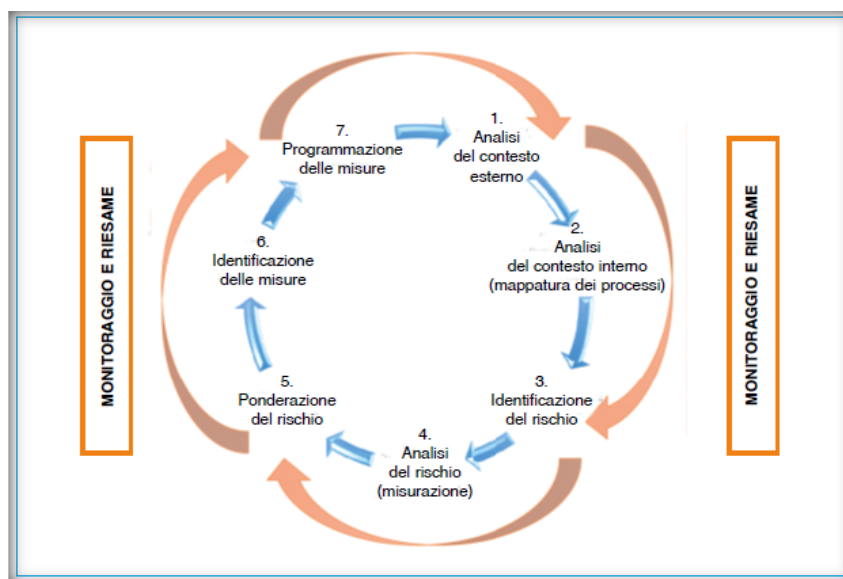
A riguardo, va evidenziato che, con la [Direttiva in materia di misurazione e valutazione della performance dei dipendenti pubblici](#) del 28 dicembre 2023, il Ministero ha inteso richiamare l'attenzione delle amministrazioni sulla implementazione e corretta attuazione delle modalità di valutazione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

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

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

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

### 4.2 Monitoraggio dei rischi corruttivi e trasparenza



### Processo di gestione del rischio corruttivo

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

- Trasferimento alla ASL BA della centrale operativa interprovinciale del 118;
- Scorporo del P.O. Giovanni XXIII.

Al fine di poter agire tempestivamente su una o più variabili definendo le rettifiche adeguate e funzionali alla corretta attuazione delle misure vengono utilizzati indicatori di monitoraggio legati agli obiettivi operativi in tema di prevenzione della corruzione, previsti dalla tabella 1) allegata ed incidenti sulla performance organizzativa.

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

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

- Monitora sistematicamente l'adempimento degli obblighi di pubblicazione, nel rispetto di tempi e modalità indicate in tabella 2) allegata;
- Predispone una relazione annuale che viene pubblicata sul sito aziendale;
- Supporta l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) ai fini dello svolgimento delle attività di competenza;

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

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